

Aus dem
Klinischen Institut und der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
der Heinrich-Heine-Universität
Direktor: Prof. Dr. Dr. Wolfgang Tress

**EIN BEITRAG ZUR VALIDIERUNG DES DEUTSCHSPRACHIGEN
SOC-FRAGEBOGENS VON
AARON ANTONOVSKY**

DISSERTATION

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin

Der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
vorgelegt von

Astrid Meckel-Haupt

(2001)

Als Inauguraldissertation gedruckt mit Genehmigung
der Medizinischen Fakultät der
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Gez.: Univ.-Prof. Dr. med. Dieter Häusinger
Dekan
Referent: Priv.-Dozent Dr. Reister
Korreferent: Uni.-Prof. Dr. Alberti

INHALTSVERZEICHNIS

1.	ANLÄSSE UND FRAGERICHTUNG	1
2.	WELTBILD UND ANTHROPOLOGIE	2
3.	DER GESUNDHEITSBEGRIFF BEI ANTONOVSKY	3
3.1.	DAS HEDE-KONTINUUM.....	4
4.	STRESS.....	5
5.	GENERALIZED RESISTANCE RESOURCES (GRR).....	7
6.	DER „SENSE OF COHERENCE“ (SOC).....	8
6.1.	DIE DREI KOMPONENTEN DES "SENSE OF COHERENCE"	9
7.	COPING	10
8.	ANTONOVSKYS STELLUNG IN DER MEDIZINGESCHICHTE	11
9.	PSYCHISCHE GESUNDHEIT UND DER ANSATZ ANTONOVSKYS.....	14
9.1.	BEGRIFFSBILDUNGEN	14
9.2.	KONSENSBEGRIFFE.....	16
9.3.	DER SOC ALS MASS PSYCHISCHER GESUNDHEIT	19
10.	FRAGEBOGEN UND FRAGESTELLUNG DER ARBEIT	20
10.1.	FRAGEBOGEN	20
10.2.	FRAGESTELLUNG DER ARBEIT	22
11.	AUSWERTUNG	22
11.1.	DATENGRUNDLAGE.....	22
11.2.	AUFGABENSTELLUNG.....	26
11.3.	LÖSUNGSANSATZ.....	26
11.3.1.	Deskriptive Darstellung der Daten	27
11.3.2.	Bearbeitung der Fragestellung: Faktorenanalyse.....	28
11.3.3.	Bearbeitung der Fragestellung: Itemanalyse.....	30
11.4.	ERGEBNISSE.....	31
11.4.1.	Bearbeitung der Fragestellung aus Kapitel 11.3.1	31
11.4.2.	Bearbeitung der Fragestellung aus Kapitel 11.3.2	51
11.4.2.1.	Korrelationsuntersuchungen zwischen den Items.....	51
11.4.2.2.	Faktorenanalyse.....	54

II

11.4.2.3.	Eigenwerte	55
11.4.2.4.	Zuordnung der Items zu den Faktoren	55
11.4.3.	Bearbeitung der Fragestellung aus Kapitel 11.3.3	58
11.4.3.1.	Faktor 1	58
11.4.3.2.	Faktor 2	59
11.4.3.3.	Faktor 3	60
12.	KONSEQUENZEN FÜR DIE ÄRZTLICHE PRAXIS	61
Literatur	66
Danksagung	68
Abstract	69
Lebenslauf	70

1. ANLÄSSE UND FRAGERICHTUNG

Aaron Antonovsky wurde 1923 in Brooklyn (USA) geboren. Er studierte Soziologie an der Yale-Universität. Als Student kam er mit der Streßforschung in Berührung und wandte sich später der Medizinsoziologie zu. Nach seiner Auswanderung nach Israel forschte und lehrte er am Institut für Sozialmedizin in Jerusalem und an der Abteilung Soziologie der Gesundheit der Universität Beersheba (Köhle/Obliers/Faber 1994, 64).

Dort stieß er im Zusammenhang mit einer Reihe von Forschungsprojekten auf einen Tatbestand, der ihn beeindruckte und zu seiner leitenden Fragestellung führte. Er fand heraus, daß manche Menschen sich auch unter großer Streßbelastung als erstaunlich widerstandsfähig und gesund erwiesen. Offenbar war es solchen Personen möglich, den allgegenwärtigen Streß durch besondere Problemlösungsstrategien abzuwehren oder zu neutralisieren (vgl. Köhle/Obliers/Faber 1994, 64).

Ein Forschungsprojekt, bei welchem er die Verarbeitung der Menopause bei Frauen untersuchte, erlangte für Antonovsky besondere Bedeutung. Unter diesen Frauen befand sich eine Gruppe, die die Gefangenschaft in nationalsozialistischen Konzentrationslagern überlebt hatte.

Zwar waren viele dieser Frauen erwartungsgemäß weit weniger gut an das alltägliche Leben adaptiert als jene Frauen, die diesen Belastungen nicht ausgesetzt waren. Einige jedoch erfreuten sich - zu Antonovskys Überraschung - sowohl seelisch wie auch körperlich erstaunlich guter Gesundheit.

„To have gone through the most unimaginable horror of the camp, followed by years of being a displaced person, and then to have reestablished one's life in a country which witnessed three wars... and still be in reasonable health. This, for me, was the dramatic experience which consciously set me on the road to formulating what I came to call the salutogenetic model (...)“ (Antonovsky 1987, XI).

Denn, so Antonovsky, es ist im Grunde nicht so verwunderlich, daß wir erkranken, viel erstaunlicher ist es, daß wir gesund bleiben, und dies oft unter widrigsten Umständen (vgl. Antonovsky 1979, 9). Somit sind für ihn nicht die Entstehung von Krankheiten, sondern die Entstehung und Aufrechterhaltung von Gesundheit das eigentlich Untersuchungswürdige.

Angestoßen durch diese Grunderfahrung kam es bei Antonovsky zu jener bedeutsamen Änderung der Blickrichtung, die seine weitere Vorgehensweise kennzeichnen sollte: von der pathogenetischen zur salutogenetischen Sicht.

Für Antonovsky ergab sich der Durchbruch aus der für ihn richtigen Fragestellung. So entschloß er sich, statt nach den Ursachen von Krankheit nach den Ursachen von Gesundheit zu fragen. Im Hinblick auf die in seinen Forschungsprojekten für ihn relevanten Ergebnisse hieß dies: „How do some of these people manage to stay reasonably healthy?“ (Antonovsky 1979, 8) bzw.: „Why do people stay healthy?“ (Antonovsky 1979, 35). So wendete sich Antonovsky von der Pathogenese ab und der „Salutogenese“ zu. „I was now ready to write the book“ (Antonovsky 1979, 9), sein erstes richtungsweisendes Werk mit dem Titel „Health, Stress, and Coping“. Darin nimmt Antonovsky konsequent seinen neuen Blickwinkel ein: Nicht die Entstehung von Krankheit, sondern die Entstehung von Gesundheit ist das Thema.

„Salutogenese“ ist dabei eine Wortschöpfung, die Antonovsky bewußt als Gegenbegriff zur „Pathogenese“ wählt. „The problem of salutogenesis is one of the most mysterious, intriguing, and meaningful challenges for philosophy and the biological and the social sciences“ (Antonovsky 1979, 12).

Im Mittelpunkt seiner Betrachtungsweise steht die Erforschung eines generellen Widerstandsfaktors, der es verständlich machen könnte, daß Gesundheit trotz täglicher und stündlicher Stressoren immer aufs neue erzeugt wird und erhalten bleibt. Diesen Faktor nennt Antonovsky den „sense of coherence“ (SOC). Auch für die seelische Gesundheit hat der „sense of coherence“ zentrale Bedeutung.

2. WELTBILD UND ANTHROPOLOGIE

Als Anhänger der Konfliktsoziologie (vgl. Köhle/Obliers/Faber 1994, 64), wahrscheinlich auch aufgrund seiner ganz persönlichen Lebenserfahrungen als Jude in einer bewegten Zeit, geht Antonovsky davon aus, daß die Welt alles andere als eine Idylle ist und allgegenwärtiger Streß das Leben auszeichnet (Antonovsky 1979, 76ff.). Mehrmals verdeutlicht Antonovsky dies durch die Metapher des Seiltänzers: Leben ist für ihn wie der Balanceakt auf einem Seil, wobei dem heftig um sein Gleichgewicht Ringenden auch noch zugemutet wird, seine Kleider zu wechseln und allerlei andere schwierige Dinge auszuführen (Antonovsky, 1979, 80).

„Ich gehe davon aus, daß wir alle, bildlich gesprochen, während unseres Lebens in einem Fluß voller Gefahren schwimmen. Oder, um eine für den derzeitigen Winter in Deutschland passendere Metapher zu wählen, daß wir alle eine lange Skipiste herunterfahren, an deren Ende ein unumgänglicher und unendlicher Abgrund ist. Die pathogenetische Orientierung beschäftigt sich hauptsächlich mit denjenigen, die an einen Felsen gefahren sind, einen Baum, mit einem anderen Skifahrer zusammengestoßen sind oder in eine Gletscherspalte fielen. Weiterhin versucht sie uns davon zu überzeugen, daß es das Beste ist, überhaupt nicht Ski zu fahren. Die salutogenetische Orientierung beschäftigt sich damit, wie die Piste ungefährlicher gemacht werden kann und wie man Menschen zu sehr guten Skifahrern machen kann“ (Antonovsky 1993, 11).

So geht Antonovsky nicht nur von der Ubiquität und Unvermeidbarkeit von Streß, sondern ebenso von einer „der menschlichen Existenz innewohnenden Heterostase (Ungleichgewicht) und Konflikthaftigkeit“ aus (Antonovsky 1993, 3). Daher ist das Gesundsein als Homöostase für Antonovsky nicht der Normalzustand. „Epidemiologische Daten weisen darauf hin, daß Pathologie in der Tat weit häufiger vorkommt, als es vom pathogenetischen Ansatz angenommen wird. Das einzige Rätsel ist, warum einige Menschen manchmal weniger als andere leiden (...)“ (Antonovsky 1993, 13).

Diesem Rätsel möchte Antonovsky auf die Spur kommen. Die Allgegenwart von Störungen und pathogenen Faktoren ist unübersehbar. Ebenso unübersehbar scheint es jedoch Kräfte zu geben, die innerhalb dieser grundsätzlich destruktiven Ausrichtung der Wirklichkeit Ordnung, Struktur und Gesundheit hervorbringen. Hier bezieht sich Antonovsky auf den Gedanken der Selbstorganisation. Speziell bei lebenden Systemen spricht man von Selbstorganisation im Hinblick auf die Fähigkeit der Selbsterneuerung. Ein sich selbst organisierendes lebendes System ist in der Lage, die Integrität seiner Gesamtstruktur gegen alle Tendenzen der Desorganisation zu wahren.

Die Tendenz zu Desorganisation, gegen die sich selbstorganisierende Systeme behaupten, wird als „Entropie“ bezeichnet. Entropie ist in der physikalischen Wärmelehre das Maß der Unordnung, Entwertung und Zerstreung der Energie. Auch der menschliche Organismus ist „wie alle Systeme der Kraft der Entropie ausgeliefert“ (Antonovsky 1993, 7). Im Allgemeinen gelingt es dem Organismus über lange Zeit der Entropie entgegenzuwirken. Wie erhält sich der Organismus gegen den täglichen Ansturm von Streß? Was leistet die Fähigkeit zur Selbstorganisation unter diesen Bedingungen? „How, in the face of the constant seeming wild dance of the reality of the stimuli bombarding the system from subsystems and suprasystems, does one separate information from noise, make sense of one’s world?“ (Antonovsky 1987, 166). So lauten Antonovskys Grundfragen.

Die Tendenz zur Selbstorganisation verweist nach Antonovsky auf eine Fähigkeit, die er mit Schrödinger als das Vermögen bezeichnet, aus der Umwelt „Ordnung zu saugen“ („suck orderliness from the environment“) (Antonovsky 1979, 120 und Antonovsky 1987, 121f). Hier nähert sich Antonovsky einem zentralen Problem „in all of science, the mystery of the transformation of order out of chaos“ (Antonovsky 1987, 163). Einer der zentralen Faktoren, die das „order-out-of-chaos problem“ (Antonovsky 1987, 166) lösen, ist für ihn der „*sense of coherence*“, der SOC. Ein Mensch mit einem starken SOC wird deshalb besser in der Lage sein, der Entropie entgegenzusteuern (Antonovsky 1987, 121). Gesundheit wäre nach Antonovsky also die Fähigkeit eines lebenden Systems, sich dynamisch innerhalb einer auf Entropie ausgerichteten Welt zu behaupten und den Zeitpunkt seines Zusammenbruchs möglichst weit hinauszuschieben. Die Quelle der Gesundheit liegt in einer zentralen Fähigkeit, Chaos in sinnvolle Information zu verwandeln. Auf der seelischen bzw. auf der Bewußtseinsebene geschieht dies durch den SOC. So gesehen bildet der SOC die Grundlage seelischer Gesundheit, und ein starker SOC ist ein bedeutender protektiver Faktor, mit dem der Entropie des Organismus entgegen gewirkt wird.

3. DER GESUNDHEITSBEGRIFF BEI ANTONOVSKY

In Antonovskys Weltbild spielt die Allgegenwart von Streß und die entropische Tendenz zu wachsender Unordnung eine große Rolle. So liegt die Frage nahe, wie es innerhalb dieser feindlichen Umgebung überhaupt Gesundheit geben kann. Da es aber unmöglich ist, auf eine wie auch immer geartete Vorstellung von „Gesundheit“ ganz zu verzichten, wendet sich Antonovsky von inhaltlich fix definierten Gesundheitsvorstellungen ab und plädiert für einen Kontinuum-Begriff der Gesundheit.

Zunächst kritisiert Antonovsky die berühmte Formulierung der Weltgesundheitsorganisation (WHO). In der Präambel zu ihrer Charta von 1946 wird konstatiert, daß „Gesundheit ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens ist und nicht allein das Fehlen von Krankheiten und Gebrechen. Dem Zustand der Gesundheit in seiner höchsten Ausprägung nachzustreben ist ein fundamentales Recht jedes Menschen ohne Ansehen seiner Rasse, Religion und politischen Gesinnung, seiner ökonomischen oder sozialen Verhältnisse“ (Lohmann 1978, 73).

Diese Gesundheitsdefinition ist oft als naiv kritisiert worden. „Dennoch muß man daran erinnern“ - schreibt Lohmann - „daß es eine Reihe erfahrener und kompetenter Experten waren, die sich auf diese Definition einigten, und daß sie von der Weltorganisation akzeptiert und übernommen worden ist“ (Lohmann 1978, 73). Auch Antonovsky zollt dieser Definition Anerkennung, er sieht jedoch auch ihre Probleme. Neben der unrealistischen Sicht dieses

Ansatzes entdeckt er in derartigen Formulierungen einen versteckten „medizinischen Imperialismus“. An diesem Ideal gemessen, müßte praktisch jede Lebensregung medizinischen oder therapeutischen Aktivitäten unterworfen werden (vgl. Antonovsky 1979, 53).

Eine solche Idealkonstruktion von Gesundheit kommt für Antonovsky nicht in Frage, da durch die Definition utopische Erwartungen geweckt werden. Ausgehend von epidemiologischen Daten formuliert Antonovsky seine „morbidity hypothesis“: „At any one time, at least one third and quite possibly a majority of the population of any modern industrial society is characterized by some morbid condition, by any reasonable definition of the term. Or, to put it another way, deviance, clinically or epidemiologically defined, is ‚normal‘. That is, significant departures from clinical picture of health are, statistically, far from unusual“ (Antonovsky 1979, 15, vgl. dort ff.). Er glaubt darüber hinaus, daß sich der SOC nur dann widerstandsfähig entwickeln kann, wenn Gesundheit im Sinne der WHO nicht allzuweit verbreitet ist (vgl. die „hardening hypothesis“ Ziffer 4 hiernach).

Sofern Krankheit die statistische Norm darstellt, muß jeder realistische Gesundheitsbegriff von dieser Tatsache ausgehen (vgl. Lohmann 1978, 39ff.). Für Antonovsky stellt Gesundheit eine Art „modus vivendi“ dar, der es den unvollkommenen Menschen ermöglicht, ein nicht allzu schmerzvolles Leben in einer unvollkommenen Welt zu führen (Antonovsky 1979, 53).

3.1. DAS HEDE-KONTINUUM

Antonovsky schlägt vor, die dichotom angelegten Begriffskonstruktionen „Gesundheit“ und „Krankheit“ aufzugeben. „In Übereinstimmung mit vielen sozialwissenschaftlich orientierten Theoretikern“ (Becker 1982, 9) entwirft er ein mehrdimensional angelegtes Kontinuummodell von Gesundheit bzw. Krankheit. Dieses Modell grenzt sich gegen die sogenannte pathogenetische Sichtweise ab.

Die pathogenetische Sicht - so Antonovsky - bindet sich an eine Perspektive, die einen Zustand der „Krankheit“ und einen qualitativ und dichotom davon zu unterscheidenden Zustand der „Gesundheit“ postuliert. Das Individuum ist entweder krank oder gesund, sein Zustand ist pathologisch oder nicht-pathologisch. Dieser pathogenetisch orientierte Ansatz verführt dazu, nach etwas zu suchen, was es in der Wirklichkeit nicht gibt: absolute Gesundheit und absolute Krankheit (Antonovsky 1979, 37).

In diesem Zusammenhang fruchtbarer erscheint dagegen die Vorstellung, daß niemand vollkommen krank, aber auch niemand vollkommen gesund ist. Jeder befindet sich im Fluß zwischen diesen beiden Extremen irgendwo auf seinem „breakdown“-Kontinuum (oder wegen dessen Mehrdimensionalität besser: breakdown-Profil) (vgl. Antonovsky 1979, 5f., 15). An die Stelle des Begriffs „breakdown“ setzte Antonovsky 1979 den Neologismus „dis-ease“ (Antonovsky 1979, 56) und kam so zu einem Kontinuum zwischen „health ease“ und „dis-ease“, dem „HEDE-Kontinuum“.

Zur Bestimmung des Gesundheitsniveaus bzw. der Lokalisation einer Person auf dem HEDE-Kontinuum gibt Antonovsky folgende Kriterien an (Antonovsky 1979, 57ff.):

- das Fehlen oder das Vorhandensein von mehr oder weniger starken Schmerzen,
- das Fehlen oder das Vorhandensein von mehr oder weniger großen funktionellen Beeinträchtigungen von Lebensaktivitäten, die von der betreffenden Person als für sie angemessen betrachtet werden,

- die von einem Gesundheitsexperten geäußerte, mehr oder weniger günstige oder ungünstige Prognose,
- sowie die von Gesundheitsexperten für notwendig erachteten mehr oder weniger aufwendigen Maßnahmen präventiver oder kurativer Art (vgl. Becker 1982, 9, Franke 1994, 28f.).

Diese Kriterienliste läßt erkennen, daß Antonovsky auch (sozial vermittelte) subjektive Parameter miteinbezieht. Dieser Ansatz ist von großer Relevanz für die ärztliche Praxis. Gesundheit bedeutet auch subjektives Wohlbefinden. Dies gilt besonders für die seelische Gesundheit. Außerdem wird in jeder Kultur Gesundheit u. a. als die Fähigkeit betrachtet, definierten Rollenerwartungen zu genügen. Funktionen und soziale Rollen (zum Beispiel im Berufsleben) sind jedoch abhängig von subjektiver Wahrnehmung und subjektiven Einstellungen. Die „Beeinträchtigung von Lebensaktivitäten“ unterliegt also auch dem subjektiven Urteil. „Experten-Befund und subjektives Befinden des/der Betroffenen gehen somit gleichermaßen in die Definition des gesundheitlichen Status ein. Dieses Denken ist psychosomatisch Tätigen nicht neu. Im klassischen medizinischen Modell ist es jedoch sehr viel schwerer zu verankern als im Modell der Salutogenese, und insofern bietet das Modell der Salutogenese für die Praxis der psychosomatischen Diagnostik ein besseres Konzept“ (Franke 1994, 28f.).

So kann Antonovskys Ausgangsfrage unter Berücksichtigung seines Kontinuum-Modells neu formuliert werden: Sie lautet dann nicht: „Was hält Menschen gesund?“, sondern: „Was bewegt Menschen immer aufs neue in Richtung auf den health ease-Pol des HEDE-Kontinuums zu und schiebt den Zeitpunkt ihres finalen breakdowns erfolgreich hinaus?“

4. STRESS

Um Rolle und Bedeutung des Ansatzes von Antonovsky besser zu verstehen, sollte zunächst geklärt werden, wie Antonovsky den Streßbegriff faßt.

Der menschliche Organismus besitzt sowohl auf der somatischen wie auch auf der psychischen Ebene eine Reihe von Mechanismen, die seine Homöostase aufrechterhalten. Eine Vielzahl von Stimuli kann der Organismus mehr oder weniger automatisch verarbeiten, ohne daß dabei seine Homöostase gestört wird. Im Unterschied zu einem solchen Stimulus kann ein Stressor nach Antonovsky definiert werden „as a demand made by the internal or external environment of an organism that upsets its homeostasis, restoration of which depends on a nonautomatic and not readily available energy-expending action“ (Antonovsky 1979, 72). Ein Stressor stört demnach die Fähigkeit zur Selbstorganisation, oder anders ausgedrückt: „A stressor, in sum, can be defined as a characteristic that introduces entropy into the system (...)“. Antonovsky unterscheidet verschiedene Arten von Stressoren: „chronic stressors, major life events, and acute daily hassles“ (Antonovsky 1987, 28, vgl. 122).

Nicht völlig eindeutig ist Antonovskys Position im Hinblick auf die schwierige Frage, ob Stressoren „objektiv“, „subjektiv“ oder „transaktional“ zu verstehen sind. Einerseits schließt er sich Lazarus und Cohen an, wenn er darauf hinweist, daß Stressoren nicht im üblichen Sinne „objektive“ Faktoren sind, sondern aus der Interaktion zwischen Subjekt und Objekt resultieren bzw. aus dem Aufeinandertreffen von Stimulus und Rezeptor. Ob ein Stimulus zum Stressor wird, hängt so gesehen von der Bedeutung ab, die ihm der Rezeptor gibt. Diese Bedeutung entsteht durch die spezifische Interpretation, welche die Ereignisse und Vorfälle des Lebens durch den Rezeptor erfahren. Eine geeignete Interpretation kann zu einer Abwehr oder

Verringerung von Streß und damit zur Wiederherstellung des inneren Gleichgewichts führen (vgl. Antonovsky 1979, 72).

Antonovsky betont diesen „subjektiven“ Aspekt bei der Einschätzung eines Stressors: „(...) if anything has been learnt in the study of stressful life events, it is that what is important for their consequences is the subjective perception of the meaning of the event rather than its objective character“ (Antonovsky 1979, 93).

Andererseits beruft sich Antonovsky auf eine Reihe von Studien, die zeigen, daß gewisse Ereignisse kulturübergreifend als streßerzeugende Erfahrungen angesehen werden. Unter Bezugnahme auf Selye schreibt Antonovsky: „In precisely the same way, I contended that there is indeed broad cultural, if not universal, consensus that certain experiences are noxious or are stressors“ (Antonovsky 1979, 75, vgl. 71-77). Dies betrifft in erster Linie Stressoren der sogenannten „life events“, der gravierenden Einbrüche im Lebenskonzept.

Eine Unterscheidung trifft Antonovsky zwischen „stress“ und „tension“: „tension“ ist ein Zustand, in den der Organismus während der ersten Konfrontation mit dem Stimulus gerät. Diese Spannung „can be accompanied by either or both negative and positive effect. (...) The consequences to the organism of having entered a state of tension can be negative, neutral, or salutary“ (Antonovsky 1979, 94). „Which outcome results depends on the adequacy and efficiency of tension management. Poor tension management leads to the stress syndrome and movement towards dis-ease on the continuum. Good tension management pushes one towards health ease“ (Antonovsky 1979, 71). Welche der Konsequenzen eintritt, hängt neben der Stärke und der Art des Stimulus vom Effekt des Copingverhaltens, dem „tension management“, ab (Antonovsky 1979, 96). Im ungünstigen Fall verwandelt sich „tension“ in „stress“. „Tension, then, must be distinguished from stress. Stress is a contributing factor in pathogenesis. Tension can be salutogenetic, but it also can lead to stress“ (Antonovsky 1979, 96).

Dieser potentiell salutogene Effekt von Spannung erinnert an Selyes „Eustreß“. Selye beschreibt die janusköpfige Bedeutung von Streß ganz im Sinn Antonovskys, wenn er schreibt: „Streß ist (...) unser ständiger Begleiter, solange wir leben. Er sitzt mit uns zu Tisch, er geht mit uns schlafen, er ist dabei, wenn leidenschaftliche Küsse getauscht werden. Manchmal geht uns seine Anhänglichkeit ein wenig auf die Nerven; dennoch verdanken wir ihm jeden persönlichen Fortschritt und erreichen durch ihn immer höhere Stufen geistiger und körperlicher Weiterentwicklung. Er ist die Würze unseres Lebens. Nur der Distreß ist jedermanns Feind (...) Vor ihm allein müssen wir uns hüten“ (Selye 1974, 23).

Antonovsky spricht von der „Freude an der Spannung“ (Antonovsky 1979, 95) sowie von der potentiellen Nützlichkeit von Streß. Selbst für außerordentlich belastende „life events“ wie der Tod eines Familienmitglieds, Scheidung oder der Verlust des Arbeitsplatzes nimmt Antonovsky an, daß der Effekt des Ereignisses grundlegend von der Art und Weise der Verarbeitung abhängt. „It is the strength of the SOC of the person experiencing such events that will determine whether the outcomes will be noxious, neutral, or salutary“ (Antonovsky 1987, 29).

Antonovsky nimmt hier auf die sogenannte „hardening hypothesis“ Bezug: Nach einer Studie von Shoval (1957/58), die Antonovsky referierte kamen Konzentrationslager- Überlebende mit den schwierigen Umständen während der Aufbaujahre in Israel um 1950 besser zurecht als Personen aus anderen Kontrollgruppen. Bei den Überlebenden zeigte sich eine bessere Fähigkeit zur produktiven Verarbeitung belastender Umstände. Sie verglichen ihre gegenwärtigen Schwierigkeiten stets mit den schrecklichen Umständen, unter welchen sie sich

im Konzentrationlager als überlebensfähig erwiesen hatten (Antonovsky 1979, 95f.; vgl. Heim 1994, 1272).

In Bezug auf den produktiven Umgang mit belastenden Umständen schreibt auch Schwarzer: „Manche Menschen (...) können ein singuläres Lebensereignis gut bewältigen und davon profitieren, indem sie ihre Erfahrung und aktive Auseinandersetzung in psychisches Wachstum verwandeln. Schicksalsschläge können einen Lerngewinn hervorrufen, insbesondere wenn die Person neue Bewältigungskompetenzen erwirbt, die das Selbstvertrauen stärken und die den Widerstand gegenüber anderen Lebenskrisen erhöhen“ (Schwarzer 1990, 12).

Belastende Lebensumstände können positiv wirken. Umgekehrt könnte angenommen werden, daß das Fehlen von Streß pathogene Wirkungen hat. So ist es nach Antonovsky durchaus denkbar, daß gerade das Fehlen von Belastungen (bzw. „tension“), also ein zu geringer Realitätsdruck, zum Streßfaktor wird. Hier geht es um das Problem der Unterforderung, des „underload“. „The concept of underload postulates an inherent need for sensory stimulation of moderate magnitude and complexity“ (Antonovsky 1979, 87). Gerade dieser Aspekt steht in enger Beziehung zum Konzept des Kohärenzsinn, denn ein starker und aktiver SOC kann sich ohne herausfordernde Stimulation kaum entfalten, und das gleiche müßte auch für seelische Gesundheit gelten.

5. GENERALIZED RESISTANCE RESOURCES (GRR)

Ob sich ein Stimulus in einen malignen Stressor verwandelt oder eine salutogene Wirkung entfaltet, hängt nach Antonovsky von den zur Verfügung stehenden „*generalized resistance resources*“ (GRR) ab. Generalisierte Widerstandsquellen kann es auf seiten des Individuums, der Primärgruppe oder der Gesellschaft geben (vgl. Antonovsky 1979, 102-119). GRR definiert Antonovsky als „any characteristic of the person, the group, or the environment that can facilitate effective tension management“ (Antonovsky 1979, 99). GRR sind jene Faktoren, welche den einzelnen mit bedeutungsvollen und kohärenten Lebenserfahrungen versorgen (Antonovsky 1979, 189). Auch wenn physikalische und biochemische GRR (hauptsächlich im Immun- und Nervensystem und in der genetischen Ausstattung) für die Streßbewältigung wichtig sind, ist für Antonovsky das soziale und kulturelle Umfeld von besonderer Bedeutung. „Ready answers provided by one’s culture and its social structure are probably the most powerful GRR of all“ (Antonovsky 1979, 119). Gerade unter diesem Aspekt wird die allgemeine Rolle der GRR in der Sicht Antonovskys besonders deutlich: Sie versorgen den Menschen mit jenen Informationen, die ihm bei der Streßbewältigung helfen. Die funktionale Gemeinsamkeit der GRR liegt nach Antonovsky in ihrer Fähigkeit, ein widerstandsfähiges Lebenskonzept aufzubauen, das eine kognitive, emotionale und praktische Streßbewältigung ermöglicht. Die GRR sind die Basisfaktoren, deren Vorhandensein oder Fehlen über die Stärke der individuellen Bewältigungskompetenz entscheiden. So sieht Antonovsky die GRR „as defined, which build up a strong SOC, crucial to one’s ability to manage tension well“ (Antonovsky 1987, 30).

6. DER „SENSE OF COHERENCE“ (SOC)

Der „sense of coherence“ (SOC) stellt das Ergebnis aller biographisch relevanten GRR und den Schlüssel für die Lebensbewältigung dar. So wird deutlich, daß der SOC auch dort noch eine Rolle spielen kann, wo der protektive Kontext eines Menschen nahezu zusammengebrochen ist, wie z.B. im Konzentrationslager.

Antonovsky hat ein Modell entworfen, welches Psyche und Soma umgreift. Bei ihm wird deutlich, daß psychische Gesundheit in seinem Sinn gewissermaßen die Basis auch der physischen Gesundheit ist. Die Psyche stellt die Bedingungen zur Verfügung, die es ermöglichen, im Feld allgegenwärtiger Stressoren zu überleben. Antonovsky vermutet den generell „salutogenetischen“ Faktor in einer bestimmten Einstellung gegenüber sich selbst und der Außenwelt. Er entwirft einen Fragebogen (SOC-29-Fragebogen), der seine Hypothese in den Bereich der empirischen Überprüfbarkeit überführt.

Was hält den Menschen gesund? Oder: Was führt dazu, daß viele Menschen trotz aller Widrigkeiten des Lebens immer wieder in die Richtung des „health ease“-Pols auf dem HEDE-Kontinuum getrieben werden?

Angeregt durch seine Beobachtungen bei den genannten Forschungsprojekten, postuliert Antonovsky den SOC als einen generellen Einstellungsfaktor, den er als das entscheidende Kriterium für das Ausmaß potentieller Gesundheit ansieht.

Die Definition des SOC lautet wie folgt: „This central concept (...) was defined as a global orientation that expresses the extent to which one has a pervasive, enduring though dynamic, feeling of confidence that one's internal and external environments are predictable and that there is a high probability that things will work out as well as can reasonably be expected“ (Antonovsky 1987, XIII, vgl. Antonovsky 1979, 123; vgl. ausführlichere Definition: Antonovsky 1987, 19).

Zum Vergleich eine ins Deutsche übersetzte Formulierung aus einem Vortrag Aaron Antonovskys: „Eine globale Orientierung, die das Ausmaß ausdrückt, in dem jemand ein durchdringendes, überdauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, daß erstens die Anforderungen aus der internalen und externalen Umwelt im Verlauf des Lebens strukturiert, vorhersagbar und erklärbar sind, und daß zweitens die Ressourcen verfügbar sind, die nötig sind, um den Anforderungen gerecht zu werden. Und drittens, daß die Anforderungen Herausforderungen sind, die Investitionen und Engagement verdienen“ (Antonovsky 1993, 12; vgl. Köhle/Oblers/Faber 1994, 66; Becker 1982, 10; Heim 1994, 1273f.).

Öfters betont Antonovsky daher, daß es sich beim Kohärenzsinn um eine globale Orientierung handelt. Es geht ihm um eine allgemeine Art, die Welt zu betrachten, sich ihr zu nähern und ihre Anforderungen zu bewältigen. Es geht ihm nicht um spezifische Antworten und Strategien in spezifischen Situationen. Insofern ist der Kohärenzsinn auch nicht inhaltlich definiert. Er realisiert sich flexibel und anpassungsfähig unter einer Vielzahl möglicher Umstände. Wer über die allgemeine Grundeinstellung eines starken SOC verfügt, wird zumeist in der Lage sein, auf jeweils nützliche Bewältigungs- und Copingstrategien zur Abwehr von Streß zurückzugreifen (vgl. Antonovsky 1987, 75).

Dies wird deutlicher, wenn man die drei Komponenten des „sense of coherence“ genauer betrachtet.

6.1. DIE DREI KOMPONENTEN DES "SENSE OF COHERENCE"

Antonovskys SOC setzt sich aus drei Komponenten „comprehensibility“ (Verstehbarkeit), „manageability“ (Handhabbarkeit) und „meaningfulness“ (Sinnhaftigkeit) zusammen.

Comprehensibility, die erste dieser drei Komponenten, ist zweifellos die wichtigste innerhalb des Konzepts (vgl. Antonovsky 1987, 16). „It refers to the extent to which one perceives the stimuli that confront one, deriving from the internal and external environments, as making cognitive sense, as information that is ordered, consistent, structured, and clear, rather than noise-chaotic, disordered, random, accidental, inexplicable“ (Antonovsky 1987, 16f.).

Comprehensibility ist eine kognitive Komponente, die es ermöglicht, Sinn zu erzeugen (vgl. auch: Heim 1994, 1273). Sie meint die Fähigkeit, aus den zunächst chaotisch erscheinenden Stimuli und Informationen des inneren und äußeren Umfelds einen verstehbaren Zusammenhang herzustellen. „Death, war, and failure can occur, but such a person can make sense of them“ (Antonovsky 1987, 17).

Daß gerade diese Komponente bei der Abwehr von Streß besondere Bedeutung hat, ist offensichtlich. Was als sinnvoll interpretiert wird, entwickelt sich gar nicht erst zum Distreß, ja im Gegenteil: es kann sogar als Herausforderung empfunden werden (vgl. Antonovsky 1987, 17).

Thure von Uexküll macht in dieser Hinsicht auf die enge Beziehung des Ansatzes zur „Biosemiotik“ aufmerksam. „Lebende Systeme erzeugen ihre Umwelt durch Interpretation der Umgebung, d.h. durch Zeichenprozesse. Sie sind Interpreten ihrer Umgebung.“ „Der entscheidende Faktor bei dieser Interpretation ist der Interpretant. Er definiert die Bedeutung, welche die Vorgänge und Objekte der Umwelt für das Subjekt haben. Antonovskys ‚sense of coherence‘ läßt sich biosemiotisch als eine besondere Form des Interpretanten auffassen“ (v. Uexküll 1994, 32).

An dieser Stelle besteht ein Zusammenhang zur Theorie von Selbstorganisation. So schreibt Heidelberger im „Historischen Wörterbuch der Philosophie“: „Wenn der Mensch ein selbstorganisierendes System ist, ergibt sich das Problem, wie seine Wahrnehmungs- und Erkenntnisfähigkeit aufzufassen ist. Wahrnehmung der Umwelt durch einen Organismus heißt nicht Aufnahme von Information aus der Umwelt, sondern autonome Erzeugung der Information über die Welt durch Interaktion mit ihr. Diese Erzeugung ist als eine zirkuläre Organisation aufzufassen: Sie bestimmt die Aktionen des Organismus und die Aktionen des Organismus bestimmen die Erzeugung“ (Bd. 9, 511). Dies ist eine recht genaue Beschreibung des Vorgangs, der bei starkem SOC zur Streßminderung führen kann. Man könnte sagen, daß es so etwas wie „objektive“ Stressoren überhaupt nicht gibt. Ausschlaggebend ist stets die Bedeutung, die sie durch den „Interpretanten“ im Sinne von Th. von Uexküll erhalten.

Comprehensibility ist ein aktiver Prozeß. Er dient der adaptiven Deutung und Orientierung in der Auseinandersetzung mit der Realität. Für comprehensibility gilt daher, was Antonovsky für den Kohärenzsinn allgemein sagt: „A strong sense of coherence includes a solid capacity to judge reality“ (Antonovsky 1979, 127).

Die zweite Komponente des SOC ist *manageability*. Es handelt sich um das Ausmaß „to one perceives that resources are at one’s disposal which are adequate to meet the demands posed by the stimuli that bombard one“ (Antonovsky 1987, 17). Es geht also um ein Vermögen, unter Belastungen innere und äußere Ressourcen mobilisieren zu können.

Für Antonovsky kommt es dabei nicht darauf an, ob diese psychische Ressource unter der eigenen Kontrolle oder unter der Kontrolle „legitimierter anderer“ steht wie zum Beispiel des Ehepartners, von Freunden, Kollegen, Gott oder einer politischen Partei (vgl. Antonovsky 1979, 127f.). Entscheidend ist bei diesem Merkmal, daß man nicht das Gefühl hat, Opfer zu sein. „Kontrolle“ kann also auch delegiert werden, ohne daß nach Antonovsky die Fähigkeit zum konstruktiven Umgang mit den eigenen Möglichkeiten gestört sein muß. Was auch immer im Leben geschieht, man wird es bewältigen und nicht endlos darunter leiden (vgl. Antonovsky 1987, 18). Dieses Merkmal steht also am meisten in der Nähe konkreter Coping-Strategien. Die Fähigkeit, seine Rolle am Arbeitsplatz zu strukturieren bzw. eine solche Kontrolle zur eigenen Entlastung durch andere ausführen zu lassen, gehört in dieses Feld. Der auf diesem Wege vermiedene oder abgewehrte Streß wäre das positive Resultat einer entwickelten Fähigkeit, die Dinge zu „managen“.

Die dritte Komponente des Kohärenzsinnns ist „*meaningfulness*“ (Sinnhaftigkeit). Es handelt sich um eine „emotionale oder motivationale Komponente des menschlichen Erlebens“ (Heim 1994, 1273), die sich in der Fähigkeit ausdrückt, Belastungen sowie die zahllosen großen und kleinen Anforderungen des Lebens als sinnhaft zu erfahren.

Ein wichtiger Aspekt der Sinnhaftigkeit ist der emotionale Gesichtspunkt der Bedeutsamkeit. Personen mit einer starken Fähigkeit, das Leben als sinnhaft zu erfahren, betrachten vieles in ihrem Alltag als wichtig und bedeutsam, wert sich dafür zu engagieren (Antonovsky 1987, 18ff.). Sie sind daher am ehesten in der Lage, belastende Vorfälle und Ereignisse als Herausforderung zu betrachten und Streß als Distress überhaupt nicht aufkommen zu lassen. „The crucial issue is whether there are spheres of life that are of subjective importance to the person.“ Andernfalls sei die Wahrscheinlichkeit eines starken SOC nicht sehr hoch (Antonovsky 1987, 22; vgl. Antonovsky 1979, 96; Antonovsky 1987, 28f. - Selye 1974, 62ff.).

Die drei Komponenten des Kohärenzsinnns setzen sich somit aus einem eher kognitiven (comprehensibility), einem eher praktischen (manageability) und einem eher emotional-motivationalen Merkmal (meaningfulness) zusammen. Dabei scheint „comprehensibility“ das bedeutsamste Element zu sein, die Basis gewissermaßen, auf der die beiden anderen Elemente ruhen.

7. COPING

Die Stärke oder Schwäche des SOC ist von großer Bedeutung für das sogenannte Coping-Verhalten. Coping (von engl. to cope = fertig werden mit) „stellt einen Prozeß der Person-Umwelt-Auseinandersetzung dar, bei dem Handlungen und innerpsychische Vorgänge ablaufen mit dem Ziel, die kritischen Anforderungen zu verringern oder zu überwinden“ (Schwarzer 1990, 13). Es handelt sich demnach um die konkreten Formen der Streßbewältigung. „Let us define a coping strategy as an overall plan of action for overcoming stressors“ (Antonovsky 1979, 112). Dabei ist das „Kohärenzgefühl (...) eindeutig keine spezielle Coping-Strategie, sondern eine generelle Lebenseinstellung“ (Antonovsky 1993, 4). Das Kohärenzgefühl (bzw. der SOC) steuert jedoch das konkrete Coping-Verhalten.

Antonovsky postuliert drei wichtige Variablen, die sich in jeder Coping-Strategie wiederfinden: *Rationalität, Flexibilität und Umsichtigkeit* (rationality, flexibility, farsightedness). *Rationalität* meint die möglichst objektive Einschätzung der Realität und damit die Fähigkeit (bzw. Unfähigkeit), die Bedeutung eines Stressors adäquat einzustufen. *Flexibilität* zielt auf die

Fähigkeit, situationsangemessen zu reagieren. Dabei ist Offenheit für neue Informationen entscheidend. *Umsichtigkeit* als Element einer Coping-Strategie entspricht der klugen Voraussicht eines Schachspielers, der die möglichen Züge seines Gegenspielers antizipiert, allgemeiner gesprochen: die denkbaren Antworten der inneren und äußeren Umgebung mit einplant (Antonovsky 1979, 112f.).

Natürlich sind Coping-Strategien sowohl vom persönlichen als auch vom historisch-kulturellen Hintergrund abhängig. Daher sind in unterschiedlichen kulturellen Situationen spezifische Varianten des Coping-Verhaltens zu erwarten.

8. ANTONOVSKYS STELLUNG IN DER MEDIZINGESCHICHTE

Aaron Antonovskys Ansatz erinnert in vielfacher Hinsicht an ältere medizinische Konzepte und erscheint als die Wiederaufnahme von Sichtweisen und Vorstellungen über Gesundheit, Krankheit und Heilung, die über Jahrtausende hinweg in vielen Kulturen eine Rolle spielten. Dies soll in einem kurzen medizinhistorischen Rückblick gezeigt werden:

Schamanen und Medizinmänner können als die Ärzte der frühesten Kulturen betrachtet werden. Die Funktion des Heilers kam ihnen allerdings in einer anderen Weise zu, als wir es heute von den Ärzten gewohnt sind. Die schamanische Behandlung bestand weniger im direkten Behandeln der Krankheit als vielmehr darin, krankmachende Geister durch Beschwörung, Opfer oder Gegenzauber zu vertreiben oder unschädlich zu machen. Dabei hatte der Schamane sowohl für den Kranken selbst wie auch für die gesamte Gruppe eine wichtige stabilisierende Funktion. Als frühester Vorläufer des Psychotherapeuten stärkte er das magische Weltbild und die Gruppenbindung und erfüllte damit zweifellos eine gesundheitsstützende Funktion. „Nichts belegt die Macht der Magie des Medizinmannes und ihre Bedeutung als gruppenbindendes Element (...) deutlicher, als der sogenannte Tabu-Tod. Wer - etwa bei Eingeborenen in Polynesien - wegen eines Frevels vom Medizinmann verflucht wird „kauert sich, von Angst geschüttelt, in einen Winkel und stirbt in wenigen Tagen, ja manchmal Stunden“ (Schmidbauer 1975, 24). Auch Antonovsky sieht im Phänomen des sogenannten „Voodoo-Todes“ „the most intriguing indirect evidence linking the sense of coherence to health status“ (Antonovsky 1979, 163).

Das Beispiel zeigt die große suggestive Wirkung schamanischen Handelns. Für den einzelnen wie für die Gruppe darf ein ausgesprochen salutogener Effekt dieser frühen Ärzte angenommen werden. Man könnte unterstellen, daß Medizinmänner und Schamanen den SOC stärken (oder im Falle des „Tabu-Todes“ zerstören), indem sie Interpretationen steuern, die sowohl „comprehensibility“ wie auch „meaningfulness“ und „manageability“ erhöhen (bzw. schwächen). So gesehen können Medizinmänner Förderer der seelischen Gesundheit sein.

Eine ähnliche Bedeutung kann den frühen Priesterärzten zugesprochen werden. Krankheiten galten als Besessenheit durch Dämonen oder als die Folge eines Ungehorsams gegenüber den Göttern. So hatten die Priesterärzte der frühen Hochkulturen - Mesopotamien, Ägypten - die Aufgabe, „nicht nur Beschwerden zu lindern bzw. Krankheiten zu heilen, sondern auch die Versöhnung des Betroffenen mit den Göttern herbeizuführen“ (Seidler 1993, 24). Wenn bei den Babyloniern dabei die Ausdeutung der Träume eine besondere Rolle spielte (vgl. Seidler 1993, 24), dann zeigt dies ebenfalls, daß die Stabilisierung der Seele für die Gesundung als zentral erachtet wurde.

Bereits bei den alten Ägyptern spielte dabei der Gedanke des Gleichgewichtes (der „Maat“) eine Rolle. Dieser Gedanke war aus zyklisch verlaufenden Prozessen wie dem Lauf der Gestirne, der Nilüberschwemmung und den Ernten abgeleitet worden. Auf die Heilkunde übertragen, führten diese Vorstellungen zur Verpflichtung, die Grundfunktionen des Körpers und die menschlichen Grundbedürfnisse in Ordnung zu halten. Daraus entstand eine Lebensordnungslehre, die als Vorläufer der hippokratischen Diätik zu betrachten ist. Sie bestimmte bis ins 19. Jahrhundert hinein die Ausrichtung von Medizin und Pflege (Seidler, 1993, 29, Historisches Wörterbuch, 231).

Durchaus vergleichbare Ideen finden sich in der traditionellen indischen Medizin (Ayurveda), die den Gedanken des Gleichgewichts mit einer Mikrokosmos-Makrokosmos-Lehre verbindet. Sie macht es dem Menschen (dem Mikrokosmos) zur Lebensaufgabe, sich ins rechte Verhältnis zur spirituell aufgefaßten Natur zu setzen. „Im klassischen Denksystem Indiens galt dabei der menschliche Körper als die Wohnung der Seele; die physische Verfassung hängt weitgehend vom Zustand der Seele ab“ (Seidler 1993, 32), und beides wiederum steht in Verbindung zum gesamten Kosmos.

Auch die alte chinesische Medizin findet ihren Mittelpunkt im Gedanken des Gleichgewichts. Yin und Yang, das weibliche, dunkle und das männliche, helle Prinzip, müssen in Harmonie miteinander sein, andernfalls geht die Lebenskraft verloren und der Mensch wird krank (vgl. Seidler 1993, 36f.).

Von großer Bedeutung für die antike Heilkunde war die Lehre des Pythagoras von Samos (ca. 570-480 v. Chr.). Für ihn bedeutete Krankheit eine Entgleisung der natürlichen Harmonie der Kräfte. „Jedes Überschreiten des Maßes, jede Unmäßigkeit in der Lebensführung stört das körperliche und seelische Gleichgewicht und kann zur Krankheit führen“ (Seidler 1993, 45).

Auch die hippokratische Medizin (Hippokrates von Kos, 460-375 v. Chr.) war derartigen Grundgedanken verpflichtet. „Sie verstand den Menschen in seiner Ganzheit als Teil der Gesamtnatur und damit eingebunden in die das gesamte Leben regelnde Ordnung. (...) Der Hippokratiker behandelte nicht die Krankheit, sondern den Kranken; er sah das einzelne kranke Individuum und versuchte es aus der Verknüpfung mit allen seinen Umweltbedingungen zu begreifen. (...) Folglich darf auch die Behandlung keine nur lokale sein, sie hatte allgemein anzugreifen und die ganzen Umweltbedingungen einzubeziehen“ (Seidler 1993, 51).

Die von dem griechische Arzt Galen (131-201 n. Chr.) vertretene „Säftelehre“ der sogenannten „Humoralpathologie“ führte Erkrankungen auf die ungleichgewichtige und schlechte Mischung der Körpersäfte (Blut, Schleim, gelbe und schwarze Galle) zurück. Auch die Humoralpathologie bezog den Zustand der Seele in ihre Vorstellung mit ein: Das zeigen die aus ihr abgeleitete Charakterlehre (Choleriker, Melancholiker, Sanguiniker und Phlegmatiker) sowie die aus ihr entwickelte „Diätik“. Letztere bezog sich auf die gesamte Lebensführung und war sowohl therapeutisch als auch präventiv gedacht (vgl. Eckart 1994, 60f., Seidler 1993, 46f.).

Kennzeichnend für diesen Ansatz, der bis ins 19. Jahrhundert hinein Auswirkungen zeigen sollte, war das Folgende: Der Mensch wurde als Einheit von Körper und Seele betrachtet. Diese Einheit wurde im Kontext umfassender natürlicher Zusammenhänge verstanden (Mikrokosmos-Makrokosmos-Lehre). Die Natur war ausgerichtet auf ein überweltliches Jenseits, das dem Diesseits Sinn verlieh. Innerhalb dieses Bezugfeldes mußte Krankheit etwas Individuelles sein. Kranksein war Ausdruck eines gestörten persönlichen Verhältnisses zur Harmonie natürlicher und übernatürlicher Kräfte, und so war jeder „aufgrund seiner Konstitution, seiner kosmischen und seiner sozialen Bezüge auf seine eigene,

unverwechselbare und nicht vergleichbare Weise krank“ (Seidler 1993, 48). Er mußte als ganzer, einmaliger Mensch gesehen und unter Berücksichtigung seiner Individualität wie auch der objektiven Ganzheitsbezüge geheilt werden.

Auch im Mittelalter blieben in diesem Sinne „Heilkunst und Lebenskunde (...) ganz und gar eins“ (Schipperges 1990, 223).

Schipperges beschreibt die entsprechenden mittelalterlichen Vorstellungen: „Gesund- und heil-sein bedeutet letztlich: im Einklang mit dem Sinn des Lebens stehen (...).“ Gesundheit sei nach mittelalterlicher Auffassung „alles andere als die Abwesenheit von Störungen. Sie ist eher die Kraft, trotz aller Beschwerden ein sinnvolles Leben zu führen“ (Schipperges 1990, 60f.).

Diese Fähigkeit wird durch „Diätik“ gefördert, die sich seit der Antike auf folgende Bereiche richtet: 1. Licht und Luft, 2. Speise und Trank, 3. Arbeit und Ruhe, 4. Schlaf und Wachen, 5. Ausscheidungen und Absonderungen, 6. Leidenschaften und Gemütsbewegungen (vgl. Seidler 1993, 56ff.).

Der Bruch mit der hippokratischen Tradition kam mit den Erfolgen der naturwissenschaftlichen Medizin seit dem 17. Jahrhundert. Ein gewisser Neuansatz lag in der „Paracelsischen Iatrochemie“, die alle physiologischen und pathophysiologischen Phänomene als körperchemische Vorgänge deutete (Eckart 1994, 155f.).

Spätestens in der Mitte des 19. Jahrhunderts setzte sich jedoch die naturwissenschaftliche und experimentelle Sichtweise durch: Als wissenschaftlich galt nun häufig nur noch, was mit Hilfe des Experiments auf der Grundlage von Physik und Chemie ermittelt werden konnte (Sachtleben 1993, 36f.). Bedeutsam für diese Veränderung der Perspektive wurde etwa Rudolf Virchow (1821-1902) durch die Begründung der sogenannten Zellulärpathologie. Diese faßte Krankheit als Ausdruck eines lokalen Geschehens auf, welches sich in der Zelle abspielt. Nicht der Mensch ist krank, sondern die Zelle (Eckart 1994, 226f.; Sachtleben 1993, 37). In der Psychiatrie führte dieser Ansatz dazu, daß alle psychischen Störungen als Hirnerkrankungen verstanden wurden (Becker 1982, 33).

So entwickelte sich eine Lehre von der „Krankheit ohne den Menschen“ (Sachtleben, 40).

Schipperges faßt diesen bedeutsamen Traditionsbruch so zusammen: „Verloren ging der Medizin - vor allem - die Gesundheit, ein Begriff vom Wesen von Gesundsein und Gesundbleiben, das Wissen um die Gesundheit und eine Lehre gesunder Lebensführung, die doch über die Jahrtausende hin ganz selbstverständlich waren, ehe unser Gesundheitswesen so unselig geschrumpft ist auf reine Krankenversorgung, pure Sozialversicherung, bloße Reparatur“ (Schipperges 1985, 284).

Es wird deutlich, daß Antonovskys Sichtweise in gewisser Hinsicht eine Rückkehr zu älteren Vorstellungen darstellt. Auch in der neueren Psychosomatik ist diese Entwicklung sichtbar. Für Antonovsky gilt, daß ohne persönliche Fähigkeit, dem Leben einen „kohärenten“ Sinn abzugewinnen, psychische und physische Gesundheit nicht denkbar ist.

9. PSYCHISCHE GESUNDHEIT UND DER ANSATZ ANTONOVSKYS

Im folgenden Kapitel soll untersucht werden, welchen Beitrag Antonovsky zur Klärung des Begriffs der *psychischen* Gesundheit leistet. Dazu soll sein Ansatz mit einer Reihe anderer Theorien verglichen werden.

Zunächst muß festgehalten werden, daß der Begriff der *psychischen* Gesundheit nur sehr schwer zu fassen ist. Bereits Lohman (1978, 34) schreibt: „Es gibt im Hinblick auf die ‚psychische Gesundheit‘ keine zufriedenstellende Möglichkeit, ihn einzugrenzen oder zu messen. Obwohl dieser Begriff in der Praxis eine so unerhörte Bedeutung hat, ist er keineswegs eindeutig. Daher ist es kaum verwunderlich, daß psychiatrische Diagnosen nicht selten stark voneinander abweichen und daß Situationen, die der Abgrenzung zwischen ‚psychischer Gesundheit‘ und ‚psychischer Krankheit‘ zugrunde liegen, oftmals Anlaß leidenschaftlicher Debatten sind.“

Ähnlich schreibt Becker (1982, 4): „Vergleicht man die ausgewählten Definitionen, so wird sehr deutlich, daß es sich bei ‚Gesundheit‘ und ‚Krankheit‘ um keine eindeutig ‚objektivierbaren‘ Phänomene handelt.“ Und er zitiert Menninger, der in Übereinstimmung mit Antonovsky schreibt: „Die genaue Definition von Gesundheit oder Krankheit ist eine fast unmögliche Aufgabe; man ist versucht, jede der beiden als die Abwesenheit des anderen zu definieren, und darin verbirgt sich eine Wahrheit, zu der wir uns entschieden bekennen, nämlich: daß Gesundheit und Krankheit Worte sind, die nur eine Richtung, nicht einen absoluten Zustand angeben. Es wäre logisch korrekt, nur von mehr Gesundheit, weniger Gesundheit und noch weniger Gesundheit zu sprechen und das Wort Krankheit gänzlich fallen zu lassen.“

Die besondere Schwierigkeit bei der Bestimmung des Begriffs der *seelischen* Gesundheit hat offenbar zwei Hauptgründe: a) Die Beantwortung der Frage nach der seelischen Gesundheit hängt „vom jeweils zugrundegelegten Menschenbild ab“ (vgl. Breit/Bergmann 1994, 35) und ist damit subjektiv und von kulturellen und sozialen Bedingungen abhängig (vgl. Oppermann, 1994, 183). b) Der Begriff der seelischen Gesundheit kann nicht nur als Homöostase und Funktionalität begriffen werden, sondern seelische Gesundheit umfaßt auch Heterostase und „Dysfunktionalität“ bzw. Störung.

Andererseits ist es trotz aller Schwierigkeiten unmöglich, auf den Begriff der Gesundheit zu verzichten. Auch wenn kaum je ein „Gesunder“ angetroffen werden kann und der Begriff der seelischen Gesundheit kulturabhängig und damit subjektiv ist, können wir auf ihn gerade in der ärztlichen Praxis nicht verzichten. Auch ein Kontinuum-Modell entläßt uns nicht aus dieser Problematik, denn die Begriffe „mehr“ oder „weniger“ beziehen sich immer noch auf ein Absolutum.

9.1. BEGRIFFSBILDUNGEN

In Anbetracht dieser Schwierigkeiten können unterschiedliche Begriffe von seelischer Gesundheit auf ihre (stets relative) Brauchbarkeit hin verglichen werden. Drei unterschiedliche Akzentsetzungen werden dabei deutlich:

- a) Modelle, die mehr vom Individuum ausgehen (individual-psychologischer Ansatz).
- b) Modelle, die eine mehr soziologische Sicht in den Vordergrund stellen (transaktionaler Ansatz).

c) Modelle, die den Begriff des Konflikts und der Störung mit in ihren Approach aufnehmen (Konfliktmodell der Gesundheit).

Es handelt sich dabei nicht um sich gegenseitig ausschließende Ansätze, sondern in der Regel eher um Akzentuierungen.

Typisch für einen eher auf das Individuum eingeschränkten Begriff von Gesundheit wäre das „Regulations-Kompetenz-Modell“ nach Sigmund Freud. Hier geht es um einen „relativ spannungsfreien Balancezustand zwischen unterschiedlichen Triebregungen bzw. Instanzen und den jeweiligen äußeren Anforderungen“ (Breit/Bergmann 1994, 35). In die gleiche Kategorie fiel das „Selbstaktualisierung-Modell“ (Rogers, Maslow), das „Selbst Wirksamkeits-Modell“ (Bandura) (vgl. Siegrist 1994, 88) sowie das „Sinnfindungs-Modell“ (Frankl). Auch die Kategorie „subjektives Wohlbefinden als weiterer bedeutsamer Teil seelischer Gesundheit“ richtet ihren Blick zunächst auf das Individuum (Breit/Bergmann 1994, 35f.).

Eine „soziopsycho-somatische Analyse“ und damit einen ausgesprochen soziologischen und interaktionalen Ansatz vertritt Siegrist. Begriffen wie „Selbstwirksamkeit“, „Selbstwert“ und „Selbst-Einbindung“ sei gemeinsam, „daß sie nur im Medium der Transaktion zwischen Person und sozialer Umwelt möglich sind“ (Siegrist 1994, 89).

Schließlich wird von psychoanalytischer Seite darauf hingewiesen, daß seelische Gesundheit auch eine „gewisse Toleranz fürs Kranksein“ beinhalte (vgl. Oppermann 1994, 186). Besonders Menninger betont auch im Hinblick auf die *innere* Konflikthaftigkeit neben der Homöostase das Heterostase-Prinzip, das den Zugang zum Verständnis des Wachstums- und Reifungsgeschehen eröffne. „Es gibt einen starken Drang innerhalb des Organismus, Änderungen hervorzurufen: genau solche Störungen in Gang zu setzen, denen zu widerstehen, die regelnden Prozesse des Organismus eingerichtet sind. Es ist der Konflikt zwischen dem Wunsch nach Änderung - Neuheit, Mannigfaltigkeit, Chancen - und der Furcht vor den Folgen der Änderung, der die Komplexität des menschlichen Verhaltens ausmacht“ (Menninger nach Becker 1982, 78f.).

Mehr oder minder alle Begriffe von psychischer Gesundheit greifen in der einen oder anderen Weise auf Vorstellungen von Gleichgewicht und Anpassung zurück.

Der Gleichgewichtsgedanke ist - wie schon oben gezeigt - sehr alt. Von der Antike bis in die Neuzeit galt er als Prinzip der „rechten Mitte“, als Voraussetzung eines gelungenen Lebens und damit auch als Grundprinzip von Gesundheit (vgl. Becker 1982, 14ff.). Als „Synkrasie“ oder „Eukrasie“ bedeutet er in der Humoralpathologie die gleichgerichtete und harmonische Mischung der Körpersäfte (Eckart 1990, 60), die auch das seelische Wohlbefinden bedingt.

Ebenso allgemein wie auf den Gleichgewichtsgedanken wird auf den Begriff der Anpassung zurückgegriffen. Reister zitiert einen Begriff von seelischer Gesundheit, den er als die „überzeugendste Formulierung (...) aus psychoanalytischer Sichtweise“ bezeichnet (Reister 1995, 25 unter Verweisung auf Bach/Heine 1981, 21): Psychische Gesundheit ist „die unter vorfindlichen (gegebenen) gesellschaftlichen Bedingungen äußerste mögliche Fähigkeit zur vollen, unreduzierten Erfahrung von innerer wie äußerer Realität und deren Umsetzung in kommunikative Prozesse und Handeln.“

Durch die Verbindung von „Realität“ und „Handeln“ verweist dieser Begriff auf eine gesellschaftlich vermittelte Fähigkeit, sich in einer erkannten (inneren und äußeren) Wirklichkeit effektiv zu bewähren. Erfahrung und Handeln in diesem Sinn sind Adaptationsleistungen. Besonders die „systemische“ oder systemtheoretische Sicht in der

Psychologie kommt der Analyse derartiger Anpassungsprozesse entgegen (vgl. dazu Becker 1982, 43f.).

Wenn eine „verbindliche“ Definition des Begriffs der psychischen Gesundheit so schwierig ist, ließe sich vielleicht eine Art Konsensbegriff bilden. Es liegen Versuche vor, aus dem Kontext der westlichen Kultur übereinstimmende Vorstellungen von psychischer Gesundheit herauszufiltrieren. Darauf soll nun eingegangen werden.

9.2. KONSENSBEGRIFFE

Marie Jahoda, Peter Walschburger und Peter Becker unternehmen den Versuch, einen Konsensbegriff zu definieren.

Als klassisch auf diesem Gebiet gilt die Arbeit von Marie Jahoda, die im Auftrag der amerikanischen Joint Commission of Positive Mental Health durchgeführt wurde und deren Schlußbericht 1961 veröffentlicht wurde. Jahoda legt in dieser Arbeit sechs Grundsätzen der seelischen Gesundheit vor (vgl. Lohmann 1978, 36).

- Selbsteinschätzung des Menschen

Hier geht es um das Annehmen des eigenen Ichs, um Selbstvertrauen und realistische Selbsteinschätzung, Ichstärke im Sinne von Freud bzw. Ich-Identität im Sinne von Erik H. Erikson.

- Entwicklung und Selbstverwirklichung

Maslow: „Je größer die Entwicklungsmotivation, desto gesünder ist das Individuum“ (Zit. nach Lohmann 1978, 81-92).

- Integration der psychischen Energien

Hier geht es um das Gleichgewicht zwischen internen und externen Anforderungen, die zur Einheit des Ichs ausbalanciert werden müssen.

- Autonomie gegenüber sozialer Beeinflussung

Hier ist einerseits die Fähigkeit gemeint, zwischen konformem und nichtkonformem Verhalten wählen zu können, als auch die (relative) Unabhängigkeit gegenüber früheren Programmierungen.

- Korrekte Wirklichkeitserfassung

Relative Freiheit von Wunschdenken, insbesondere auch im Hinblick auf die „interpersonelle Kompetenz“.

- Die Fähigkeit, das Dasein zu meistern

Unter dieser sehr allgemein gewählten Rubrik stellt Jahoda eine Reihe von praktischen Kompetenzen zusammen: z. B. angemessenes Verhalten in der Liebe, bei der Arbeit, beim Spiel, oder Effektivität angesichts dessen, was die Situation erfordert.

Auch Walschburger (Walschburger 1990, 29) wertet eine Reihe von Autoren aus und stellt auf dieser Grundlage die folgenden häufig benannten biopsychologischen Merkmale gesunder Menschen in den Vordergrund:

- Balance zwischen Selbstverwirklichung und Umweltoffenheit (Entwicklung einer umweltbezogenen und zugleich abgegrenzten Identität).
- Selektiv adaptive Aktivität (Fähigkeit, dort zu handeln, wo es erforderlich ist, und sich dort zu erholen, wo diese Notwendigkeit fehlt).
- Positive hedonische Dynamik der Person-Umwelt-Beziehungen (überwiegend positive Verarbeitung von Herausforderungen und Belastungen).
- Flußcharakter der Regulationsprozesse (Vorherrschen einer Prozeßqualität der Selbstregulation und Umweltbewältigung, die als unbeschwert, positiv-anregend oder lustvoll erlebt wird).

Walschburger stellt abschließend folgende Frage: „Wie müßte eine biopsychologisch orientierte Forschungsstrategie aussehen, die es erlauben würde, kranke Lebensformen als Grenzfall solcher gesunder Lebensformen zu beschreiben und zu analysieren?“

Modifiziert und „salutogenetisch gewendet“ ist dies die Fragestellung Antonovskys. Wie müßte eine Forschungsstrategie aussehen, die es erlauben würde, gesunde Lebensformen zu beschreiben? Im Begriff „gesunde Lebensform“ steckt bereits notwendig der „sense of coherence“, ohne den eine positive Dynamik auf dem HEDE-Kontinuum nicht möglich ist. Inhaltlich liegt der Akzent bei diesen von Walschburger herausgearbeiteten Merkmalen mehr auf den aktiv-regulatorischen Mechanismen. Die SOC-Komponenten „meaningfulness“ und „manageability“ kommen zum Tragen.

Becker nimmt eine Analyse des Begriffs der seelischen Gesundheit bei neun bedeutenden Autoren vor (Freud, Menninger, Erik H. Erikson, Fromm, Rogers, Maslow, Jourard, Allport, Frankl). Dabei findet er Übereinstimmung im Hinblick auf zwei Kategorien von Kriterien seelischer Gesundheit:

- Produktivität, Kreativität, Tätigkeitsinn, Werksinn
- Liebesfähigkeit, Intimität (Becker 1982, 142)

Becker weist darauf hin, daß diese Übereinstimmungen stark an die Aussagen von Freud erinnern, der gesunde Mensch zeichne sich durch die Fähigkeit aus, „lieben und arbeiten“ zu können (vgl. Becker 1982, 62, 142f.).

Becker zitiert auch eine Untersuchung von Block, in der neun klinisch erfahrene Psychologen um eine Beschreibung der „optimal angepaßten Persönlichkeit“ gebeten wurden, wobei diese Bezeichnung synonym für seelische Gesundheit stehen sollte.

„Unter den vier charakteristischsten Merkmalen der ‚optimal angepaßten Persönlichkeit‘ befanden sich die folgenden beiden Items:

(35) Besitzt Wärme; hat die Fähigkeit zu engen Beziehungen; mitfühlend.

(26) Ist produktiv, schafft etwas“ (Becker 1982, 145).

Becker weist auf die denkbare Kulturabhängigkeit der Kategorie „Tätigsein“ bzw. „schafft etwas“ hin. In östlichen Kulturen dürfte dieses Merkmal möglicherweise nicht den gleichen Stellenwert haben. So bleibt als wichtigstes und am häufigsten genanntes Element Liebesfähigkeit und Intimität als Hauptkennzeichen seelischer Gesundheit. Darin stimmt Becker auch mit Selye überein:

Lebensförderlicher Eustreß wird nach Selye durch positive zwischenmenschliche Gefühle begünstigt. Es handelt sich also um einen salutogenetischen Faktor im Sinne Antonovskys. „Positive Gefühle“ - so Selye - „lassen sich als ‚Liebe‘ in dem allumfassenden Sinn des (...) Wortes umschreiben.“ „Beim zwischenmenschlichen Streß besteht der Gewinn aus der Freundschaft, Dankbarkeit, dem Wohlwollen und der Liebe, die wir für uns in anderen erwecken. Ein Verlust entsteht, wenn wir in unseren Mitmenschen Haß, Enttäuschung und Rachsucht erregen. Dies gilt sowohl für die Menschen um uns als auch für uns selbst, denn unsere eigenen positiven oder negativen Gefühle anderen gegenüber nützen oder verletzen uns unmittelbar im gleichen Maße, wie es uns hilft oder schadet, wenn wir diese Gefühlsregungen in anderen hervorrufen“ (Selye 1974, 114, 113f.).

Becker entwickelte unter Auswertung zahlreicher wichtiger Autoren und empirischer Untersuchungen eine eigene Konzeption. Seinen Ansatz versteht er als Weiterführung der Gesundheitstheorie Antonovskys:

„Wir wollen im folgenden diese Fragestellung auf das Problem der seelischen Gesundheit übertragen: Aus welchen Gründen zeigen bestimmte Personen angesichts ‚objektiv‘ sehr belastender Lebensumstände eine besondere Widerstandskraft gegen psychische Erkrankungen, während andere Menschen unter vergleichsweise geringer Belastung psychisch dekomensieren?“ (Becker 1982, 279).

Becker schlägt eine (allerdings nicht mathematisch bzw. quantitativ gemeinte) „Gleichung“ vor:

$$WPE = f \left[\frac{(KV); (STR)}{(SG); (FU)} \right]$$

Dabei bedeutet WPE = individuelle Wahrscheinlichkeit für das Auftreten einer psychischen Erkrankung innerhalb eines bestimmten Zeitintervalls, f = Funktion von, KV = Ausmaß der konstitutionellen Vulnerabilitäten, STR = Intensität und Dauer der Stressoren, SG = Grad der seelischen Gesundheit, FU = Ausmaß der förderlichen Umweltbedingungen.

Der problematische Begriff der „seelischen Gesundheit“ (SG) wird von Becker in Anlehnung an drei Hauptkategorien bestimmt, die sich aus Übereinstimmungen der untersuchten Autoren ergaben:

- Regulations-Kompetenz

Hier geht es um den Vollzug interner und externer Anpassungsleistungen. Hohe Regulationskompetenz verringert offenbar das Auftreten psychischer Erkrankungen.

- Selbstaktualisierung

Diese Kategorie enthält den Entwicklungsgedanken sowie die relative Autonomie der Persönlichkeit.

- Sinnfindung

Diese Kategorie besagt, daß der Mensch darauf angelegt sei, Sinn in seinem Leben zu finden. Sinnlosigkeitserfahrung vergrößert die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer psychischen Erkrankung (vgl. Becker 1982, 283ff.).

In formaler Sprache ausgedrückt, wäre seelische Gesundheit (SG) dann eine Funktion von (f), Regulationskompetenz (RK), Selbstaktualisierung (SA) sowie Sinnfindung (SF).

$$SG = f(RK; SA; SF)$$

(Becker 1982, 282)

„Zusammenfassend gelangen wir zu dem Eindruck, daß Antonovskys Theorie sowie unser eigener Ansatz auf ähnlichen Grundannahmen basieren, und beide noch vergleichsweise global formuliert sind. Antonovskys Theorie ist jedoch sicherlich weiter entwickelt und besser empirisch gestützt als unsere noch sehr skizzenhaften Überlegungen“ (Becker 1982, 288).

9.3. DER SOC ALS MASS PSYCHISCHER GESUNDHEIT

Wie ist nun Antonovskys Ansatz im Rahmen der vorgestellten Theorien zu beurteilen?

Zunächst ist deutlich, daß Antonovskys SOC für sich selbst bereits eine Definition seelischer Gesundheit darstellt. Im Grunde geht es Antonovsky um die protektive Rolle der seelischen Gesundheit für das Gesundheitsgeschehen überhaupt. Obwohl freilich auch noch weitere Faktoren Gesundheit determinieren, so bildet die seelische Gesundheit den Rahmen, innerhalb dessen sich auch körperliche Gesundheit entwickeln kann.

Wenn der SOC mit seinen drei Faktoren also Antonovskys Vorstellung von psychischer Gesundheit enthält, so wäre zu fragen, inwiefern sein Begriff von anderen Vorstellungen abweicht bzw. mit ihnen übereinstimmt.

In Anlehnung an Breit und Bergmann wurde oben zwischen dem „Regulations-Kompetenz-Modell“, dem „Selbstaktualisierungs-Modell“, dem „Sinnfindungs-Modell“ und dem Aspekt des „subjektiven Wohlbefindens“ unterschieden. Bei der Unterteilung in einen mehr „individual-psychologischen Ansatz“, eine mehr „interaktionale“ Betrachtung und in einen Approach, der die intrapsychische Konflikthaftigkeit berücksichtigt, zeigt sich folgendes:

Das „Regulations-Kompetenz-Modell“ ist durch die SOC-Komponenten „comprehensibility“ und „manageability“ erfaßt. Selbstwirksamkeit auf den beiden Ebenen Erkenntnis und Interpretation (kognitive Ebene) wie auch als Überzeugung von der eigenen Kompetenz im Hinblick auf die Bewältigung der zu erwartenden Schwierigkeiten sind in diesen beiden Komponenten enthalten. Aber auch „meaningfulness“ (motivationale Ebene) berührt in diesem Sinne das „Regulations-Kompetenz-Modell“.

Das „Selbstaktualisierungs-Modell“ ist im SOC nicht direkt enthalten. Auch das „Sinnfindungs-Modell“ von Viktor Frankl weist wenig Parallelen zu Antonovskys Theorie auf. Jedoch findet sich bei Frankl der SOC-Komponente „meaningfulness“ Entsprechendes.

„Subjektives Wohlbefinden“ ist vom Ansatz her in der Vorstellung eines „sense of coherence“ enthalten, wird jedoch nicht explizit aufgeführt. Ein starker SOC hat positive Konsequenzen für das Wohlbefinden. „I would (...) expect positive correlations between the SOC and many facets of well-being to the extent that the GRR which create the life-experiences that give rise to a strong SOC also directly promote well-being“ (Antonovsky 1987, 181).

Antonovsky betont mit seinem Ansatz die individual-psychologische Sichtweise. Er nimmt an, daß sich der SOC in relativ frühen Lebensjahren herausbildet, und daß es unwahrscheinlich sei, „that one's sense of coherence, once formed and set, will change in any radical way“ (Antonovsky 1979, 188, vgl. 1987, 124). Der Soziologe J. Siegrist bemängelt, demgegenüber, daß Antonovsky die soziologische Perspektive vernachlässigt habe und zu wenig aufzeige,

„wie der Kohärenzsinn unter spezifischen sozialen Bedingungen unterschiedlich ausgebildet wird“ (Siegrist 1994, 86f.).

Antonovsky versteht den SOC aber auch „as a group property“ (Antonovsky 1987, 170). Im Rahmen einer „sozialen Konstruktion der Realität“ (Antonovsky 1987, 172) macht es ihn seiner Sicht für die Gesundheit eines Individuums nämlich einen Unterschied, ob es zu einer Gruppe mit einem schwachen oder starken SOC gehört (Antonovsky 1987, 177). An anderer Stelle untersucht Antonovsky die sozialen Wurzeln und Bedingungen der GRR und kommt u. a. zu dem Ergebnis: „Ready answers provided by one’s culture and its social structure are probably the most powerful GRR of all“ (Antonovsky 1979, 119).

Darüber hinaus untersucht Antonovsky die Zusammenhänge zwischen Arbeitssituation und dem SOC (z.B. Antonovsky 1987, 107ff.) bzw. die Zusammenhänge zwischen SOC und sozialer Klasse (Antonovsky 1979, 146ff.). Kurz: „(...) die eigentlichen Quellen des Kohärenzgefühls müssen in der Natur der Gesellschaft liegen, in der jemand lebt, in einer bestimmten historischen Periode, in einer bestimmten sozialen Rolle, in die jemand eingebettet ist“ (Antonovsky 1993, 13).

Was die intrapsychischen Konflikte angeht, beschreibt Antonovsky sie anders als z.B. Erikson. Erikson schildert die intrapsychischen Konflikte aus der möglichen Konflikthaftigkeit des Selbst und aus den dort stammenden Stressoren. Antonovsky hingegen spricht von „Coping with emotions“ (Antonovsky 1987, 148) und „tension management“ (Antonovsky 1979, 96), die für ihn in erster Linie Prozesse sind, und die auf der Fähigkeit beruhen, angemessen auf einen (Außen-)Stressor zu reagieren (vgl. Antonovsky 1987, 148ff.). Diese Fähigkeit beruht auf Ich-Identität bzw. Ich-Stärke. „On the emotional level, the central concept is ego identity, which I regard as a crucial GRR“ (Antonovsky 1979, 108). „Ego identity“ bezieht sich dabei auf das Bild, das ich von mir selbst habe, der sense of coherence auf mein Bild von der Welt, „which, of course, includes the self“ (Antonovsky 1979, 109f.).

10. FRAGEBOGEN UND FRAGESTELLUNG DER ARBEIT

10.1. FRAGEBOGEN

Antonovsky entwickelte einen englischsprachigen Fragebogen bezüglich des SOC. Dieser umfaßt 29 Items bzw. Fragen, bestehend aus 11 Items zur Comprehensibility, 10 Items zur Manageability und 8 Items zur Meaningfulness. Die Konstruktion des Fragebogens wird ausführlich bei Antonovskys „Unraveling the Mystery of Health“ (1987) behandelt; der Fragebogen wurde 1983 erstmals veröffentlicht und im weiteren Verlauf in die deutsche Sprache übersetzt.

Jede Frage gibt zwei Extremantwortmöglichkeiten vor. Eine Skalierung von 1-7 erlaubt es dem/der Antwortenden, sich selbständig einzustufen und sich so mehr oder weniger mit den Extremantworten zu identifizieren.

Im nachfolgenden werden für die drei Komponenten jeweils zwei Fragen exemplarisch vorgestellt.

Die Komponente **Comprehensibility** wird durch die Fragen 1, 3, 5, 12, 15, 17, 19, 21, 24 und 26 dargestellt.

Frage 1: Wenn Sie mit anderen Leuten sprechen, haben Sie das Gefühl, daß Sie nicht verstanden werden?

1	2	3	4	5	6	7
Habe nie dieses Gefühl						Habe immer dieses Gefühl

Frage 17: Ihr Leben wird in Zukunft wahrscheinlich....

1	2	3	4	5	6	7
voller Veränderungen sein, ohne daß Sie wissen, was als nächstes passiert.						ganz beständig und klar sein.

Die Komponente **Manageability** wird durch die Fragen 2, 6, 9, 13, 18, 20, 23, 25, 27 und 29 dargestellt.

Frage 6: Wurden Sie schon von Menschen enttäuscht, auf die Sie gezählt haben?

1	2	3	4	5	6	7
Das ist nie passiert.						Das ist immer wieder passiert.

Frage 20: Wenn Sie etwas machen, was Ihnen ein gutes Gefühl gibt,

1	2	3	4	5	6	7
werden Sie sich sicher auch weiterhin gut fühlen.						wird sicher etwas geschehen, daß dieses Gefühl verderben wird.

Die Komponente **Meaningfulness** wird durch die Fragen 4, 7, 8, 11, 14, 16, 22 und 28 dargestellt.

Frage 4: Kommt es vor, daß es Ihnen ziemlich gleichgültig ist, was um Sie herum passiert?

1	2	3	4	5	6	7
Sehr selten oder nie.						Sehr oft.

Frage 14: Wenn Sie über Ihr Leben nachdenken,.....

1	2	3	4	5	6	7
spüren Sie oft, wie schön es ist, zu leben.						fragen Sie sich oft, wieso Sie überhaupt leben.

10.2. FRAGESTELLUNG DER ARBEIT

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, einen Beitrag zur Validierung der deutschen Fassung des SOC-Fragebogens zu liefern. Es soll geprüft werden, ob und wie weit eine mathematische und inhaltliche Trennschärfe zwischen den behaupteten Clustern Manageability, Meaningfulness und Comprehensibility besteht und ob daraus zu schließen ist, daß der Fragebogen im deutschen Sprachraum geeignet ist, als Maß seelischer Gesundheit zu dienen.

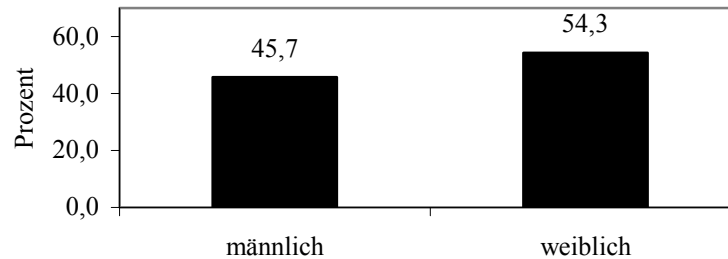
11. AUSWERTUNG

11.1. DATENGRUNDLAGE

Die Befragung der Probanden erfolgte in dem Zeitraum von November 1997 bis März 1998. Die Befragung fand in einer allgemeinärztlichen und in einer orthopädischen Praxis statt.

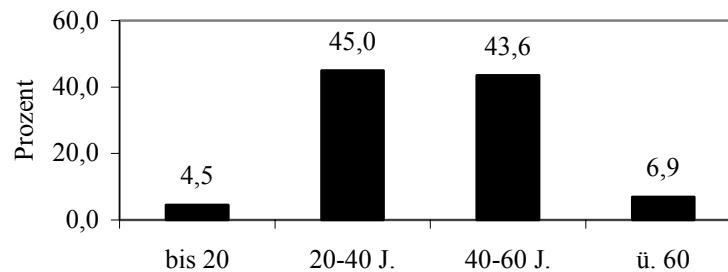
Zur Auswertung liegen Daten von 639 Probanden vor (292 männlich, 347 weiblich). 299 Probanden waren während der Befragung in einem Alter zwischen 31 und 59 Jahren. Von jedem Probanden wurden Werte unterschiedlicher Merkmale ("Variablen") erfasst und elektronisch gespeichert. Für die Probanden wurden folgende Daten ermittelt:

Geschlecht:



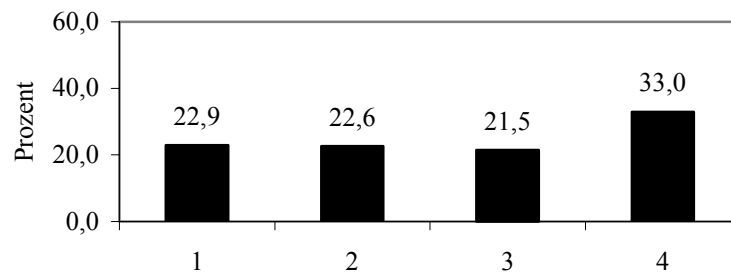
Var 32: Geschlec - Geschlecht		
Text	Num	Lg. Label
GI	1	Geschlecht 1 = männlich
GII	2	Geschlecht 2 = weiblich

Alter:



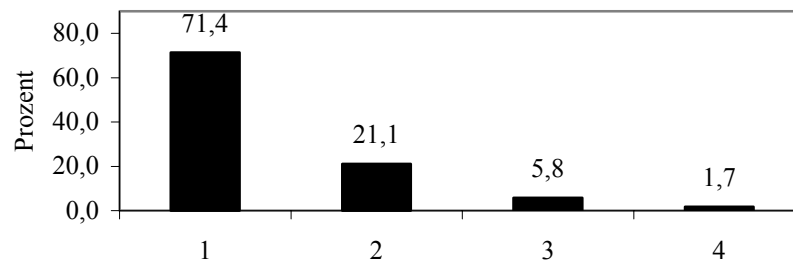
Var 34: Alterk Alter in Kategorien		
Text	Num	Lg. Label
bis 20	1	bis 20 Jahre
bis 40	2	zwischen 20 und 40 Jahre
bis 60	3	zwischen 40 und 60 Jahre
über 60	4	über 60 Jahre

Schulabschluss:



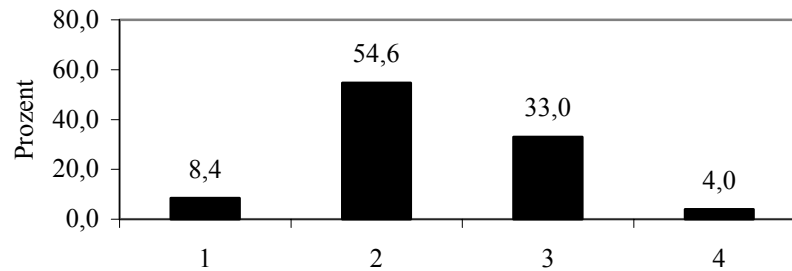
Var 35: Schulab - Schulabschluss		
Text	Num	Lg. Label
HOA/HMA	1	Hauptschule mit/ohne Abschluss
MOA/MMA	2	Realschule mit/ohne Abschluss
GOA/GMA	3	Gymnasium mit/ohne Abschluss
GST	4	Gymnasium mit anssl. Studium

Berufstätigkeit:



Var 36: Berufat - Berufstätigkeit		
Text	Num	Lg. Label
Ja	1	ja, keine weitere Angabe
JAMEB/HF/SCH/ ST/AUS	2	ja, mithelfend eigener Betrieb/ Hausfrau/ Schüler/ Student/ Ausbildung
RNT	3	Rentner
LOS/OHNE	4	arbeitslos/ohne Berufsausbildung

Berufsstellung:



Var 37: Berustel - Berufsstellung		
Text	Num	Lg. Label
INH/FBR	1	Firmeninhaber, Direktoren/ freie Berufe
SGE/NAG/ BMD/LDW/FAB	2	mittlere, kleine Geschäftsleute/ nicht leitende Angestellte/ Beamte, mittlerer Dienst/ Landwirte/ Facharbeiter
SHW/LAG/BHD	3	selbst. Handwerker/ leitende Angestellte/ Beamte höherer Dienst
SAB/LAB/OBR	4	sonst. Arbeiter/ Landarbeiter/ ohne Beruf

Vergleicht man die Zahlen aus der Auswertung der Probandengruppe mit den allgemeinen Zahlen des Statistischen Bundesamtes Deutschland für 1998, so zeigt sich folgendes:

Alter: Zahlenmäßig ist die Gruppe der unter 20-jährigen und der über 60-jährigen unterrepräsentiert (0-15 Jahre 16%, 15-25 Jahre 11%; 24-45 Jahre 30%, 45-60 Jahre 25%, >60 Jahre 15%).

Geschlecht: Insgesamt ist der Prozentsatz der weiblich Befragten in der Probandengruppe gering höher. Dies ist u. U. durch die doch größere Bereitschaft der Frauen, sich an Umfragen zu beteiligen, erklärt (Verhältnis weiblich/männlich 1998: 52%:48%).

Schulabschluß: Der Anteil der Befragten in der Gruppe der Personen mit/ohne Hauptschulabschluss ist unterrepräsentiert (Gruppe 1: 35,5%; Gruppe 2: 40%; Gruppe 3: 24,4%; Gruppe 4: keine statistische Erhebung unter diesem Gesichtspunkt).

Berufstätigkeit: 1998 gab es in Deutschland insgesamt 35 660 000 Erwerbstätige (entspricht ca. 44% der Bevölkerung), 4 402 000 Erwerbslose (entspricht 5,4 % der Bevölkerung), 18 984 000 Rentner (entspricht 23% der Bevölkerung). Die Angabe 1 („ja, keine weiteren Angaben“) wurde sehr häufig angegeben. Hier führt u. U. der Wunsch, in Befragungen möglichst anonyme Angaben zu machen, zu einer Überrepräsentation dieser Gruppe, so daß die übrigen Gruppen in der Befragung unterrepräsentiert sind.

Berufsstellung: Von den Erwerbstätigen sind 6 334 000 selbständig mit eigenem Betrieb. Schüler/Studenten entsprechen 7,7% der Bevölkerung.-Nicht in den amtlichen statistischen Angaben enthalten ist die Häufigkeit des Berufes Hausfrau.- Der Vergleich mit der Stellung im Beruf erweist sich als schwierig, da die statistische Gruppe der Selbständigen sicherlich sowohl den Firmeninhaber als auch den selbständigen Handwerker beinhaltet, so daß ein direkter Vergleich mit der Probandengruppe nicht möglich ist.- Die Gruppen 2 und 3 lassen sich nur ungefähr mit der amtlichen statistischen Erhebung vergleichen. So waren 47% der

Erwerbstätigen in der Gruppe der einfachen Angestellten und Beamten, angelernten Arbeitern, mittleren Angestellten und Beamten und Facharbeitern. In der amtlichen Statistik ist die mit der Gruppe 3 vergleichbare Personengruppe mit 44% vertreten (Selbständige, gehobene Angestellte und Beamte, Meister, höhere Angestellte und Beamte). Gruppe 4 ergibt 5% (mithelfende Familienangehörige, Auszubildende). Die nicht erwähnten Erwerbstätigen, z.B. freie Berufe etc. machen in der amtlichen Statistik ca. 2.5% aus und würden die Gruppe 1 präsentieren.

Abschließend beurteilt kann die befragte Gruppe mit der Bevölkerung von 1998 verglichen werden. Hinsichtlich Berufstätigkeit und Berufstellung sind geringe Abweichungen vorhanden (Angaben des Statistischen Bundesamtes in Wiesbaden). Die übrigen Merkmale entsprechen der Statistik von 1998.

Es liegt daher insgesamt eine repräsentative Stichprobe vor.

11.2. AUFGABENSTELLUNG

Die Aufgabenstellung der vorliegenden Arbeit setzt sich aus folgenden Teilaspekten zusammen:

- Deskriptive Darstellung der Daten für alle Variablen.
- Durchführung einer Faktorenanalyse als Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation
- Itemanalyse

11.3. LÖSUNGSANSATZ

Alle Auswertungen wurden mit dem Programmpaket STATISTICA der Firma StatSoft, Inc., Tulsa, USA durchgeführt (StatSoft, Inc.: STATISTICA für Windows [Computer- Programm- Handbuch, Version 5.1], Eigenverlag: Tulsa, OK, USA, 1998).

Folgende Variablen wurden in die Untersuchung einbezogen:

Nr.	Name	Bedeutung der Variablen
1	Nummer	Probandennummer
2	SOC1	Frage 1
3	SOC2	Frage 2
4	SOC3	Frage 3
5	SOC4	Frage 4
6	SOC5	Frage 5
7	SOC6	Frage 6
8	SOC7	Frage 7
9	SOC8	Frage 8
10	SOC9	Frage 9
11	SOC10	Frage 10
12	SOC11	Frage 11
13	SOC12	Frage 12
14	SOC13	Frage 13
15	SOC14	Frage 14
16	SOC15	Frage 15
17	SOC16	Frage 16
18	SOC17	Frage 17
19	SOC18	Frage 18
20	SOC19	Frage 19
21	SOC20	Frage 20
22	SOC21	Frage 21
23	SOC22	Frage 22
24	SOC23	Frage 23
25	SOC24	Frage 24
26	SOC25	Frage 25
27	SOC26	Frage 26
28	SOC27	Frage 27
29	SOC28	Frage 28
30	SOC29	Frage 29
31	KZ	Kennzahl
32	Geschlec	Geschlecht
33	Alter	Alter (Jahre)
34	Alterk	Alter in Kategorien
35	Schulab	Schulabschluss
36	Beruftat	Berufstätigkeit
37	Berustel	Berufsstellung

11.3.1. Deskriptive Darstellung der Daten

Unterschieden wird im Rahmen dieser Auswertung nach stetigen und diskreten Variablen. Der Abstand zwischen einzelnen Werten einer stetigen Variablen (z.B. Alter in der Tabelle im Kap. 1) kann theoretisch beliebig klein werden. Die Werte sind auf einer kontinuierlichen Skala angeordnet. Diskrete Variable (z.B. Geschlecht) sind dagegen in eine vorher festgelegte Anzahl von Gruppen eingeteilt (hier: GI / GII), so daß die Anzahl der möglichen Werte einer solchen Variablen auf die Anzahl dieser Gruppen beschränkt ist.

Für stetige Variablen werden folgende Kennwerte berechnet:

- Gült. N - Anzahl der gültigen Werte (-).
- Mittelw. - arithmetischer Mittelwert (Dimension entsprechend der zugehörigen Variablen).
- Median - 50% der Werte der Stichprobe sind kleiner als der Median, 50% sind größer als der Median.
- Minimum - Minimum (Dimension s.o.).
- Maximum - Maximum (Dimension s.o.).
- Unteres/Oberes Quartil - unteres / oberes Quartil (25% sind kleiner als das untere Quartil, 75% sind größer; 75% sind kleiner als das obere Quartil, 25% sind größer).
- Quartil Abstand - Abstand zwischen unterem und oberem Quartil.
- Stdabw. - Standardabweichung (Dimension s.o.).

Für diskrete Variablen wird die Anzahl der Werte in jeder Kategorie und deren Anteil an der Gesamtzahl (in Prozent) berechnet. Im einzelnen werden folgende Werte in jeder Tabelle angegeben:

- 1. Spalte - Bezeichnung der Kategorien der Variablen.
- Häufigk. - Anzahl der Werte in jeder Kategorie.
- Summenhäufigk. - aufaddierte Anzahl der Werte.
- Prozent - Anteil der Werte in jeder Kategorie (%).
- Kumul. Prozent - aufaddierte Anteile der Werte (%).

11.3.2. Bearbeitung der Fragestellung: Faktorenanalyse

Die Faktorenanalyse (Steven, J.: Applied multivariate statistics for the social sciences. Hillsdale: Erlbaum, 1986) ist ein Instrumentarium zur Reduzierung der Anzahl von Variablen in der Untersuchung multivarianter Zusammenhänge sowie zur Analyse der Strukturen von Zusammenhängen einzelner Variablen.

Grundlage der Faktorenanalyse ist die Kombination von miteinander korrelierten Variablen zu einem einzigen "Faktor" (oder einigen wenigen Faktoren). Dieser Faktor, der ebenfalls wieder eine Variable ist, wird so berechnet, daß er einen möglichst großen Teil der Information, die in den Variablen enthalten ist, wiedergibt. Rechnerisch wird zur Berechnung des ersten Faktors in den von den Variablen aufgespannten Raum (für 3 Variablen kann man sich hier ein dreidimensionales Koordinatensystem vorstellen) eine Ausgleichsgerade gelegt, die einen möglichst großen Teil der in den Variablen enthaltenen Varianz auf sich vereinigt und die verbleibende Varianz minimiert. Der zweite Faktor wird so gewählt, dass er einerseits senkrecht zu Faktor 1 steht (und also nicht mit diesem korreliert) und andererseits wiederum einen möglichst großen Teil der verbleibenden Varianz auf sich vereinigt, usw. Die mathematisch korrekte Bezeichnung des hier gewählten Vorgehens ist: Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation.

Die Anzahl der Faktoren wird durch systematisches Probieren ermittelt, wobei bestimmte Kennwerte (die "Eigenwerte" der Faktoren) als Hilfsgrößen herangezogen werden. Kriterien für die Anzahl der Faktoren sind

- die Anzahl der Faktoren soll möglichst klein sein, um eine übersichtliche Darstellung zu gewährleisten,
- die Anzahl der Faktoren soll möglichst groß sein, um einen möglichst großen Anteil der in den Daten enthaltenen Variabilität in die Faktoren zu übertragen,
- die Faktoren sollen sinnvoll zu interpretieren sein.

Der sogenannte SCREE-Plot hilft, eine nach diesen Kriterien sinnvolle Anzahl von Faktoren zu ermitteln. Einen Scree-Test durchzuführen bedeutet, die Stelle zu finden, an der das gleichmäßige Abnehmen der Eigenwerte "abknickt". Rechts von der „Abknickung“ davon befindet sich vermutlich nur noch "faktorielles Geröll". Es sollten somit nicht mehr Faktoren extrahiert werden, als die Anzahl links von dieser Stelle angibt.

In einer Tabelle werden die Faktorenladungen der einzelnen Variablen dargestellt. Faktorenladungen sind Maße für die Güte des Zusammenhanges zwischen den Variablen und dem Faktor. Hohe Werte der Faktorenladungen zeigen an, daß die entsprechende Variable viel zu einem Faktor beiträgt. Niedrige Werte deuten darauf hin, daß kein deutlicher Zusammenhang zwischen der Variablen und dem entsprechenden Faktor besteht, so daß der Anteil der Variablen an dem Faktor nur gering ist.

Fiktives Beispiel:

Einer Reihe von Versuchspersonen sind folgende Fragen vorgelegt worden:

F1 - Essen Sie Kekse?

F2 - Trinken Sie Wein?

F3 - Rauchen Sie Zigaretten?

F4 - Essen Sie Obst?

F5 - Trinken Sie Mineralwasser?

Zur Auswahl standen für alle Fragen die Antworten OFT (=1), SELTEN (=0.5) und NIE (=0).

Die Reduzierung auf 2 Faktoren brachte folgendes Ergebnis:

Factor loadings		
Variable	Faktor 1	Faktor 2
F1	0,72664	0,183242
F2	0,042609	0,72276
F3	0,637908	0,020114
F4	-0,563372	0,360442
F5	0,07153	0,815552

Die betragsmäßig hohen Ladungen für den Faktor 1 liegen bei den Fragen F1, F3 und F4. Er beschreibt also das Essen und Rauchen. Dabei tragen häufiger Keks- und Zigarettenkonsum sowie seltener Obstkonsum (negatives Vorzeichen) zu hohen Werten des Faktors bei.

Der zweite Faktor weist hohe Ladungen für Wein und Mineralwasser auf. Er beschreibt also das Trinken. Hohe Werte (häufiges Trinken) der Fragen F2 und F5 führen zu hohen Werten für den Faktor 2.

11.3.3. Bearbeitung der Fragestellung: Itemanalyse

Die Itemanalyse hilft bei der Erstellung und Beurteilung von Summen-Skalen, d.h. Skalen, die aus mehreren einzelnen Messungen bestehen (z.B. verschiedene zu messende Sachverhalte, wiederholte Messungen, verschiedene Meßinstrumente usw.). Sie berechnet zahlreiche Statistiken zur Erstellung und Bewertung von Skalen. Die Beurteilung der Reliabilität (Zuverlässigkeit) einer Skala basiert auf den Korrelationen zwischen den einzelnen Items oder Messungen, welche die Skala definieren, relativ zu den Varianzen der Items.

Angenommen, man möchte einen Fragebogen konstruieren, um die Vorurteile von Personen gegenüber ausländischen Autos zu messen. Man könnte dabei beginnen, Aussagen über Sachverhalte (Items) zu konstruieren wie: "Ausländischen Autos fehlt Profil" , "Ausländische Autos sehen alle gleich aus" usw. Man kann diese Fragebogen-Items dann einer Gruppe von Personen vorlegen (z.B. solchen, die noch nie ein ausländisches Auto besaßen) und sie bitten, ihre Zustimmung zu diesen Aussagen auf einer Skala mit 9 Stufen (von 1=keine Zustimmung bis 9=völlige Zustimmung) darzulegen.

True Score (wahrer Wert) und Fehler: Es soll nun betrachtet werden, was man in diesem Fall unter genauer Messung versteht. Ausgehend von der Hypothese, daß es so etwas wie ein "Vorurteil gegenüber ausländischen Autos" (theoretisches Konstrukt) gibt, wird man erwarten, daß ein solches Konstrukt durch jedes dieser Items in irgendeiner Form "tangiert" wird. Daher reflektiert die Antwort einer Person zu einem bestimmten Item zwei Aspekte: erstens spiegelt die Antwort die vorhandene Einstellung gegenüber ausländischen Autos wider, und zweitens enthält die Antwort einen zusätzlichen Aspekt, der die Reaktion der Person auf die spezielle Frage betrifft. Beim Item "Ausländische Autos sehen alle gleich aus" hängt die Zustimmung oder Nichtzustimmung einer Person z.B. teilweise von ihren allgemeinen Vorurteilen und teilweise von anderen Aspekten der Frage bzw. der Person ab: Im Bekanntenkreis der Person hat vielleicht gerade jemand ein ausländisches Auto mit einem sehr "eigenwilligen" Aussehen gekauft.

Was geschieht, wenn man mehrere mehr oder weniger zuverlässige Items zur Messung von Vorurteilen gegenüber ausländischen Autos addiert? Die Items mögen so formuliert sein, daß sie einen weiten Bereich möglicher Vorurteile gegenüber ausländischen Autos erfassen. Wenn die Fehlerkomponente in den Antworten der Personen zu jeder Frage wirklich zufällig sind, ist zu erwarten, daß sich die verschiedenen Fehlerkomponenten über alle Items gegenseitig aufheben. In der Sprache der Statistik sagt man dann, daß der Erwartungswert oder der Mittelwert der Fehlerkomponente über alle Items Null sein wird. Die Komponente mit dem True Score bleibt erhalten, wenn über alle Items summiert wird. Je mehr Items daher hinzugefügt werden, desto mehr True Score (relativ zum Fehler) wird durch die Summen-Skala widerspiegelt.

Im Beispiel zu den Vorurteilen gegenüber ausländischen Autos kann man für den Fall, daß mehrere Personen auf die Items antworten, die Varianz für jedes Item und die Varianz für die Summen-Skala berechnen.

Man kann den Anteil an Varianz des True Score, der durch die Items repräsentiert wird, durch Vergleich der Summe der Item-Varianzen mit der Varianz der Summen-Skala schätzen. Dieser Index für die Reliabilität wird als Cronbach Koeffizient Alpha bezeichnet (im folgenden Cronbach Alpha genannt). Falls kein True Score ("wahrer Wert") sondern nur ein Fehler in den Items vorhanden ist (der jeweils nur für eine individuelle Person gilt und daher über die Personen unkorreliert ist), ist die Varianz der Summe gleich der Summe der Einzelvarianzen

der Items. Cronbach Alpha ist dann gleich Null. Wenn alle Items vollständig zuverlässig sind und alle dasselbe messen (den True Score), ist Cronbach Alpha gleich 1.

11.4. ERGEBNISSE

11.4.1. Bearbeitung der Fragestellung aus Kapitel 11.3.1

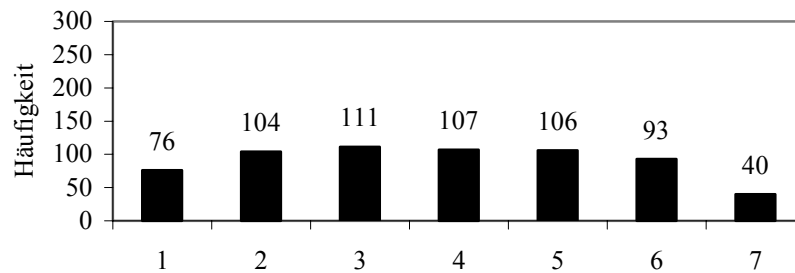
Für die stetigen Variablen werden folgende Kenngrößen berechnet:

Variable	Gült. N	Mittelw.	Median	Min.	Max.	Unteres Quartil	Oberes Quartil	Quartil Abstand	Stdabw.
SOC1	639	2,73552	3,00	1,00	7,00	2,00	3,00	1,00	1,19580
SOC2	637	4,79278	5,00	1,00	7,00	4,00	6,00	2,00	1,44427
SOC3	638	4,89185	5,00	1,00	7,00	4,00	6,00	2,00	1,30181
SOC4	639	2,45853	2,00	1,00	7,00	2,00	3,00	1,00	1,33828
SOC5	639	4,05008	4,00	1,00	7,00	3,00	5,00	2,00	1,57687
SOC6	639	3,83412	4,00	1,00	7,00	2,00	5,00	3,00	1,60545
SOC7	639	2,52895	2,00	1,00	7,00	1,00	3,00	2,00	1,46067
SOC8	638	5,67398	6,00	1,00	7,00	5,00	7,00	2,00	1,24047
SOC9	638	4,74295	5,00	1,00	7,00	4,00	6,00	2,00	1,54465
SOC10	637	3,78807	4,00	1,00	7,00	2,00	5,00	3,00	1,78233
SOC11	637	3,05495	3,00	1,00	7,00	2,00	4,00	2,00	1,12510
SOC12	638	4,86207	5,00	1,00	7,00	4,00	6,00	2,00	1,50867
SOC13	638	2,03448	2,00	1,00	7,00	1,00	3,00	2,00	1,15055
SOC14	639	2,35681	2,00	1,00	7,00	1,00	3,00	2,00	1,33358
SOC15	638	4,31661	4,00	1,00	7,00	4,00	5,00	1,00	1,28023
SOC16	635	3,03307	3,00	1,00	7,00	2,00	4,00	2,00	1,02208
SOC17	637	3,79121	4,00	1,00	7,00	3,00	5,00	2,00	1,53534
SOC18	636	4,37579	4,00	1,00	7,00	3,00	6,00	3,00	1,70464
SOC19	639	4,72457	5,00	1,00	7,00	4,00	6,00	2,00	1,55743
SOC20	638	2,45925	2,00	1,00	7,00	2,00	3,00	1,00	1,23936
SOC21	638	4,37147	4,50	1,00	7,00	3,00	6,00	3,00	1,71930
SOC22	638	5,77429	6,00	1,00	7,00	5,00	7,00	2,00	1,15753
SOC23	638	2,26803	2,00	1,00	7,00	1,00	3,00	2,00	1,52898
SOC24	639	4,17684	4,00	1,00	7,00	3,00	6,00	3,00	1,63284
SOC25	635	3,42677	3,00	1,00	7,00	2,00	4,00	2,00	1,41942
SOC26	635	4,84882	5,00	1,00	7,00	4,00	6,00	2,00	1,38120
SOC27	636	2,56132	2,00	1,00	7,00	2,00	3,00	1,00	1,10874
SOC28	639	5,05008	5,00	1,00	7,00	4,00	6,00	2,00	1,53761
SOC29	638	5,05643	5,00	1,00	7,00	4,00	6,00	2,00	1,54370

Die diskreten Variablen zeigen folgende Häufigkeitsverteilungen:

Frage 10: In den letzten 10 Jahren war Ihr Leben...

1	2	3	4	5	6	7
voller Ver- änder-ungen, ohne daß Sie wußten, was als nächstes passiert.						ganz beständig und klar.

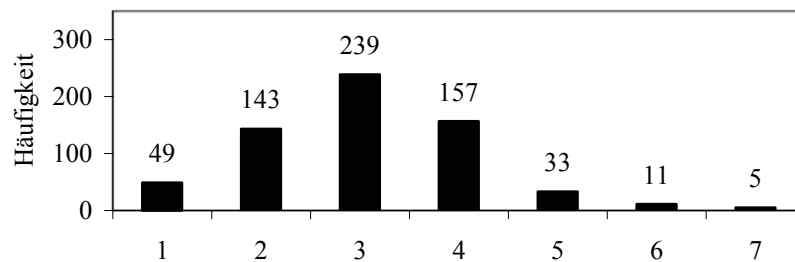


Wert	Häufigkeit	Summen- Häufigkeit	Prozent	Kumul. Prozent
1	76	76	11,9309	11,9309
2	104	180	16,3265	28,2575
3	111	291	17,4254	45,6829
4	107	398	16,7975	62,4804
5	106	504	16,6405	79,1209
6	93	597	14,5997	93,7206
7	40	637	6,2794	100,0000

Die Beantwortung dieser Frage weist eine relativ gleichmäßige Verteilung auf. Eine Tendenz der Antwortgabe läßt sich nicht erkennen.

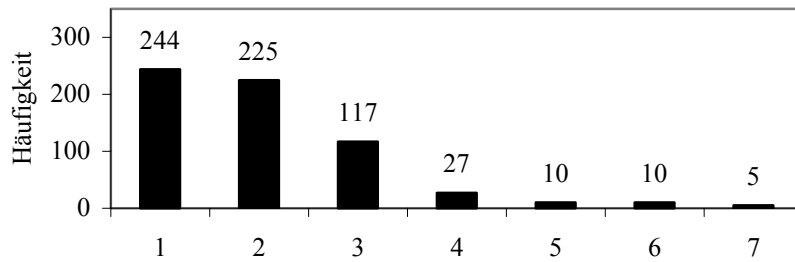
Frage 11: Das meiste, was Sie in Zukunft tun werden, wird wahrscheinlich...

1	2	3	4	5	6	7
völlig faszinierend sein.						tod-langweilig sein.



Frage 13: Was beschreibt am besten, wie Sie Ihr Leben sehen?

1	2	3	4	5	6	7
Man kann immer einen Weg finden, mit schmerzlichen Dingen im Leben fertig zu werden.						Es gibt nie einen Weg, mit schmerzlichen Dingen fertig zu werden.

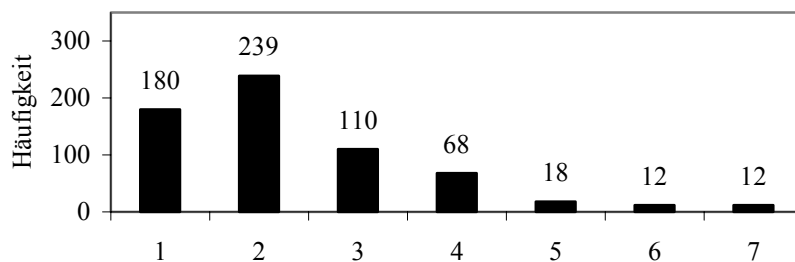


Wert	Häufigkeit	Summen-Häufigkeit	Prozent	Kumul. Prozent
1	244	244	38.2445	38.2445
2	225	469	35.2665	73.5110
3	117	586	18.3386	91.8495
4	27	613	4.2320	96.0815
5	10	623	1.5674	97.6489
6	10	633	1.5674	99.2163
7	5	638	0.7837	100.0000

Rund 90% der Befragten bestätigen, daß es immer einen Weg geben wird, mit schmerzlichen Dingen fertig zu werden.

Frage 14: Wenn Sie über Ihr Leben nachdenken,.....

1	2	3	4	5	6	7
spüren Sie oft, wie schön es ist, zu leben.						fragen Sie sich oft, wieso Sie überhaupt leben.

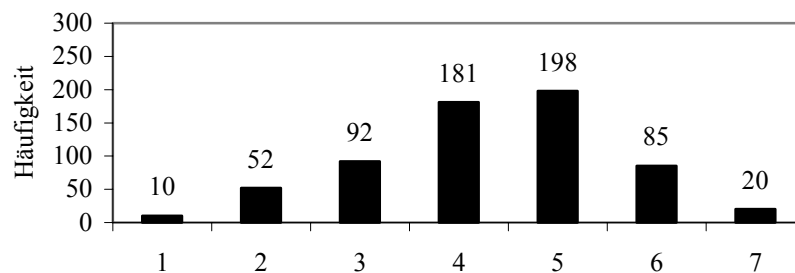


Wert	Häufigkeit	Summen-Häufigkeit	Prozent	Kumul. Prozent
1	180	180	28.1690	28.1690
2	239	419	37.4022	65.5712
3	110	529	17.2144	82.7856
4	68	597	10.6416	93.4272
5	18	615	2.8169	96.2441
6	12	627	1.8779	98.1221
7	12	639	1.8779	100.0000

Ungefähr 80% der Befragten spüren oft, wie schön es ist, zu leben.

Frage 15: Wenn Sie vor einem schwierigen Problem stehen, ist die Wahl einer Lösung....

1	2	3	4	5	6	7
immer verwirrend und schwer zu finden.						immer völlig klar.



Wert	Häufigkeit	Summen-Häufigkeit	Prozent	Kumul. Prozent
1	10	10	1.5674	1.5674
2	52	62	8.1505	9.7179
3	92	154	14.4201	24.1379
4	181	335	28.3699	52.5078
5	198	533	31.0345	83.5423
6	85	618	13.3229	96.8652
7	20	638	3.1348	100.0000

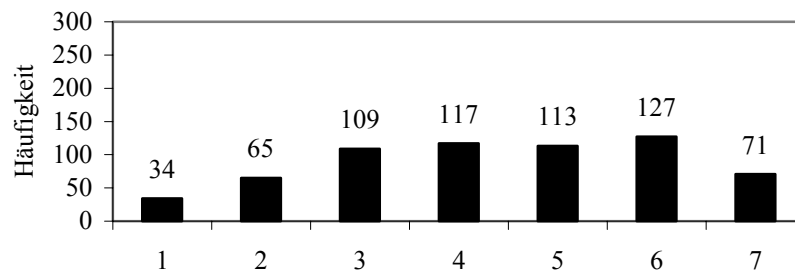
Ca. 60% der Befragten finden sich in der Scala zwischen 4 und 5 wieder (Ambivalenzbereich). Knapp 5% der Befragten gaben als Antwort eine der beiden Extremmöglichkeiten an.

Wert	Häufigkeit	Summen-Häufigkeit	Prozent	Kumul. Prozent
1	43	43	6.7504	6.7504
2	94	137	14.7567	21.5071
3	151	288	23.7049	45.2119
4	131	419	20.5651	65.7771
5	123	542	19.3093	85.0863
6	73	615	11.4600	96.5463
7	22	637	3.4537	100.0000

Hier findet sich eine relativ gleichmäßige Verteilung. Die beiden Extremantworten werden mit knapp insgesamt 10% seltener gewählt. Tendenziell jedoch denken die Befragten, daß ihr Leben in Zukunft voller Veränderungen sein wird.

Frage 18: Wenn in der Vergangenheit etwas Unangenehmes geschah, neigten Sie dazu,

1	2	3	4	5	6	7
sich deswegen aufzureiben („innerlich zu ver-zehren“)?						zu sagen:“Nun gut, so ist es eben, damit muß ich leben und weiter-machen?“

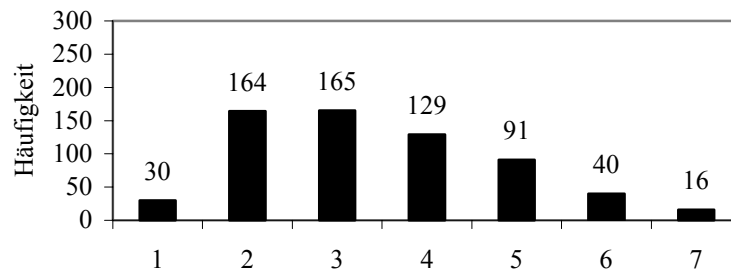


Wert	Häufigkeit	Summen-Häufigkeit	Prozent	Kumul. Prozent
1	34	34	5.3459	5.3459
2	65	99	10.2201	15.5660
3	109	208	17.1384	32.7044
4	117	325	18.3962	51.1006
5	113	438	17.7673	68.8679
6	127	565	19.9686	88.8365
7	71	636	11.1635	100.0000

Auch hier zeigt sich eine relativ gleichmäßige Verteilung.

Frage 25: Viele Leute – auch solche mit einem starken Charakter – fühlen sich in bestimmten Situationen wie traurige Versager („Pechvogel“). Wie oft haben Sie sich so gefühlt?

1 2 3 4 5 6 7
Nie. Sehr oft.

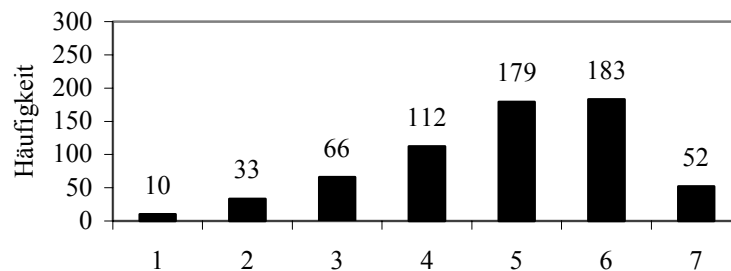


Wert	Häufigkeit	Summen-Häufigkeit	Prozent	Kumul. Prozent
1	30	30	4.7244	4.7244
2	164	194	25.8268	30.5512
3	165	359	25.9843	56.5354
4	129	488	20.3150	76.8504
5	91	579	14.3307	91.1811
6	40	619	6.2992	97.4803
7	16	635	2.5197	100.0000

Bei dieser Frage geben die Befragten tendenziell an, daß sie sich selten als Pechvogel betrachten.

Frage 26: Wenn etwas passierte, hatten Sie im allgemeinen den Eindruck, daß Sie dessen Bedeutung...

1 2 3 4 5 6 7
über- oder unter-schätzen? richtig ein-schätzen?

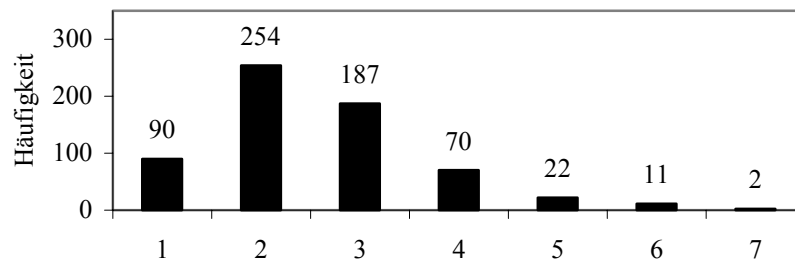


Wert	Häufigkeit	Summen-Häufigkeit	Prozent	Kumul. Prozent
1	10	10	1.5748	1.5748
2	33	43	5.1969	6.7717
3	66	109	10.3937	17.1654
4	112	221	17.6378	34.8031
5	179	400	28.1890	62.9921
6	183	583	28.8189	91.8110
7	52	635	8.1890	100.0000

Fast 70% der Befragten glauben, daß sie die Bedeutung von Ereignissen in der Vergangenheit richtig eingeschätzt haben.

Frage 27: Wenn Sie an Schwierigkeiten denken, denen Sie bei wichtigen Dingen im Leben wohl begegnen werden, haben Sie das Gefühl, daß...

1	2	3	4	5	6	7
es Ihnen immer gelingen wird, die Schwierigkeiten zu überwinden?						Sie es nicht schaffen werden, die Schwierigkeiten zu überwinden?



Wert	Häufigkeit	Summen-Häufigkeit	Prozent	Kumul. Prozent
1	90	90	14.1509	14.1509
2	254	344	39.9371	54.0881
3	187	531	29.4025	83.4906
4	70	601	11.0063	94.4969
5	22	623	3.4591	97.9560
6	11	634	1.7296	99.6855
7	2	636	0.3145	100.0000

Ca. 80% der Befragten glauben, daß sie Schwierigkeiten im zukünftigen Leben überwinden können.

Wert	Häufigkeit	Summen- Häufigkeit	Prozent	Kumul. Prozent
1	13	13	2.0376	2.0376
2	37	50	5.7994	7.8370
3	77	127	12.0690	19.9060
4	61	188	9.5611	29.4671
5	134	322	21.0031	50.4702
6	218	540	34.1693	84.6395
7	98	638	15.3605	100.0000

Etwas mehr als 65% der Befragten geben an, daß sie sicher sind, daß sie ihre Gefühle unter Kontrolle halten können.

11.4.2. Bearbeitung der Fragestellung aus Kapitel 11.3.2

Durchführung einer Faktorenanalyse als Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation

11.4.2.1. Korrelationsuntersuchungen zwischen den Items

Die folgende Tabelle enthält die Korrelationskoeffizienten R nach Pearson für den Zusammenhang zwischen den einzelnen Fragen des Fragebogens. R kann Werte zwischen -1 und +1 annehmen. Je größer R dem Betrag nach ist, desto stärker ist der Zusammenhang zwischen den untersuchten Größen. Für R-Werte bis +/-0,5 spricht man von einem schwachen Zusammenhang, für Werte bis +/-0,75 von einem deutlichen Zusammenhang. R-Werte bis +/-0,99 deuten auf einen straffen Zusammenhang, und ein R-Wert von +/-1,0 zeigt einen gesetzmäßigen Zusammenhang zwischen den Variablen an. Ein positives R bedeutet, daß der Zusammenhang direkt proportional ist (wenn die eine Variable größer wird, wird auch die andere Variable größer), negative R-Werte sind ein Zeichen für einen umgekehrt proportionalen Zusammenhang (wenn die eine Variable größer wird, wird die andere kleiner).

Variable	SOC1	SOC2	SOC3	SOC4	SOC5	SOC6	SOC7	SOC8	SOC9	SOC10
SOC1	1	-0,15	-0,13	0,1	0,23	0,24	0,11	-0,16	-0,21	-0,11
SOC2	-0,15	1	0,24	-0,16	-0,01	-0,03	-0,1	0,17	0,16	0,03
SOC3	-0,13	0,24	1	-0,19	-0,04	-0,02	-0,11	0,17	0,17	0,03
SOC4	0,1	-0,16	-0,19	1	0,05	0,09	0,23	-0,16	-0,1	0,01
SOC5	0,23	-0,01	-0,04	0,05	1	0,55	0,06	-0,01	-0,15	-0,08
SOC6	0,24	-0,03	-0,02	0,09	0,55	1	0,12	-0,09	-0,23	-0,13
SOC7	0,11	-0,1	-0,11	0,23	0,06	0,12	1	-0,22	-0,22	0,05
SOC8	-0,16	0,17	0,17	-0,16	-0,01	-0,09	-0,22	1	0,17	0,22
SOC9	-0,21	0,16	0,17	-0,1	-0,15	-0,23	-0,22	0,17	1	0,23
SOC10	-0,11	0,03	0,03	0,01	-0,08	-0,13	0,05	0,22	0,23	1
SOC11	0,1	-0,15	-0,19	0,19	-0,02	0	0,47	-0,22	-0,13	0,09
SOC12	-0,23	0,07	0,16	-0,08	-0,12	-0,13	-0,09	0,29	0,26	0,22
SOC13	0,15	-0,17	-0,16	0,14	-0,03	0,01	0,27	-0,19	-0,1	0,06
SOC14	0,18	-0,18	-0,18	0,22	0,03	0,16	0,49	-0,32	-0,29	-0,15
SOC15	-0,11	0,08	0,08	-0,05	-0,15	-0,1	-0,05	0,27	0,19	0,19
SOC16	0,17	-0,12	-0,19	0,26	0,01	0,1	0,3	-0,27	-0,26	-0,07
SOC17	-0,02	0,05	0,04	-0,04	-0,04	-0,09	0,06	0,18	0,15	0,51
SOC18	-0,11	0,15	0,08	-0,07	-0,05	-0,15	-0,13	0,19	0,27	0,18
SOC19	-0,15	0,1	0,07	-0,08	-0,14	-0,18	-0,09	0,3	0,28	0,3
SOC20	0,18	-0,19	-0,17	0,19	0,03	0,12	0,22	-0,33	-0,2	-0,11
SOC21	-0,15	0,13	0,12	-0,07	-0,21	-0,26	-0,14	0,24	0,32	0,28
SOC22	-0,15	0,16	0,2	-0,2	-0,02	-0,08	-0,39	0,36	0,26	0,1
SOC23	0,16	-0,14	-0,16	0,11	0,06	0,22	0,24	-0,21	-0,27	-0,01
SOC24	-0,12	0,12	0,07	-0,08	-0,07	-0,13	-0,13	0,22	0,22	0,34
SOC25	0,22	0,01	0,03	0,07	0,12	0,3	0,11	-0,25	-0,27	-0,26
SOC26	-0,15	0,14	0,1	-0,16	-0,1	-0,1	-0,09	0,2	0,11	0,15
SOC27	0,15	-0,15	-0,18	0,1	0,04	0,07	0,19	-0,31	-0,18	0
SOC28	-0,15	0,15	0,13	-0,17	-0,08	-0,09	-0,26	0,28	0,31	0,1
SOC29	-0,14	0,11	0,08	-0,11	-0,13	-0,17	-0,07	0,23	0,21	0,19

Variable	SOC11	SOC12	SOC13	SOC14	SOC15	SOC16	SOC17	SOC18	SOC19	SOC20
SOC1	0,1	-0,23	0,15	0,18	-0,11	0,17	-0,02	-0,11	-0,15	0,18
SOC2	-0,15	0,07	-0,17	-0,18	0,08	-0,12	0,05	0,15	0,1	-0,19
SOC3	-0,19	0,16	-0,16	-0,18	0,08	-0,19	0,04	0,08	0,07	-0,17
SOC4	0,19	-0,08	0,14	0,22	-0,05	0,26	-0,04	-0,07	-0,08	0,19
SOC5	-0,02	-0,12	-0,03	0,03	-0,15	0,01	-0,04	-0,05	-0,14	0,03
SOC6	0	-0,13	0,01	0,16	-0,1	0,1	-0,09	-0,15	-0,18	0,12
SOC7	0,47	-0,09	0,27	0,49	-0,05	0,3	0,06	-0,13	-0,09	0,22
SOC8	-0,22	0,29	-0,19	-0,32	0,27	-0,27	0,18	0,19	0,3	-0,33
SOC9	-0,13	0,26	-0,1	-0,29	0,19	-0,26	0,15	0,27	0,28	-0,2
SOC10	0,09	0,22	0,06	-0,15	0,19	-0,07	0,51	0,18	0,3	-0,11
SOC11	1	-0,11	0,23	0,43	-0,08	0,45	0,08	-0,09	-0,04	0,29
SOC12	-0,11	1	-0,14	-0,31	0,48	-0,2	0,24	0,26	0,49	-0,19
SOC13	0,23	-0,14	1	0,36	-0,18	0,22	-0,04	-0,19	-0,1	0,27
SOC14	0,43	-0,31	0,36	1	-0,23	0,47	-0,19	-0,29	-0,28	0,39
SOC15	-0,08	0,48	-0,18	-0,23	1	-0,16	0,22	0,26	0,39	-0,19
SOC16	0,45	-0,2	0,22	0,47	-0,16	1	-0,07	-0,16	-0,15	0,35
SOC17	0,08	0,24	-0,04	-0,19	0,22	-0,07	1	0,15	0,34	-0,13
SOC18	-0,09	0,26	-0,19	-0,29	0,26	-0,16	0,15	1	0,36	-0,18
SOC19	-0,04	0,49	-0,1	-0,28	0,39	-0,15	0,34	0,36	1	-0,17
SOC20	0,29	-0,19	0,27	0,39	-0,19	0,35	-0,13	-0,18	-0,17	1
SOC21	-0,12	0,4	-0,1	-0,3	0,28	-0,2	0,17	0,32	0,46	-0,25
SOC22	-0,38	0,27	-0,29	-0,55	0,23	-0,41	0,12	0,23	0,27	-0,33
SOC23	0,2	-0,14	0,2	0,3	-0,09	0,25	0,02	-0,13	-0,07	0,32
SOC24	-0,1	0,41	-0,16	-0,24	0,34	-0,16	0,43	0,27	0,46	-0,16
SOC25	0,07	-0,34	0,09	0,25	-0,3	0,22	-0,19	-0,26	-0,38	0,28
SOC26	-0,07	0,26	-0,14	-0,16	0,3	-0,15	0,15	0,28	0,3	-0,2
SOC27	0,24	-0,38	0,39	0,36	-0,35	0,35	-0,06	-0,18	-0,29	0,33
SOC28	-0,26	0,22	-0,19	-0,38	0,17	-0,45	0,08	0,17	0,23	-0,29
SOC29	-0,04	0,35	-0,13	-0,23	0,25	-0,17	0,17	0,16	0,47	-0,26

Variable	SOC21	SOC22	SOC23	SOC24	SOC25	SOC26	SOC27	SOC28	SOC29
SOC1	-0,15	-0,15	0,16	-0,12	0,22	-0,15	0,15	-0,15	-0,14
SOC2	0,13	0,16	-0,14	0,12	0,01	0,14	-0,15	0,15	0,11
SOC3	0,12	0,2	-0,16	0,07	0,03	0,1	-0,18	0,13	0,08
SOC4	-0,07	-0,2	0,11	-0,08	0,07	-0,16	0,1	-0,17	-0,11
SOC5	-0,21	-0,02	0,06	-0,07	0,12	-0,1	0,04	-0,08	-0,13
SOC6	-0,26	-0,08	0,22	-0,13	0,3	-0,1	0,07	-0,09	-0,17
SOC7	-0,14	-0,39	0,24	-0,13	0,11	-0,09	0,19	-0,26	-0,07
SOC8	0,24	0,36	-0,21	0,22	-0,25	0,2	-0,31	0,28	0,23
SOC9	0,32	0,26	-0,27	0,22	-0,27	0,11	-0,18	0,31	0,21
SOC10	0,28	0,1	-0,01	0,34	-0,26	0,15	0	0,1	0,19
SOC11	-0,12	-0,38	0,2	-0,1	0,07	-0,07	0,24	-0,26	-0,04
SOC12	0,4	0,27	-0,14	0,41	-0,34	0,26	-0,38	0,22	0,35
SOC13	-0,1	-0,29	0,2	-0,16	0,09	-0,14	0,39	-0,19	-0,13
SOC14	-0,3	-0,55	0,3	-0,24	0,25	-0,16	0,36	-0,38	-0,23
SOC15	0,28	0,23	-0,09	0,34	-0,3	0,3	-0,35	0,17	0,25
SOC16	-0,2	-0,41	0,25	-0,16	0,22	-0,15	0,35	-0,45	-0,17
SOC17	0,17	0,12	0,02	0,43	-0,19	0,15	-0,06	0,08	0,17
SOC18	0,32	0,23	-0,13	0,27	-0,26	0,28	-0,18	0,17	0,16
SOC19	0,46	0,27	-0,07	0,46	-0,38	0,3	-0,29	0,23	0,47
SOC20	-0,25	-0,33	0,32	-0,16	0,28	-0,2	0,33	-0,29	-0,26
SOC21	1	0,31	-0,21	0,34	-0,37	0,3	-0,31	0,26	0,41
SOC22	0,31	1	-0,31	0,3	-0,25	0,21	-0,38	0,43	0,24
SOC23	-0,21	-0,31	1	-0,04	0,17	-0,13	0,26	-0,27	-0,15
SOC24	0,34	0,3	-0,04	1	-0,31	0,23	-0,24	0,26	0,26
SOC25	-0,37	-0,25	0,17	-0,31	1	-0,28	0,32	-0,22	-0,26
SOC26	0,3	0,21	-0,13	0,23	-0,28	1	-0,23	0,16	0,24
SOC27	-0,31	-0,38	0,26	-0,24	0,32	-0,23	1	-0,31	-0,3
SOC28	0,26	0,43	-0,27	0,26	-0,22	0,16	-0,31	1	0,25
SOC29	0,41	0,24	-0,15	0,26	-0,26	0,24	-0,3	0,25	1

Die Korrelationskoeffizienten weisen Werte zwischen $-0,55$ und $+0,55$ auf, wobei von den 406 berechneten Korrelationskoeffizienten nur 6 dem Betrag nach größer als 0,5 und lediglich 38 dem Betrag nach größer als 0,4 sind. Insgesamt ist der Zusammenhang zwischen den einzelnen Items des Fragebogens als eher gering einzuschätzen.

11.4.2.2. Faktorenanalyse

Anzahl der Faktoren

Die folgende Abbildung zeigt den sogenannten SCREE-Plot, mit dessen Hilfe sich die den Daten zugrunde liegende Anzahl von Faktoren ermitteln läßt. Im vorliegenden Fall sollten 3 Faktoren gewählt werden.

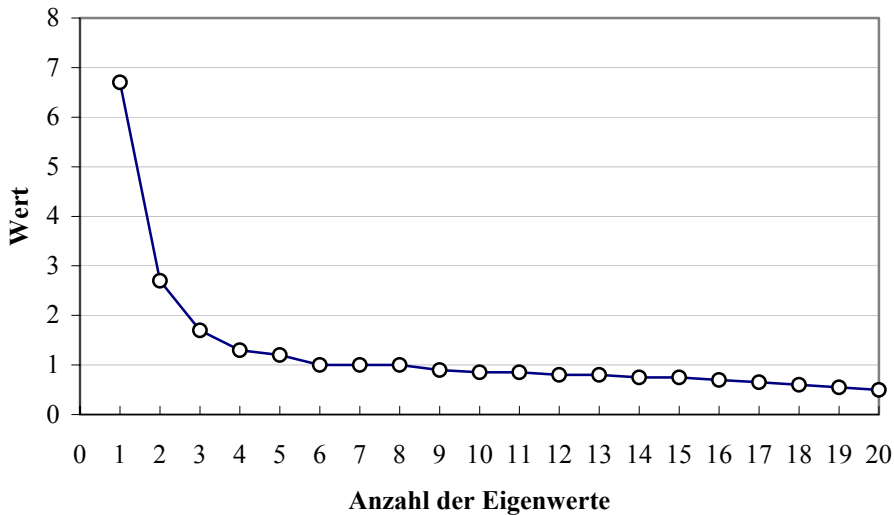


Abbildung: SCREE-Plot mit Eigenwerten der Faktoren 1-21 für die Ermittlung der sinnvollsten Anzahl auszuwählender Faktoren.

11.4.2.3. Eigenwerte

Eigenwerte Extraktion: Hauptkomponenten				
Wert	Eigenwert	% gesamt Varianz	kumul. Eigenw.	kumul. Prozent
1	6,71	23,16	6,71	23,16
2	2,66	9,18	9,37	32,34
3	1,66	5,74	11,03	38,08

Die Eigenwerte der Faktoren 1 bis 3 nehmen von 6,7 über 2,7 auf 1,7 ab. Daraus ergibt sich der Anteil erklärter Varianz in den Daten zu 23%, 9% bzw. 6% für die drei Faktoren. Insgesamt liegt der Anteil erklärter Varianz damit bei rund 38%.

11.4.2.4. Zuordnung der Items zu den Faktoren

Die Berechnung der Faktorladungen durch Hauptkomponentenanalyse nach Varimax-Rotation ergibt folgende Werte:

Faktorladungen(Varimax[e]) Extraktion:Hauptkomponenten (Markierte Ladungen > 0,700000)			
Variable	Faktor1	Faktor2	Faktor3
SOC1	-0,11424	0,223144	0,453213
SOC2	0,079577	-0,330333	-0,019768
SOC3	0,04062	-0,367474	-0,025739
SOC4	0,005469	0,391195	0,084249
SOC5	-0,053319	-0,060592	0,782773
SOC6	-0,10916	0,039966	0,819678
SOC7	0,082356	0,63346	0,119959
SOC8	0,376805	-0,426462	0,025303
SOC9	0,28638	-0,310315	-0,361271
SOC10	0,607058	0,121755	-0,068757
SOC11	0,101877	0,686754	-0,046347
SOC12	0,633256	-0,214521	-0,115984
SOC13	-0,097609	0,520927	-0,095951
SOC14	-0,259442	0,697601	0,057428
SOC15	0,581908	-0,165524	-0,046548
SOC16	-0,119276	0,659406	0,049167
SOC17	0,627672	0,086373	0,082821
SOC18	0,433906	-0,214017	-0,111603
SOC19	0,737044	-0,118222	-0,136133
SOC20	-0,214623	0,542626	0,078511
SOC21	0,542723	-0,227699	-0,323366
SOC22	0,275375	-0,663729	0,001979
SOC23	-0,001275	0,487823	0,294074
SOC24	0,669829	-0,142704	0,00614
SOC25	-0,504722	0,174556	0,307738
SOC26	0,42506	-0,183237	-0,112027
SOC27	-0,342797	0,515901	0,004893
SOC28	0,227339	-0,539873	-0,101873
SOC29	0,498501	-0,185623	-0,18878

Aus der Tabelle geht hervor, daß nur für drei Items Faktorladungen über 0,7 errechnet werden. Die Zuordnung der einzelnen Items zu den Faktoren wird deshalb in der Weise vorgenommen, dass ein Item dem Faktor zugeordnet wird, für den es die jeweils höchste Faktorladung aufweist. Damit ergeben sich folgende Zuordnungen:

Faktor 1		Faktor 2		Faktor 3	
Item	Ladung	Item	Ladung	Item	Ladung
10	+	2	-	1	+
12	+	3	-	5	+
15	+	4	+	6	+
17	+	7	+	9	-
18	+	8	-		
19	+	11	+		
21	+	13	+		
24	+	14	+		
25	-	22	-		
26	+	23	+		
29	+	27	+		
		28	-		
		16	+		
		20	+		

Beispielsweise lädt das Item 10 (=Frage 10) den Faktor 1 also positiv, d.h.: Probanden, die angaben, daß ihr Leben in den letzten 10 Jahren eher beständig und klar verlief, wiesen tendenziell hohe Werte für den Faktor 1 auf. Umgekehrt wiesen Probanden, die angaben, daß ihr Leben in den letzten 10 Jahren eher voller Veränderungen war, tendenziell niedrige Werte für den Faktor 1 auf. Mit Hilfe dieser Tabellen kann versucht werden, die hinter den Faktoren stehenden, nicht direkt messbaren Variablen zu benennen.

Interpretation:

Faktor 1 weist hohe Werte für Probanden auf, die angaben, ihr Leben sei konstant, beständig und klar. Sie sind in der Lage, Vorhersagbarkeit, Planbarkeit und Konstanz als Qualitäten ihres Lebens zu benennen. Es sind Menschen mit guter Intuition, die in ungewohnten Situationen ausreichend gute Entscheidungen treffen und adäquates Verhalten an den Tag legen können. Sie sind in ihren Entscheidungen sicher, mit der Fähigkeit zu innerer Sammlung, Zentriertheit, Konzentration und Fokussierung auf das Wesentliche. Probanden, die über Gelassenheit verfügen, zeigen hohe Werte. Sie können aus der Verbundenheit mit einer höheren Macht, z.B. Religion, oder auch mit gesundem Urvertrauen in die eigenen Fähigkeiten ihr Leben leben und mit ihrem Schicksal umgehen. Faktor-1-Menschen sind solche, die ihre negativen Gefühle und ihre Schattenseiten integrieren können. Sie haben aus den Erfahrungen des bisher Erlebten Lehren und Schlüsse gezogen, die sie vor übertriebenen Zukunftsängsten schützen. Sie haben aus der Vergangenheit in der Gegenwart den Schlüssel für die Zukunft in der Hand. Ihr "Realitätssinn" verhilft zu einer Gelassenheit, mit der sie den Ereignissen ihres Lebens die angemessene Bedeutung geben können.

Es ist schwierig, die Frage 25 den übrigen Items zuzuordnen. Sie will erforschen, ob den Befragten Vertrauen in sich selbst und die Möglichkeit, eine Situation zu kontrollieren, fehlen. Probanden, die hier niedrige Werte aufweisen, glauben daran, daß Situationen durch eigenes Handeln kontrollierbar und damit beeinflussbar sind.

Betrachtet man im Vergleich zur deutschen Fassung des Fragebogens die englischsprachige Version, fällt auf, daß bis auf die Fragen 18, 25 und 29 alle zu Faktor 1 gehörigen Fragen der Variablen Comprehensibility des SOC zuzuordnen sind. Diese spiegelt in ihrer Definition exakt das wieder, was oben als Zusammenfassung der Antworten gegeben ist. Eine Situation ist geordnet, wird verstanden, ist schlüssig und strukturiert und wird daher gut bewältigt.

Probanden, die niedrige Werte für den Faktor 2 haben (Fragen 4, 7, 11, 13, 14, 16, 20, 23, 27), weisen neben allgemeiner Menschenkenntnis Vertrauen in ihre Mitmenschen und die Umwelt auf. Es ist nicht eindeutig definierbar, ob es sich bei der in Frage 4 angesprochenen Qualität um Gleichgültigkeit im Sinne von Abgestumpftsein oder um echte Gelassenheit handelt. Im Rahmen des Fragebogens ist wohl eher die echte Gelassenheit gemeint. Ebenso weisen Probanden mit niedrigen Werten in den o.g. Fragen die Fähigkeit auf, Zukunftsperspektiven zu entwickeln, Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und Vertrauen in das Leben an sich zu haben. Sie erleben sich im Einklang mit sich, ihrer Umwelt, ihrem Schicksal und verfügen über Ur- und Selbstvertrauen.

Probanden, die für den Faktor 2 in den Fragen 2, 3, 8, 22 und 28 hohe Werte aufweisen, verfügen über Menschenkenntnis. Sie sind fähig, Visionen für ihr Leben zu erarbeiten, sich Ziele zu setzen und das Leben aktiv zu gestalten; sie vermögen dem gegenwärtigen Leben und ihrer Arbeit einen Sinn abzugewinnen. Ihre Glücksfähigkeit ist deutlich entwickelt.

Insgesamt erscheint es relativ schwierig, die deutsche Fassung mit dem Originalfragebogen zu vergleichen. Die Variable Meaningfulness ist am häufigsten vertreten (Frage 4, 7, 8, 11,, 14,

22, 28, 16), danach folgt Manageability (Frage 2, 13, 23, 27, 20). Lediglich die Frage 3 ist der Variablen Comprehensibility zuzuordnen.

Meaningfulness weist auf die emotionale Komponente der zugrunde liegenden Items hin: Es lohnt sich, sich den Problemen zu stellen und sich zu engagieren, sich aktiv an der Zukunftsgestaltung zu beteiligen. Die weitere im Faktor 2 stark vertretene Komponente ist Manageability. Hier haben Probanden ihre Situationen unter Kontrolle, gleichgültig ob es sich hier um Eigen- oder Fremdkontrolle handelt. In schwierigen Situationen können sie auf die von ihnen bisher gemachten Erfahrungen zurückgreifen und so Schwierigkeiten gelassen bewältigen.

Probanden, die bei den Fragen 1, 5 und 6 einen niedrigen Wert im Faktor 3 aufweisen, zeichnen sich durch Vertrauen in die eigene Kommunikationsfähigkeit aus und sind ebenfalls davon überzeugt, daß ihre Gesprächspartner sie verstehen. Sie schätzen Verhaltensweisen ihrer Mitmenschen richtig ein. Sie sind auch in der Lage, die Qualitäten ihrer eingegangenen Beziehungen richtig zu beurteilen. Probanden, die bei der Frage 9 einen hohen Wert haben, weisen Selbstvertrauen auf und besitzen die Fähigkeit, zu objektivieren, Situationen projektionsarm zu beurteilen.

Insgesamt ist der Faktor 3 nur durch wenige Items vertreten. Aus diesem Grund ist der Vergleich zur Originalversion schwierig. Die Fragen 1 und 5 gehören der Komponente Comprehensibility, die Fragen 6 und 9 der Komponente Manageability an.

11.4.3. Bearbeitung der Fragestellung aus Kapitel 11.3.3

11.4.3.1. Faktor 1

Die Itemanalyse für Faktor 1 ergibt folgende Resultate:

Mittelwert Faktor 1	Standardab- weichung Faktor 1	Cronbach ALPHA	mittlere Inter-Item- Korrelation
47,64	8,94	0,734	0,201

Eine Einzelanalyse der Items ergibt folgendes Bild:

Skala: Mittelwert=47,6400 Stdabw.=8,93943 Gült.N:625 Cronbach Alpha:0,733857 Standard.Alpha:0,725898 Mittl.Inter-Item-Korr.:200815					
Variable	MW bei Ausschl.	Var. bei Ausschl.	Stdabw. Ausschl.	Itm-Ges. Korrel.	Alphab. Ausschl.
SOC10	43,8688	64,8756	8,054539	0,413007	0,709934
SOC12	42,7808	64,39835	8,024858	0,542747	0,692035
SOC15	43,3328	68,35645	8,267796	0,464087	0,705935
SOC17	43,8464	66,4148	8,149528	0,442449	0,705957
SOC18	43,2736	66,36835	8,146677	0,381232	0,714693
SOC19	42,9296	61,57264	7,846824	0,649112	0,675314
SOC21	43,2912	62,8912	7,930398	0,512624	0,693931
SOC24	43,472	62,89241	7,930474	0,551386	0,688778
SOC25	44,2096	90,87927	9,533062	-0,48437	0,811049
SOC26	42,8	69,44961	8,333643	0,36798	0,716536
SOC29	42,5952	66,52894	8,156528	0,430264	0,707571

Danach weist Cronbach ALPHA einen Wert von 0,73 auf. Rund 73% der Variabilität des Faktors 1 sind demnach auf tatsächliche Unterschiede zwischen den Probanden hinsichtlich der Bedeutung des Faktors 1 zurückzuführen. In der obigen Tabelle sind der Mittelwert des Faktors 1 bei Ausschluß jedes einzelnen Items, die sich dann ergebende Varianz der Daten, der Korrelationskoeffizient zwischen dem Item und der Summe der übrigen Items dargestellt. Zusätzlich ist angegeben, wie der Wert von Cronbach ALPHA aussähe, wenn das entsprechende Item aus der Berechnung des Faktors 1 ausgeschlossen würde. In der Regel wird Cronbach ALPHA dadurch kleiner. Eine Ausnahme bildet allerdings das Item 25. Wird dies aus der Analyse ausgeschlossen, dann steigt Cronbach ALPHA deutlich auf 0,81 an, so daß eine Reduzierung auf 10 Items sinnvoll erscheint.

Wie bereits im Kapitel 1.4.2.4. erwähnt, ist es schwierig, Item 25 den übrigen Items zuzuordnen. Es erscheint auch inhaltlich sinnvoll, diese Frage zu streichen.

11.4.3.2. Faktor 2

Die Itemanalyse für Faktor 2 ergibt folgende Resultate:

Mittelwert Faktor 2	Standardabweichung Faktor 1	Cronbach ALPHA	mittlere Inter-Item-Korrelation
48,92	5,13	0,124	0,016

Eine Einzelanalyse der Items ergibt folgendes Bild:

Skala: Mittelwert=48,9213 Stdabw.=5,13470 Gült.N:623 Cronbach Alpha:0,124250 Standard.Alpha:0,172829 Mittl. Inter-Item-Korr.:015738					
Variable	MW bei Ausschl.	Var. bei Ausschl.	Stdabw. Ausschl.	Itm-Ges. Korrel.	Alphab. Ausschl.
SOC2	44,12841	26,22428	5,120965	-0,134508	0,20774
SOC3	44,02408	26,90311	5,186821	-0,168913	0,214653
SOC4	46,46549	23,15732	4,812205	0,108322	0,077077
SOC7	46,39486	20,04633	4,477313	0,318664	0
SOC8	43,23435	28,38168	5,327446	-0,272592	0,252098
SOC11	45,86356	21,64912	4,652862	0,323599	0
SOC13	46,89888	22,45366	4,738529	0,242013	0,02147
SOC14	46,57143	20,65581	4,544867	0,327609	0
SOC16	45,89246	22,49405	4,742789	0,290029	0,01161
SOC20	46,45746	21,97211	4,687441	0,240674	0,011434
SOC22	43,14286	30,35359	5,509409	-0,424638	0,298507
SOC23	46,65008	21,72346	4,660843	0,158561	0,038725
SOC27	46,37078	23,11292	4,80759	0,188446	0,048784
SOC28	43,88282	30,03282	5,480221	-0,36053	0,328433

Danach weist Cronbach ALPHA einen Wert von 0,12 auf. Lediglich rund 12% der Variabilität des Faktors 2 sind demnach auf tatsächliche Unterschiede zwischen den Probanden hinsichtlich der Bedeutung des Faktors 2 zurückzuführen. Allerdings sind für den Ausschluß mehrerer Items höhere Cronbach ALPHA-Werte angegeben. Läßt man für weitere Analysen jeweils dasjenige Item aus der Untersuchung aus, für das die deutlichste Erhöhung des Cronbach ALPHA zu erwarten ist, und fährt man so lange fort, bis durch den Ausschluß weiterer Items keine Verbesserung von Cronbach ALPHA-Werten zu erzielen ist, dann werden in dieser Reihenfolge die Items 28, 22, 8, 3 und 4 ausgeschlossen und man erhält folgende Struktur des Faktors 2:

Skala: Mittelwert=22,7707 Stdabw.=6,75157 Gült.N:628 Cronbach Alpha:0,769766 Standard.Alpha:0,777928 Mittl.Inter-Item-Korr.:,283482					
Variable	MW bei Ausschl.	Var. bei Ausschl.	Stdabw. Ausschl.	Itm-Ges. Korrel.	Alphab. Ausschl.
SOC4	20,3121	39,2274	6,26318	0,27077	0,77576
SOC7	20,2373	35,0791	5,92276	0,48222	0,74368
SOC11	19,7118	37,1574	6,09569	0,51504	0,73998
SOC13	20,742	38,4908	6,20409	0,40611	0,75453
SOC14	20,4124	34,1118	5,84053	0,62391	0,72009
SOC23	20,5	36,2755	6,02291	0,37285	0,76415
SOC27	20,2102	38,2679	6,18611	0,43813	0,75043
SOC16	19,7325	37,5877	6,13088	0,5494	0,73763
SOC20	20,3073	36,7511	6,06227	0,47949	0,74391

Cronbach ALPHA steigt hier auf 0,77. Die Interpretation der Bedeutung des Faktors 2 müßte gegenüber Kapitel 10.4.2.4 gering verändert werden.

Durch Wegfall der o.g. Fragen würde der Begriff der Sinnhaftigkeit des Lebens entfallen. Lediglich in den Fragen 14 und 16 wird das Thema Sinn und Sinnhaftigkeit angedeutet, so daß der Faktor um dieses Charakteristikum ärmer wäre.

Ebenso käme es durch den Wegfall dieser Fragen zu einer Verschiebung der Präsenz für die Variablen des SOC. Manageability würde damit zu der am häufigsten vertretenen Variablen des SOC (insgesamt 5 Fragen). Meaningfulness wäre noch durch 4 Fragen repräsentiert. Die Komponente Comprehensibility fiel vollständig weg.

11.4.3.3. Faktor 3

Die Itemanalyse für Faktor 3 ergibt folgende Resultate:

Mittelwert Faktor 3	Standardabweichung Faktor 1	Cronbachs ALPHA	mittlere Inter-Item-Korrelation
15,36	3,28	0,234	0,082

Eine Einzelanalyse der Items ergibt folgendes Bild:

Skala: Mittelwert=15,3636 Stdabw.=3,28395 Gült.N:638 Cronbach Alpha:0,234438 Standard.Alpha:0,232477 Mittl.Inter-Item-Korr.:,081593					
Variable	MW bei Ausschl.	Var. bei Ausschl.	Stdabw. Ausschl.	Itm-Ges. Korrel.	Alphab. Ausschl.
SOC1	12,6285	8,33693	2,88737	0,14492	0,16059
SOC5	11,3119	5,36509	2,31627	0,39954	0
SOC6	11,5298	5,65664	2,37837	0,33175	0
SOC9	10,6207	11,0505	3,32423	-0,25973	0,61877

Danach weist Cronbach ALPHA einen Wert von 0,23 auf. Lediglich rund 23% der Variabilität des Faktors 3 sind demnach auf tatsächliche Unterschiede zwischen den Probanden hinsichtlich der Bedeutung des Faktors 3 zurückzuführen. Nach Ausschluß des Items 9 erhält man folgendes Bild:

Skala: Mittelwert=10,6197 Stdabw.=3,32432 Gült.N:639 Cronbach Alpha:0,618560 Standard.Alpha:0,605692 Mittl.Inter-Item-Korr.:,348960					
Variable	MW bei Ausschl.	Var. bei Ausschl.	Stdabw. Ausschl.	Itm-Ges. Korrel.	Alphab. Ausschl.
SOC1	7,88419	7,83322	2,79879	0,26507	0,70908
SOC5	6,56964	4,90869	2,21556	0,52171	0,36978
SOC6	6,7856	4,77563	2,18532	0,52554	0,36238

Cronbach ALPHA steigt hier auf 0,62. Die Interpretation der Bedeutung des Faktors 3 müßte gegenüber Kapitel 1.4.2.4 wie folgt geändert werden:

Dem Faktor 3 fehlt nach Wegfall der Frage 9 das Charakteristikum des Vertrauens, der Fähigkeit, zu objektivieren.

Antonovsky geht davon aus, daß die Stärke des SOC eindeutig zu messen sei. Anhand unserer Untersuchung (639 korrekt ausgefüllte Fragebögen) stellte sich jedoch heraus, daß sich seine Dreifaktoren – bzw. Dreikomponententheorie für die deutsche Fassung des Fragebogens nicht bestätigen läßt. Mittels anerkannter statistischer Berechnung zeigte sich bei uns eine ungenaue Trennschärfe der Fragen. Die Eigenwerte lassen erkennen, daß zwei Drittel der Fragen nicht geeignet sind, das spezifische Item herauszufragen. Nur ein Drittel der Fragen zeigt die erforderliche spezifische Meßkapazität. Von insgesamt 29 Fragen haben nur drei Fragen eine hohe Faktorladung. Dadurch wird erkennbar, daß nur insgesamt drei Fragen einen engen Zusammenhang zwischen den Faktoren und den Variablen aufweisen. Cronbach ALPHA weist für den Faktor 1 einen Wert von 73% auf, für den Faktor 2 einen Wert von 12% und für den Faktor 3 einen Wert von 23%.

Unsere Ergebnisse lassen die Schlußfolgerung zu, daß durch die deutsche Fassung des Fragebogens nur **ein** Generalfaktor gemessen wird. Faktor 2 und Faktor 3 kristallisieren sich durch ihre niedrigen Cronbach ALPHA-Werte nicht heraus.

Für den deutschen Sprachraum ist demnach der Fragebogen als Abbildung der drei Faktoren bzw. Komponenten Comprehensibility, Meaningfulness und Manageability nicht geeignet. Da nur **ein** Generalfaktor gemessen wird, ist Aaron Antonovskys theoretisches Konstrukt der drei Komponenten durch die deutsche Fassung des Fragebogens nicht kompatibel abgebildet. Um dies zu erreichen, müßte der Fragebogen in einem anderen wissenschaftlichen Kontext spezifiziert und modifiziert werden.

12. KONSEQUENZEN FÜR DIE ÄRZTLICHE PRAXIS

Rene' Descartes teilte die Welt in zwei parallel geschaltete Hälften auf: „res extensa“ und „res cogitans“. Diese dualistische Sichtweise von Leib und Seele machte es leichter, bei wissenschaftlichen Fragestellungen von möglichen Wirkungen der Seele abzusehen. Seinen Höhepunkt fand dieses Programm in der „Cellularpathologie“ Rudolf Virchows, der darin einen Übergang vom philosophischen zum naturwissenschaftlichen Zeitalter sah.

So ist speziell das 19. Jahrhundert durch den „Abbruch der Tradition“ gekennzeichnet (vgl. Schipperges 1985, 171). Die pathogenetische Orientierung in der Medizin führte diese

Sichtweise weiter, bis nur noch die Krankheit als biochemischer Prozeß, ihre Ursache und die Suche nach der „magischen Pille“ („magic bullet“) übrig blieben (Antonovsky 1993, 4).

Diese Vorgehensweise ist nach Antonovsky problematisch. Es macht wenig Sinn, „Krankheit“ als ein zeitlich und räumlich isolierbares, möglicherweise monokausal verursachtes Phänomen zu betrachten, das durch den geschickten Kunstgriff des Arztes oder durch das Durchschlagen wirksamer Heilmittel möglichst folgenlos zu beseitigen ist. Wenn Krankheit und Gesundheit Zustände auf einem Kontinuum sind und es von beidem immer nur mehr oder weniger geben kann, geht es nicht so sehr um die Beseitigung des Krankseins (ein letztlich unmögliches Vorhaben), sondern um die Förderung der Gesundheit. In der ärztlichen Praxis sollte sich der „salutogenetisch“ geschulte Blick daher nicht nur auf das manifest Pathologische, sondern auch auf die hinter der Symptomatik stehende Dynamik richten: Welche Wirkkräfte treiben den Patienten in die eine oder die andere Richtung auf dem HEDE-Kontinuum? Dabei sollte die ärztliche Grundfrage stets lauten: Was kann ich tun, damit die GRR und letztlich der SOC meines Patienten so gestärkt werden, daß sich seine Position auf dem HEDE-Kontinuum verbessert oder zumindest stabilisiert? Der Blick des Arztes wäre also vom Ansatz her fundamental auch auf das Ziel „psychische Gesundheit“ gerichtet.

Dieser umfassende Ansatz würde jede künstliche Isolation des Phänomens „Krankheit“, insbesondere jedoch die Trennung der Krankheit von der Person aufheben (vgl. Antonovsky 1979, 43). Es geht also um die erneute „Einführung des Subjekts in die Medizin“ (Schipperges 1985, 246). Eine Person - so Antonovsky - besitzt eine „Geschichte“. Diese Geschichte ist der anamnestische Schlüssel, welcher alle für einen Zustand bedeutsamen Informationen eröffnet. „Alle Aspekte des Wohlbefindens einer Person müssen erfragt werden, sowohl durch ‚objektive‘ Parameter als auch in subjektiven Symptomen“ (Antonovsky 1983, 9). Gerade die subjektive Interpretation seiner Gesundheitsprobleme durch den Patienten selbst gehört zu dieser Geschichte und ist deshalb für den salutogenetisch orientierten Arzt von Bedeutung (vgl. Antonovsky 1979, 37).

Bei dieser Sichtweise wird dem Konzept der multiplen Verursachung und des epidemiologischen Dreiecks von Wirkfaktor, Patient und Umwelt Rechnung getragen (Antonovsky 1993, 9). Darüber hinaus ergeben sich Fragestellungen, die über den medizinischen Kontext hinausgehen und psychologische und sozio-kulturelle Aspekte berühren. „The tendency to reduce the medical action to the biomedical sphere not only disregards the psychic needs of the patient, which are, in the patient’s view, legitimate medical problems, but makes it impossible to adequately understand even supposedly somatic problems. Only when the doctor sees and relates to the patient as a person in a sociocultural context can the results of interaction be effective from the point of view of the patient as well as of the doctor“ (Antonovsky 1979, 206). Das Bemühen um die Gesundheit des Patienten wird häufig nicht ganz erfolgreich sein. Aber es wird, wenn es effektiv ist, die Fähigkeit des Patienten stärken, sich in einer Welt von Streß und Entropie über einen langen Zeitraum hinweg zu behaupten. Dieses Bemühen um die Gesundheit des Patienten ist deshalb immer auch ein Bemühen um seine psychische Stabilität.

Dieser Gesichtspunkt eröffnet einen weiteren bedeutsamen Aspekt, wenn berücksichtigt wird, daß der Arzt selbst eine GRR darstellt (Antonovsky 1979, 8, 200). „The doctor, as a potential GRR, has the possibility of structuring life experiences for people that reinforce their SOC“ (Antonovsky 1979, 200). So liegt es nahe, dem Arzt-Patient-Verhältnis als einer Sonderform zwischenmenschlicher Interaktion besondere Aufmerksamkeit zu schenken.

Auch hier geht Antonovsky nicht von harmonischen Vorstellungen aus. Drei notwendige Charakteristika prägen das Arzt-Patient-Verhältnis: „First, the patient invariably perceives the

situation as involving anxiety, uncertainty, and ambiguity. In our terms, the life situation of patient-doctor interaction is inherently antithetical to a sense of coherence“ (Antonovsky 1979, 202). Die Tatsache, daß die medizinische Intervention selbst bereits einen für die Prognose ungünstigen Faktor darstellt, konfrontiert den Arzt mit besonderen Anforderungen. Zweitens impliziert das Arzt-Patient-Verhältnis notwendig eine asymmetrische Kommunikationssituation und konfrontiert deshalb mit dem Problem der Macht (Antonovsky 1979, 202, 206). Sobald sich der Patient in diese Situation begibt, akzeptiert er die partielle Kompetenz und Überlegenheit des Arztes unter medizinischem Gesichtspunkt. Diese Tatsache sollte im Blickfeld bleiben, damit die Gefahren und Möglichkeiten dieser Beziehung nicht übersehen werden. Drittens schließlich existiert nach Antonovsky eine Differenz der Perspektiven und Interessen zwischen dem Patienten und dem Arzt. Stets hat der Arzt auch Gesichtspunkte zu berücksichtigen, die mit dem Selbstinteresse des Patienten nicht deckungsgleich sind. Antonovsky spricht hier von einem Strukturmerkmal des Arzt-Patient-Verhältnisses, welches sich im Hinblick auf das salutogenetische Ziel belastend auswirken kann.

Auf der Basis dieser grundsätzlichen Analyse stellt Antonovsky Modalitäten typischer Arzt-Patient-Verhältnisse auf. Er bevorzugt keines dieser (idealtypisch gedachten) Modelle (vgl. die Übersicht: Antonovsky 1979, 209). Generell stellt Antonovsky fest: „The consequences for the sense of coherence are not simple. The more the patient is perceived as a total person, the better. The more the focus is on the needs of the patient, the better. The more decision-making power rests in the hand of the patient, the better“ (Antonovsky 1979, 208).

In der Realität werden diese Ziele höchstens annäherungsweise zu erreichen sein. Der salutogenetisch orientierte Arzt - eingebunden in konkrete soziale und institutionelle Strukturen - wird sich darum bemühen, die Vorteile der einzelnen Interaktionsmodelle situationsgerecht zu kombinieren. Innerhalb enger Grenzen wird dies möglich sein. „One might, then, think that the individual physician, alert to the importance of the problem of the patient's sense of coherence, would structure a modality that selects the best of all possibilities and avoids its pitfalls. Within narrow limits, this is indeed possible“ (vgl. Antonovsky 1979, 214).

Antonovskys Ansatz ist von hoher Aktualität. Schipperges weist auf einen für ihn gravierenden Qualitätsverlust einer Medizin hin, die die integrative Sicht der alten Diätik fast vollständig verloren hat. „Daß wir nämlich in der Medizin in der Regel mit ‚Krankheit‘ und am Rande nur mit ‚Gesundheit‘ zu tun haben, das ist nichts anderes als eine moderne Idee, eine überaus kurzsichtige Idee überdies, bedingt durch das wissenschaftliche Modelldenken der Neuzeit (...). Verloren ging damit die zwischen ‚sanitas‘ und ‚aegritudo‘ vermittelnde dritte Kategorie, die ‚neutralitas‘, jenes riesige Brachland des ‚neutrum‘, das Zwischenfeld des ‚weder ganz gesund‘, noch ‚richtig krank‘, in dem wir uns normalerweise befinden (...). Daß diese Kultur der so ganz natürlichen Dinge - wie Atmen und Essen und Trinken, wie Schlafen und Beischlafen, alle Absonderungen und Ausscheidungen, die Leidenschaften und Freudenschaften -, daß das alles von der Medizin als unwissenschaftlich eliminiert wurde, das scheint mir eine der schwerwiegendsten Wandlungen in unserer modernen Medizin zu sein, die uns eben nicht nur die Errungenschaften einer Heiltechnik beschert hat, sondern auch einschneidende, bis zum Tage fortwirkende Verkümmierungsprozesse“ (Schipperges 1990, 144). Schipperges, einer der wichtigen Vertreter einer „Neu-Diätetik“ und einer patientenorientierten Medizin, urteilt in aller Deutlichkeit: „Haben wir das nur einmal erfaßt, so wird uns auch in bestürzender Einsicht klar, was wir an Prinzipiellem in der Medizin verloren haben und wie wir wieder auf den Weg zu bringen wären“ (Schipperges 1990, 145).

Die Notwendigkeit zu einer Änderung wird besonders deutlich, wenn man die fundamentale Wandlung des Krankheitsspektrums betrachtet. Um 1900 starben die meisten Menschen an den vier „großen Killern“: Tuberkulose, Lungenentzündungen, Diphtherie und Schlaganfällen

(Schipperges 1985, 302). Nach Sachtleben sind es heute vier ganz andere Problembereiche, mit denen der praktizierende Arzt zu tun hat: mit dem Alter, mit „Rheuma“, mit psychischen Erkrankungen und venösen Erkrankungen der Beine. Dies sind allesamt Zustände, auf die eine schnelle Antwort mittels chemischer oder operativer Interventionen kaum gefunden werden kann.

63 % der Patienten niedergelassener Ärzte - so Sachtleben - sind älter als 60 Jahre. Etwa 40 % der ärztlichen Leistungen werden für sie erbracht. 70 % der durch die gesetzlichen Krankenkassen aufgewendeten Behandlungskosten (die 60 % der Gesamtausgaben ausmachen) werden für Rentner erbracht. „Diese alten Menschen sind meist multi-morbide, mehr als drei Diagnosen einer chronischen Krankheit lassen sich bei ihnen im allgemeinen stellen“ (Sachtleben 1992, 14, 15; vgl. Schipperges 1985, 303f.).

Die „Besserung und Verschlechterung“ der zumeist chronischen und altersbedingten Krankheiten sind „(...) eng an (...) persönliches Verhalten gebunden“ (Hartmann 1987, 248). Daraus ergibt sich eine psychotherapeutische und pädagogische Funktion für den an der psychischen Gesundheit orientierten Arzt. Für den Kranken wird es dabei nötig sein, „mit der Krankheit zu leben“ (vgl. Schipperges 1985, 306 ff.). Auch muß ihm vermittelt werden, daß seine Krankheit keine technische Störung ist, die mit raschem Eingriff beseitigt werden kann, sondern ein chronischer Einbruch in die Lebensgeschichte. Aus der „schweigenden“ Medizin muß deshalb wieder eine „redende“ werden, „aus dem ‚Spritzzimmer‘ wieder das ‚Sprechzimmer‘, aus der ‚Fünf-Minuten-Konsultation‘ wieder die ‚Sprechstunde‘ (...). In den Vordergrund würde damit das jedes Kranksein begleitende ärztliche Gespräch treten“ (Schipperges 1985, 309).

Auch auf die kaum mehr in den Griff zu bekommende Kostenexplosion dürften solche Wandlungen eher positive Auswirkungen haben. Sollte Sachtleben recht vermuten und ein Zusammenhang zwischen medizinischer Ratlosigkeit und dem überproportionalen Ansteigen der Ausgaben für die Pharmakotherapie bestehen (Sachtleben 1992, 23), so wäre dies ein Hinweis darauf, daß eine pathogenetische Sicht tatsächlich unnötige Kosten erzeugt. Das Arzneimittel wäre dann für Arzt und Patient der Ersatz für die verlorene gegangene „Diätik“. Das Rezept wäre der Versuch, Medizin im naturwissenschaftlichen Sinn auch dort weiterzutreiben, wo ihr Einsatz wenig erfolgversprechend ist.

Es gibt auch Ansätze zu einer Änderung. Ein Beispiel im Sinne Antonovskys ist das „Konzept für eine salutogenetisch orientierte, ambulante Behandlung von Koronarerkrankungen“, welches Albus und Köhle auf der 40. Jahrestagung des Deutschen Kollegiums für psychosomatische Medizin (1994) vorstellten. Der „oftmals ausgeprägten Ineffektivität überwiegend pathogenetisch ausgerichteter Diagnose- und Behandlungskonzepte“ (Albus, C., Köhle, K. 1994, 132) stellen sie einen integrativen Ansatz entgegen: „Damit ‚Sinnhaftigkeit‘ in Neuem und Veränderung des Alten als Herausforderung erlebt wird, bedarf es zunächst einer intensiven therapeutischen Bearbeitung der persönlichen Hintergründe des bisherigen Erlebens und Verhaltens, durch das die äußeren Anforderungen mitgestaltet wurden. Im weiteren muß die bloße Existenz der inneren Anforderung, z.B. die genetische Bereitschaft, eine Fettstoffwechselstörung zu bekommen, hinreichend betrauert werden. Sonst wird das damit verknüpfte Risiko verleugnet und aus einer Anforderung ein pathogener Faktor“ (Albus, C., Köhle, K. 1994, 134).

Es ist bekannt, daß die Wirksamkeit von Medizin / Therapie im wesentlichen von der Qualität der Arzt-Patient-/ Therapeut-Patient-Beziehung abhängt. Unter Bezugnahme auf verschiedene Autoren urteilen Haltenhof und Schmoll, „daß die stärker durch Beziehung charakterisierten allgemeinen Wirkfaktoren im Psychotherapieprinzip ‚Antwort‘ eine größere Bedeutung haben

als im Prinzip ‚Deutung‘ (Haltenhof/Schmoll 1994, 233). Ähnlich Kind: „Angesichts des heutigen Standes der Forschung bezüglich der wirksamen Faktoren in der Psychotherapie ist man sich weitgehend einig, daß der Qualität der Therapeut-Patient-Beziehung eine entscheidende Bedeutung zukommt“ (Kind 1982, 21). „Als wesentlicher gemeinsamer Wirkfaktor ganz unterschiedlicher Psychotherapiemethoden wird immer wieder eine hilfreiche, emotional bedeutsame Beziehung genannt, in der Zuversicht und Veränderungsbereitschaft mobilisiert, das Leiden und die Behandlung nach einem plausiblen Konzept interpretiert, verfestigte Erlebens- und Verhaltensmuster aufgetaut und konstruktive Problemlösungen gesucht werden können“ (Haltenhof/Schmoll 1994, 233). Ausgehend von dem Grundgedanken, daß einem starken SOC eine salutogene Wirkung zukommt und daß der Therapeut / Arzt auch eine wichtige „generalized resistance resource“ selbst darstellt, wäre es auch hier für die ärztliche Praxis notwendig, eine solide Therapeut-Patient oder Arzt-Patient-Beziehung aufzubauen. „Sinnggebung“ wäre dabei manches Mal wichtiger als die Verschreibung von Arzneimitteln. Jedenfalls sollte die Beziehung wieder in den Mittelpunkt treten. Der Patient wird nicht mehr als „Fall“, sondern als Individuum mit einer einmaligen Geschichte betrachtet. Damit ist der Blick frei auf die Bedeutung der seelischen Gesundheit.

Literatur

Albus, C., Köhle, K., 1994, Gesundheit wiedergewinnen - Konzept für eine salutogenetisch orientierte, ambulante Behandlung von Koronarkranken, in: Salutogenese, ein neues Konzept in der Psychosomatik?, Kongreßband der 40. Jahrestagung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin, Frankfurt/M: Verlag für Akademische Schriften, S. 130-139

Antonovsky, A., 1979, Health, stress and coping, San Francisco: Jossey-Bass

Antonovsky, A., 1987, Unraveling the Mystery of Health, How people manage stress and stay well, San Francisco: Jossey-Bass

Antonovsky, A., 1993, Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung, in: Franke, A. u. Broda, M., Psychosomatische Gesundheit, Tübingen: dgvt-Verlag

Becker, P., 1982, (unter Mitarbeit von Wolf-Rüdiger Minsel) Psychologie der seelischen Gesundheit, Bd. 1, Theorien, Modelle, Diagnostik, Göttingen, Toronto, Zürich: Hofgrebe

Breit, Ch., Bergmann, G., 1994, Salutogenese und Seelische Gesundheit - ein mehrdimensionaler Ansatz, 1994, in: Salutogenese, ein neues Konzept in der Psychosomatik?, Kongreßband der 40. Jahrestagung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin, Frankfurt/M: Verlag für Akademische Schriften, S. 35 - 37

Böschmeyer, U., 1984, Grundlagen, Leitgedanken und Arbeitsweisen der Logotherapie, in: Karwatzki, I., Sinnvoll heilen, Viktor E. Frankls Logotherapie - Seelenheilkunde auf neuen Wegen, Freiburg im Breisgau: Herder

Eckart, U., 1994, Geschichte der Medizin, 2. Aufl. Berlin, Heidelberg, New York: Springer

Franke, A., 1994, Praxisrelevante Grundgedanken des Salutogenese-Konzeptes, in: Lamprecht, F./Johnen, R. (Hrsg.), Salutogenese, ein neues Konzept in der Psychosomatik?, Kongreßband der 40. Jahrestagung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin, Frankfurt/M: Verlag für Akademische Schriften, S. 27-31

Hartmann, F., 1987, Leben in bedingtem Gesundsein, in: Schaefer, H. u.a., Präventive Medizin, Berlin, Heidelberg, New York: S. 248

Haltenhof, H., Schmoll, D., 1994, , Frühe Sozialisation und unspezifische Wirkfaktoren der Psychotherapie aus Sicht des Salutogenese-Konzepts, 1994, in: Salutogenese, ein neues Konzept in der Psychosomatik?, Kongreßband der 40. Jahrestagung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin, Frankfurt/M: Verlag für Akademische Schriften, S. 228-238

Heim, E., 1994, Salutogenese versus Pathogenese - ein neuer Zugang zu einer alten Weisheit, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift, 124, S. 1267-1275

Historisches Wörterbuch der Philosophie, Bd. 4, hrsg. von Ritter, J. und Gründer, K., Darmstadt 1976: Wissenschaftliche Buchgesellschaft

Historisches Wörterbuch der Philosophie, Bd. 9, hrsg. von Ritter, J. und Gründer, K., Darmstadt 1995: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Sp. 509-514

- Kind, H.**, 1982, Psychotherapie und Psychotherapeuten, Methoden und Praxis, Stuttgart, New York: Georg Thieme
- Köhle, K., Obliers, R., Faber, J.**, 1994, in: Salutogenese, ein neues Konzept in der Psychosomatik?, Kongreßband der 40. Jahrestagung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin, Frankfurt/M: Verlag für Akademische Schriften, S. 63-84
- Lohmann, H.**, 1978, Krankheit oder Entfremdung?, Psychische Probleme in der Überflugesellschaft, Stuttgart: Georg Thieme
- Oppermann, M.**, 1994, Zum Begriff „Gesundheit“ in der Psychoanalyse - ein kurzer historischer Überblick, 1994, in: Salutogenese, ein neues Konzept in der Psychosomatik?, Kongreßband der 40. Jahrestagung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin, Frankfurt/M: Verlag für Akademische Schriften, S. 183-189
- Reister, G.**, 1995, Schutz vor psychogener Erkrankung, Göttingen; Zürich: Vandenhoeck und Ruprecht
- Sachtleben, S.**, 1992, Der Begriff „Gesundheit“ und sein Zusammenhang mit der zeitgenössischen Medizin, Regensburg: Roderer
- Schipperges, H.**, 1985, Homo Patiens, Zur Geschichte des kranken Menschen, München, Zürich: Piper
- Schipperges, H.**, 1990, Der Garten der Gesundheit, Medizin im Mittelalter, München: Deutscher Taschenbuch Verlag
- Schmidbauer, W.**, 1975, Psychotherapie, Ihr Weg von der Magie zur Wissenschaft, München: Deutscher Taschenbuch Verlag
- Seidler, E.**, 1993, Geschichte der Medizin und der Krankenpflege, 6. Aufl. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer
- Selye, H.**, 1974, Streß, Bewältigung und Lebensgewinn, München, Zürich: Piper
- Schwarzer, R.**, 1990, Gesundheitspsychologie: Einführung in das Thema, in: Schwarzer, R. (Hrsg.), Gesundheitspsychologie, Ein Lehrbuch, Göttingen, Toronto, S. 3-19
- Siegrist, J.**, 1994, Selbstregulation, Emotion und Gesundheit - Versuch einer sozialwissenschaftlichen Grundlegung, 1994, in: Salutogenese, Ein neues Konzept in der Psychosomatik?, Kongreßband der 40. Jahrestagung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin, Frankfurt/M: Verlag für Akademische Schriften, S. 85-94
- Tausch, R.**, 1993, Hilfen bei Streß und Belastung, Hamburg: Rowohlt
- Uexküll, Th. von**, 1994. Zur Diskussion des Salutogenese-Konzepts, in: Lamprecht, F., Johnen, R. (Hrsg.), Salutogenese - Ein neues Konzept in der Psychosomatik?, Kongreßband der 40. Jahrestagung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin, Frankfurt/M: Verlag für Akademische Schriften
- Walschburger, P.**, 1990, Biopsychologische Aspekte der Gesundheit, in: Schwarzer, R., Gesundheitspsychologie: Einführung in das Thema, in: Schwarzer, R. (Hrsg.), Gesundheitspsychologie, Ein Lehrbuch, Göttingen, Toronto, S. 25-34

Danksagung

Herrn Privatdozent Doktor G. Reister danke ich für die Bereitstellung des Themas und für die Begleitung.

Meinem Vater danke ich für seine Geduld, mit der er mich während des Studiums väterlich und finanziell unterstützt hat. Meiner Mutter danke ich für ihre nachdrückliche Ungeduld.

Meinen nicht-medizinischen Freunden danke ich für Anregungen und Kritiken und meinem Bruder für seinen Rat bei den Tücken meines Computers.

Abstract:

Ein Beitrag zur Validierung des deutschsprachigen SOC-Fragebogens von Aaron Antonovsky vorgelegt von Astrid Meckel-Haupt

Der Medizinsoziologe Aaron Antonovsky beobachtete während einer Untersuchung bezüglich der Verarbeitung der Menopause bei Frauen, daß einige, die die Gefangenschaft in nationalsozialistischen Konzentrationslagern überlebt hatten, sich besserer seelischer und körperlicher Gesundheit erfreuten als andere Frauen mit einer „normalen“ Lebensgeschichte. Dieser Sachverhalt führte Antonovsky zu seiner salutogenetischen Sichtweise: Nicht die Entstehung von Krankheit, sondern die Entstehung von Gesundheit ist das eigentlich Untersuchungswürdige. Im Mittelpunkt von Antonovskys Betrachtungsweise steht ein genereller Widerstandsfaktor (**sense of coherence: SOC**), der es ermöglicht, daß Gesundheit trotz allgegenwärtiger Stressoren immer aufs neue erzeugt wird und erhalten bleibt. Die Quelle der Gesundheit liegt in einer zentralen Fähigkeit, Chaos in sinnvolle Information zu verwandeln. Antonovsky entwickelt ein mehrdimensionales Kontinuummodell von Gesundheit bzw. Krankheit. Jeder Mensch befindet sich im Fluß zwischen diesen beiden Extremen („**health ease**“-„**dis-ease**“: HEDE-Kontinuum). Ob sich ein Stimulus in einen malignen Stressor verwandelt oder eine salutogene Wirkung entfaltet, hängt von den zur Verfügung stehenden „**generalized resistance resources**“ (GRR) ab. GRR versorgen den Menschen mit jenen Informationen, die ihm bei der Streßbewältigung helfen. Die funktionale Gemeinsamkeit der GRR liegt in ihrer Fähigkeit, ein widerstandsfähiges Lebenskonzept aufzubauen, das eine kognitive, emotionale und praktische Streßbewältigung ermöglicht. Somit stellt der SOC die Summe aller biographisch relevanten GRR und den Schlüssel für die Lebensbewältigung dar. Antonovskys SOC setzt sich aus den drei Komponenten „**comprehensibility**“ (Verstehbarkeit), „**manageability**“ (Handhabbarkeit) und „**meaningfulness**“ (Sinnhaftigkeit) zusammen. Comprehensibility ist eine kognitive Komponente, die es ermöglicht, Sinn zu erzeugen, aus zunächst chaotisch erscheinenden Stimuli und Informationen einen verstehbaren Zusammenhang herzustellen. Manageability ist das Vermögen, unter Belastungen innere und äußere Ressourcen mobilisieren zu können. Meaningfulness ist eine emotionale oder motivationale Komponente, die sich in der Fähigkeit ausdrückt, Belastungen sowie Anforderungen des Lebens als sinnhaft zu erfahren. Jede Streßbewältigung (coping) beinhaltet drei wichtige Variablen: Rationalität, Flexibilität und Umsichtigkeit. Die Streßbewältigung wiederum wird vom SOC der Person gesteuert. Ein starker SOC bringt den Menschen auf dem Kontinuum-Modell mehr in Richtung Gesundheit.

Antonovsky entwickelte den SOC-Fragebogen, der als Meßinstrument psychischer Gesundheit gelten soll. Er besteht aus 29 Fragen, die den drei Komponenten des SOC zugeordnet sind. Ziel dieser Dissertation ist es, einen Beitrag zur Validierung der deutschsprachigen Fassung des Fragebogens zu liefern. Insgesamt wurde der Fragebogen einer für Deutschland statistisch repräsentativen Gruppe von 639 Probanden (292 männlich, 347 weiblich) vorgelegt. Alle Auswertungen wurden mit dem Programmpaket STATISTICA der Firma StatSoft, Inc., Tulsa, USA durchgeführt (StatSoft, Inc.: STATISTICA für Windows [Computer- Programm-Handbuch, Version 5.1], Eigenverlag: Tulsa, OK, USA, 1998).

Unsere Ergebnisse lassen die Schlußfolgerung zu, daß durch die deutsche Fassung des Fragebogens die drei von Antonovsky angenommenen Komponenten nicht erfaßt werden, sondern daß nur **ein** Generalfaktor gemessen wird. Für den deutschen Sprachraum ist demnach der Fragebogen als Abbildung der drei Faktoren bzw. Komponenten comprehensibility, meaningfulness und manageability nicht geeignet. Dessen ungeachtet ist das auf „Erzeugen“ von Gesundheit fokussierte Salutogenese-Konzept Antonovskys von hoher Aktualität.

Lebenslauf

- Persönliche Daten:** Astrid Viktoria Meckel-Haupt, geb. Meckel
geb. am 26.06.1971 in Wheeling/USA
als 3. Kind der Eheleute Dres. Walter Meckel
und Friederike Meckel
- Wohnanschrift:** Osterather Str. 75
40670 Meerbusch
Tel.: 02159/675772
- Familienstand:** verheiratet
- Nationalität:** deutsch
- Konfession:** evangelisch
- Schulbildung:** 08/1977-06/1981 Grundschule Theodor-Fliedner in Neuss
08/1981-05/1990 Gymnasium Marienberg in Neuss
Abschluß: Abitur
- Hochschulbildung:** 10/1990-04/1998 Studium der Humanmedizin an der
Heinrich-Heine Universität Düsseldorf
09/1993 Vorprüfung
09/1994 1. Abschnitt der ärztlichen Prüfung
09/1996 2. Abschnitt der ärztlichen Prüfung
04/1997-04/1998 Praktisches Jahr: Marienhospital Düsseldorf
04/1998 3. Abschnitt der ärztlichen Prüfung
06/1998 First Step des amerikanischen Exams
- Ärztin im Praktikum:** Innere Medizin, Abteilung Klinische Endokrinologie
an der MH Hannover bei Prof. Dr. med. A. von zur Mühlen
15.06.1998-15.03.1999 Diabetes-Ambulanz der MHH
15.03.1999-14.12.1999 Stationsärztin Oststadt Krankenhaus Hannover
- Assistenzärztin:** Innere Medizin, Abteilung Gastroenterologie/ Städtischen Krankenhaus
Hildesheim bei Prof. Dr. med. W. P. Fritsch 15.12.1999-30.09.2000

Seit 01.10.2000: Innere Medizin am Cäcilien-Hospital, Krefeld-Hüls bei
Dr. med. K.. Broicher zur Weiterbildung zur Fachärztin für Innere Medizin
- Fortbildung:** Grundkurs der abdominellen Sonographie auf Langeoog
Grundkurs im Strahlenschutz
Spezialkurs Röntgendiagnostik
Seminar Kongress: Notfallmedizin, Dezember 1999 in Arnberg
- Nebentätigkeit:** 1990-1997 Pflegerische Dienste auf internistischen Stationen des
Lukaskrankenhauses Neuss
1998-1999 Unterricht der Kinderkrankenschwestern der MHH in
Pharmakologie

Meerbusch, den 16.02.2001