



Sport und psychische Gesundheit

Zusammengestellt von

Michael Fröhlich und Markus Klein

Saarbrücken

2003

Inhalt

Inhalt.....	2
Sport und psychische Gesundheit.....	4
Entwicklungspsychologische Aspekte sportlicher Betätigung	4
Der Begriff der Entwicklung	4
Grundlegende Kriterien für Entwicklung.....	5
Definition	5
Endogenistische Theorien.....	5
Exogenistische Theorien	6
Konstruktivistische Theorien	6
Interaktionistische Theorien	6
Die Interaktion von Anlage und Umwelt.....	6
Psychische Gesundheit - Definitionen und Geschichte.....	7
Definitionen psychischer Gesundheit.....	12
Definitionen ausschließlich psychischer Gesundheit	13
Zum Sportbegriff	14
Definitionen zum Sportbegriff.....	17
Ansatz von Heinemann	17
Der Ansatz von Kurz	18
Sport und psychische Gesundheit - Zusammenfassung.....	19
Kraus, F.: Sporttreiben und psychische Gesundheit	19
Literaturanalyse zum Zusammenhang zwischen Sport und psychischer Gesundheit.....	19
Beschreibung der „Literaturstichprobe“ (n = 453)	19
Theoretische Arbeiten	20
Zusammenfassung.....	23
Das salutogenetische Gesundheitsmodell Antonovskys.....	25
Gesundheit und Krankheit	25
Ein Kontinuummodell zur Beschreibung von Gesundheit vs. Krankheit.....	26
Das salutogenetische Gesundheitsmodell.....	28

Die Bedeutung von Stressoren und Stress im salutogenetischen Gesundheitsmodell	28
Generalisierte Widerstandsquellen	30
Antonovskys „Kohärenzsinn“	32
Zusammenfassung zu Antonovskys Gesundheitsmodells	34

Sport und psychische Gesundheit

Entwicklungspsychologische Aspekte sportlicher Betätigung

Motorische Entwicklung hat weder in der Psychologie noch in der Sportwissenschaft übermäßige Beachtung gefunden. Von psychologischer Seite wurde Entwicklung insbesondere unter dem Gesichtspunkt kognitiver Funktionen betrachtet. Von sportwissenschaftlicher Seite wurde motorische Entwicklung in erster Linie unter dem Gesichtspunkt sportmotorischer Bewegung untersucht (s. dazu Schilling 1982) und Entwicklung dadurch mehr als Prozess zur Aneignung spezifischer motorischer Fertigkeiten verstanden. Dabei ist Hurlock (1970) und anderen Autoren wie Arbinger 1979; Ismail 1972; Schilling 1982 zuzustimmen, wenn sie motorische Entwicklung im Gesamtzusammenhang psychophysischer Entwicklung betrachten. Eine solche integrierte Betrachtung von Entwicklung (Ismail 1972) dürfte nicht nur dem Gegenstand am besten gerecht werden, sondern ist gerade von sportpsychologischer Seite als ein Beispiel anzusehen, das die Verbindung von psychologischer und sportwissenschaftlicher Betrachtung bestens dokumentieren könnte.

Der Begriff der Entwicklung

Allmer (1983) hat, fußend auf anderen Autoren und Ansätzen, eine Unterscheidung getroffen zwischen „naiven“ Entwicklungstheorien und „wissenschaftlichen“ Entwicklungstheorien. Dabei wird „naiv“ im Sinne von vorwissenschaftlich gebraucht. Gemeint sind implizite Theorien bzw. Annahmen über Verlauf und Ursachen von Entwicklungen, die bei fast jedem Erwachsenen vorhanden sein dürften. Schon bei Vorschulkindern lassen sie sich feststellen, etwa wenn bestimmte chronologische Altersangaben mit bestimmten Fertigkeiten verknüpft oder bestimmte Verhaltensweisen mit Wachstum in Zusammenhang gebracht werden. Solche impliziten Theorien über Entwicklung beeinflussen die Alltagshandlungen von Individuen häufig mehr als wissenschaftliche Erkenntnisse, wenngleich beide, die wissenschaftliche wie die naive Betrachtungsweise, eng miteinander verwoben sind. So ist zu vermuten, dass eine verbreitete naive Kausalannahme über Entwicklung auf dem Konzept der Reifung und der Entfaltung von Anlagen beruht, was lange Jahre auch als wissenschaftliche Theorie bestand hat, ja dass der Begriff der Entwicklung selbst häufig implizit mit Reifung gleichgesetzt wird.

Grundlegende Kriterien für Entwicklung

- Entwicklung ist ein Prozess intraindividueller Veränderung über die Zeit
- Entwicklung ist lebenslanger Prozess - Untergliederung in kalendarisches, biologisches, soziales, psychologisches Alter
- Entwicklung beinhaltet interindividuelle Variation
- Entwicklung beinhaltet nicht nur Variation, sondern auch relative Konstanz

Definition

Entwicklung ist ein Prozess von miteinander in ursächlichem Zusammenhang stehenden, erklärbaren Veränderungen während des gesamten Lebenslaufes eines Individuums. Diese Veränderungen sind von unterschiedlicher Zeitdauer (kurz- bis langfristig) und von unterschiedlichem Ausmaß (von relativer Konstanz bis hoher Variation) während eines Lebenslaufs (intraindividuell) und im Vergleich zu anderen Personen (interindividuell). Entwicklungspsychologie läßt sich von daher als Studium der Verhaltensaspekte des menschlichen Lebenslaufs bezeichnen (Thomas 1978).

Es erscheint aus heuristischen Gründen eine Einteilung sinnvoll, die zuerst von Riegel (1972) vorgenommen und dann von Montada (1982) formuliert wurde. Dabei wird davon ausgegangen, dass die Auffassung von Entwicklung sich danach unterscheiden lassen, wieweit dem Individuum auf der einen und der Umwelt auf der anderen Seite eine eher aktive oder eher eine passive Rolle zugestanden wird.

Tabelle 1: Modell der Entwicklung von Person-Umwelt-Bezügen (n. Riegel 1972)

	Umwelt	
Individuum	passiv	aktiv
passiv	endogenistische Theorien	exogenistische Theorien
aktiv	konstruktivistische Theorien	Interaktion zw. Person und Umwelt

Endogenistische Theorien

Die Umwelt hat lediglich die Aufgabe, zum gegebenen Zeitpunkt die adäquaten Lernanreize bereitzustellen; sie darf dies weder zu früh noch zu spät tun.

Exogenistische Theorien

Sie gehen im Extremen davon aus, dass ein passiver Organismus völlig durch seine Umwelt determiniert wird. Dem Individuum wird jede Möglichkeit einer eigenen Einflussnahme abgesprochen.

Konstruktivistische Theorien

Hier wirkt die Umwelt nicht direkt auf das Individuum, sondern stets nur vermittelt durch dessen Sichtweise. Die Entwicklung besteht somit darin, dass er sich seine Umwelt selbst konstruiert, ihre Anregungen aufgreift, aber stets in eigener Regie verarbeitet, eigene Lösungsmöglichkeiten entwickelt, selbst operiert.

Interaktionistische Theorien

Sie sprechen sowohl dem Individuum wie der Umwelt eine aktive Rolle zu. Der zentrale Gedanke besteht in der Annahme einer gegenseitigen Beeinflussung von Individuum und Umwelt.

Der Verlauf der Entwicklung ist durch zunehmende Differenzierung gekennzeichnet, etwa beobachtbar in der motorischen Entwicklung, wo das Neugeborene zunächst nur „ungerichtete Massenbewegungen“ (Winter 1977, S. 297) vollziehen kann, die dann zunehmend differenzierteren Bewegungen Platz machen. Gleichzeitig aber müssen diese differenzierteren Einzelbewegungen koordiniert, somit in übergeordnete Funktionszusammenhänge integriert werden. Differenzierung bei gleichzeitiger Integration sind Entwicklungsprozesse, die sich in allen Bereichen beobachten lassen, physiologisch (Zentralnervensystem), motorisch und psychisch. Es stellt sich nun die Frage, wieweit diese beiden Prinzipien, die den Entwicklungsverlauf charakterisieren - Differenzierung und Integration - als mehr reifungs- oder mehr lernabhängig aufzufassen sind oder auch durch die Logik der Sache erklärt werden können. Dementsprechend lassen sich drei Erklärungsprinzipien anführen: (a) endogen programmiert (Reifung), (b) exogen gesteuert und schließlich (c) durch sachimmanente Erfordernisse bedingt.

Solche Phasen, in denen Übung besonders effektiv ist, werden sensible Perioden genannt. „Wir definieren sensible Perioden als Entwicklungsabschnitte“ während welcher im Vergleich zu vorangegangenen oder nachfolgenden Perioden spezifische Erfahrungen optimale Wirkungen haben.

Die Interaktion von Anlage und Umwelt

Während Reifung, Lernen und sukzessive Konstruktion Erklärungen für den Entwicklungsverlauf darstellen, sind Anlage und Umwelt Bedingungsfaktoren, also Einflussgrößen auf die inhaltliche Ausgestaltung der Entwicklung beim einzelnen Menschen (vgl. Heckhausen 1974). Beim heutigen Stand der Forschung kann gesagt werden, dass im allgemeinen Anlagekomponenten in Interaktion mit Umweltbedingungen treten und diese Interaktion verantwortlich ist für das Zustandekommen etwa eines bestimmten Intelligenzniveaus oder motorischer Leistungsfähigkeit. Welchen relativen Anteil die Anlagekomponente beim einzelnen Individuum hat, darüber wissen wir nichts. Vielmehr lässt sich konstatieren, dass für die individuelle Entwicklung Umweltbedingungen eine wichtige Rolle spielen. Da wir die Anlagebedingungen beim einzelnen nicht kennen, gleichzeitig aber wissen, dass Umweltverbesserungen auch verbesserte Lernergebnisse zutage fördern, kommt es auf eine gute pädagogische Förderung an. Je mehr diese Förderung ganzen Populationen zugute kommt, desto geringer wird allerdings - scheinbar paradoxerweise - die Umweltvariation und damit der Anteil der Umweltvarianz bei der populationsgenetischen Analyse, während der Anlagevarianzanteil zunehmen müsste.

Psychische Gesundheit - Definitionen und Geschichte

Soweit unsere Geschichte zurückreicht, hat sich die Menschheit mit Gesundheit oder vielmehr mit dem „gesund bleiben“ beschäftigt. Seit jeher ist Krankheit der Ansatzpunkt, aus dem Interesse an Gesundheit entsteht.

„Trotz der Legende eines goldenen, glücklichen, krankheitslosen Zeitalters in der fernen Vergangenheit, ist Krankheit sehr alt, weit älter als die Menschheit, fast so alt wie das Leben auf der Erde“ (Ackerknecht 1986, p.7). Zeugnis für die frühe Beschäftigung mit Gesundheit bzw. Krankheit sind z.B. südfranzösische Höhlenmalereien, von denen eine nach Venzmer (1972) einen Eiszeit-Hexen-Doktor darstellt. Magisch-religiöse oder ähnlich übernatürliche Vorstellungen über Krankheitsursachen sind auch heute noch bei allen primitiven Naturvölkern zu finden; daraus leitet sich verständlicherweise auch eine magische Diagnostik ab, wie z.B. das Knochenwerfen oder das Herbeiführen eines Trancezustandes eines Medizinmannes. „Die magische Ausrichtung ist ein grundlegendes Merkmal der primitiven Medizin und der Hauptgrund für die wesentlichen Unterschiede zwischen dem primitiven ärztlichen Standpunkt und den modernen wissenschaftlichen Methoden“ (Ackerknecht 1986, p.16). Bezogen auf das Psychische, machen Primitive im allgemeinen keinen Unterschied zwischen organischen, funktionellen und Geisteskrankheiten. „Dieser

Ganzheits oder Einheitscharakter ist eine der hervorragendsten Eigenschaften der primitiven Medizin. Diagnose ist zugleich Therapie, organische Behandlung wird bei Geisteskrankheit und geistige Heilmethoden werden bei organischen Krankheiten angewendet“ (Ackerknecht 1986, p.18). Zwar immer noch verbunden mit magischen Heilpraktiken entdeckten die Ägypter vor ca. 4000 Jahren den Zusammenhang zwischen Hygiene und Erhaltung der Gesundheit, religiöse Gebräuche enthielten strenge Reinigungsrituale. Auch sind aus dieser Kultur die ersten Aufzeichnungen überliefert, die Krankengeschichten schildern. Neben beträchtlichen übernatürlichen Elementen in der ägyptischen Medizin finden sich dort auch schon Hinweise auf medikamentöse Therapien durch Heilkräuter (Ackerknecht 1986, p.24-25). Auch die „Krankheitstheorie der Mesopotamier“ war religiös: Krankheit war eine Bestrafung für Sünde, die einen Zustand der Unreinheit hervorrief. Doch ging auch hier die Medizin über die magisch-religiösen Vorstellung hinaus. Reinlichkeit war sehr wichtig und die „Begriffe von Ansteckung, Isolierung von Leprakranken sowie von regelmäßigen Ruhetagen scheinen mesopotamischen Ursprungs zu sein“ (Ackerknecht 1986, p.30).

Nach Venzmer (1972) war die chinesische Heilkunst bereits 2600 v. Chr. von dem Prinzip geprägt, dass Krankheiten das Resultat der Verletzung von Naturgesetzen des Universums sei: basierend auf der Philosophie des Kaisers Fu-Hsi (um 2900 v.Chr.) wird das ganze Universum in zwei Prinzipien eingeteilt, yang (männlich, hell) und yin (weiblich, dunkel). Die Beziehung zwischen diesen ist in einer ausgearbeiteten Naturphilosophie beschrieben, die auch Gesetzmäßigkeiten aufstellt, nach denen der Gesunde in Einklang mit den Prinzipien lebt, Krankheit hingegen auf Disharmonie basiert; folglich versuchten die Ärzte hauptsächlich die gestörte natürliche Balance der Patienten wieder herzustellen. Neben einer hochentwickelten Pharmakotherapie trat im alten China bereits die Physiotherapie auf, in der neben den speziellen chinesischen Methoden wie Akupunktur und Moxa auch Massagen und Gymnastik zum Einsatz kamen.

Relativ hochentwickelt war die Medizin in Indien. Nach Ackerknecht (1986, p.369) entwickelten sich die Ideen der klassischen Hindumedizin zwischen 700 und 200 v. Chr. in ihr herrschen zwar übernatürliche Elemente vor, daneben aber wird für Krankheiten bereits ein humoraler Ursprung angenommen, d.h. Symptome entstehen durch Verlust oder Überfluss von Körpersäften oder Körperelementen. Zur Therapie gehören Gebete und Beschwörungen, aber auch chirurgische Eingriffe, Diäten und Arzneimittel (die als wertvoll bekannt waren und von Ägyptern, Griechen und Arabern übernommen wurden); wichtig

waren aber auch Hygiene und Vorbeugung. Unter z.T. sehr differenziert beschriebenen Krankheitsbildern finden sich auch Alkoholismus und psychische Krankheiten.

Asiatisches Gedankengut beeinflusst auch das griechische Denken, aus dem sich eine Medizin entwickelte, die der modernen Medizin unvergleichlich näher als irgendeine andere historische Form der Medizin steht. So gilt auch der berühmte griechische Arzt Hippokrates (460-377 v. Chr.) als der Vater der Medizin. Das Interesse der hippokratischen Ärzte galt weniger der Krankheit, sondern dem Patienten als Träger derselben. „Es war die Behandlung eines Individuums, nicht einer Krankheit, die Behandlung des ganzen Körpers, nicht irgendeines Teiles. Die Therapie ging von der grundlegenden Voraussetzung aus, dass die Natur (physis) selbst eine starke heilende Wirkung besitzt und dass es die Hauptrolle des Arztes war, der Natur in ihrem Heilungsprozess zu helfen, nicht aber ihr Gewalt anzutun. Die Gesundheit war ein Zustand der harmonischen Mischung der Säfte (eukrasia) und Krankheit war ein Zustand der falschen Mischung (dyskrasia)“ (Ackerknecht 1986, p.58). Die Selbstheilungskräfte der Natur wurden in der Therapie vor allem durch Diäten unterstützt, wenn diese versagte durch Medikamente und als letztes Mittel durch chirurgische Eingriffe. Das gestörte Gleichgewicht zwischen den vier Körpersäften (Blut, schwarze Galle, gelbe Galle und Schleim) wird in der hippokratischen Schule auch für psychische Erkrankungen verantwortlich gemacht, sie vertritt also eine naturwissenschaftliche, somatische Auffassung.

Beschreibungen psychisch gesunder Persönlichkeiten existieren vor allem in den Werken von Platon (427-347 v. Chr.). Platon's Ideen sind noch von mythologischen Vorstellungen beeinflusst, die er in Gleichnissen darstellt. Er teilt den Menschen in Körper und Seele auf. Die Seele selbst ist dreigeteilt und stammt aus dem Reich der Ideen, aus dem Umgang mit den Göttern (Pongratz 1967 p. 29). Ihre Teile lokalisiert Platon in verschiedenen körperlichen Regionen: den begehrten Seelenteil im Leib, den mutartigen Teil in der Brust, das Vernünftige im Kopf.

Epikur vertritt in seiner Ethik die Auffassung, dass alles menschliche und tierische Leben vom Lust-Unlust-Prinzip bestimmt sei, jedes Individuum sucht Quellen der Lust auf und versucht Unlust zu vermeiden. Lust und Schmerz seien die einzigen Orientierungshilfen bei Handlungsentscheidungen. Der Verstand, der den Mensch vom Tier unterscheidet, ermöglichte es zusätzlich durch Erinnerung und Antizipation Entscheidungen zu beeinflussen, so dass zum Beispiel die Erfahrung dazu führe, auf eine unmittelbare Lust zu verzichten, um einer sich daraus ergebenden späteren Unlust zu entgehen. Glück und Gesund-

heit resultiert nach Epikur aus einem von praktischer Vernunft geleiteten Leben, das auf eine überwiegend positive Lust-Unlust-Bilanz ausgerichtet ist (Becker 1982, p.19).

Die griechische Gesundheits- und Krankheitsauffassungen beeinflussten auch das antike Rom. Zunächst wirkten im römischen Reich überwiegend nur griechische Ärzte. Der berühmteste Arzt der Methodikerschule war Soranos von Ephesos (um 100 n.Chr.). Sein Werk enthält als einziger erhaltener Text die Darstellung von Geisteskrankheiten, von denen hauptsächlich drei bekannt waren: (a) die Melancholie, (b) die Manie und (c) das Fieberdelirium. Soranus war stolz auf das Freisein seiner Annahmen von magischen Vorstellungen und sah psychische Krankheiten als rein körperliche Erscheinungen an. Auch die Benennung der Krankheiten zeigt einen rein somatischen Standpunkt an. So zählen auch die Hysterie (Krankheit des Uterus) und Hypochondrie (Krankheit unterhalb des Zwerchfells) gar nicht zu den seelischen Erkrankungen.

Während das Mittelalter (500-1500 n. Chr.) sind kaum bedeutende Neuerungen in den Gesundheitsauffassungen festzustellen. „Die mittelalterliche Medizin lässt sich in zwei Perioden einteilen. Die erste wird gewöhnlich die Periode der Mönchsmedizin genannt.“ Diese endet mit dem Konzil von Clermont 1130, das den Mönchen die Ausübung ärztlicher Tätigkeit untersagt. In dieser Zeit, aber auch im ausgehenden Mittelalter herrscht eine vom Christentum ausgehende Krankheitstheorie vor, die verglichen mit griechischen Auffassungen eher rückschrittlich wirkt: Krankheit, psychische wie physische, war entweder Strafe für Sünden, Besessenheit durch den Teufel oder Folge von Hexerei. Daraus folgten auch wieder magische Behandlungsformen: Gebet, Buße, Bitte und Beistand der Heiligen bis hin zu Teufelsaustreibungen. Heilung wurde als Wunder und Gesundheit als gottgegeben betrachtet. Es folgt die Periode der scholastischen Medizin, die nicht mehr in den Klöstern, sondern in den neugegründeten Universitäten gelehrt wurde, doch war diese Richtung letztlich nur eine Wiederentdeckung griechischer Annahmen, vermischt mit magischen Elementen, wie z.B. das Anrufen zahlreicher Heiliger.

Ansätze empirischer Methoden in der Medizin im 15. Jahrhundert konnten sich erst mit der beginnenden Neuzeit durchsetzen. Ein bedeutender Vertreter der Medizin während der Renaissance ist Paracelsus (1493-1541), für den Krankheiten auf chemischen Prozessen beruht: „Den menschlichen Körper betrachtet er als Art Alchimistenküche“. Mit Paracelsus beginnt die für die Neuzeit typische Forschung nach spezifischen Mitteln. Dabei sieht er aber Menschen als ganzheitliches Wesen, Leib und Seele bilden eine Einheit. Folglich setzte er sich für eine Behandlung psychischer Störungen mit psychologischen Mitteln wie

Beratung, Suggestion und Ermutigung ein (Becker 1982, p.27). Der psychische Gesundheitsbegriff des 17. Jahrhunderts ist stark durch zeitgenössische Philosophen geprägt, dies sind vor allem Descartes (1596-1659), Leibniz (1646-1716) und Spinoza (1632-1677).

Descartes entwickelte eine Zweisubstanzentheorie des Menschen. Er unterscheidet zwischen dem materiellen Körper (res extensa) und der geistigen Seele (res cogitans). Leib und Seele stehen durch kausale Wechselwirkung miteinander in Verbindung. Den Ort dieser Wechselwirkung vermutet er in der von ihm entdeckten Zirbeldrüse.

Leibniz beeinflusst die Medizin und die Psychologie durch seine Monadentheorie, die er dem Dualismus Descartes entgegensetzt. Die gesamte Wirklichkeit ist aus Monaden aufgebaut, die Wirklichkeit schließt die Seele mit ein. Spinozas „Ethik“ enthält eine Lehre von der Seele und damit eine Art „psychologischer Grundlegung“. Spinoza erkennt einen Zusammenhang zwischen seelischer Gesundheit bzw. Krankheit und richtiger bzw. falscher Lebensweise. Richtiges Leben bedeutet die optimale Verwirklichung der artspezifischen Natur, wozu ein Leben unter der Leitung der Vernunft und das Überwinden von Leidenschaften gehören. Ein solches Leben ist zugleich ein Leben in innerer Freiheit, in dem der Mensch handelt und etwas hervorbringt.

Das 18. Jahrhundert ist durch die Philosophie der Aufklärung beeinflusst (u.a. Kant, Rousseau). Die Philosophie verlegte ihr Interesse von der Beschäftigung mit dem Schicksal der Seele in einer anderen Welt auf die Verbesserungen der Bedingungen in dieser Welt. Die angewandten Wissenschaften standen im Vordergrund, auch erscheint zum ersten Mal der Begriff „Sozialwissenschaft“. Hatte seit Hippokrates das Klima einen entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit, so sind es jetzt die sozialen Bedingungen; so werden fortan auch soziale Schwierigkeiten im Leben wie Armut, Isolation etc. als Ursache für psychische Probleme erkannt. Die Erkenntnis, dass eine geistige Störung eine Krankheit ist, ermöglichte eine menschlichere Behandlung der Geisteskranken, die bis zu jener Zeit unter grausamen Bedingungen, oft unter Ketten, gehalten wurden“ (Ackerknecht 1986, p.122).

Stahl (1660-1734) unterscheidet erstmalig zwischen Geisteskrankheiten, die durch körperliche und die durch psychische Ursachen entstehen. Der Seele weist er eine bedeutende Rolle im Lebens- und Krankheitsgeschehen zu und behauptet einen wechselseitigen Einfluss von Körper auf die Seele und von der Seele auf den Körper. Im Verhalten erkennt er den Emotionen hohe Bedeutung zu, die fast allen Handlungen bestimmend mitwirken. Diese Entwicklung setzt sich im 19. Jahrhundert fort und ist fortan durch die systematische Ausbildung und Anwendung der Naturwissenschaften charakterisiert. Diese Zeit ist mit

vielen wichtigen Entdeckungen und berühmten Namen in der Medizin verbunden, um nur einige zu nennen: Charcot, Koch, Pasteur und Virchow. Die vielfältigen Erkenntnisse führen aber auch zu einer starken Spezialisierung innerhalb des Gesundheitswesens. Es entstehen erste Ansätze der Präventivmedizin, die sich vor allem in der Einführung von Hygienemaßnahmen zeigen. Doch neben der dominierenden somatischen Ausrichtung der Medizin gab es Neurologen und Psychiater, die sich der wissenschaftlichen Erforschung der Hypnose widmeten und dabei einer psychodynamischen Betrachtungsweise psychischer Störungen den Weg bereiteten.

Im 20. Jahrhundert nimmt die Zahl der wissenschaftlichen Entdeckungen weiter sprunghaft zu, wobei diese sich in der Medizin vor allem in der Chemotherapie vollziehen. Neben der zunehmenden Spezialisierung kommt es aber auch zu einer wachsenden interdisziplinären Zusammenarbeit. Psychische Gesundheit wird z.T. gemeinsam von Medizinern, Psychologen, Soziologen, Anthropologen, Biologen und Pädagogen erforscht. Wurde der Krankheits- bzw. Gesundheitsbegriff in der ersten Hälfte unseres Jahrhunderts durch das medizinische Gesundheitsmodell beherrscht, d.h. reine Symptomsicht mit vermuteten somatischen Ursachen, so ist, bedingt durch die Erkenntnisse der Sozialwissenschaften, eine Umorientierung zu beobachten, wodurch der heutige Krankheitsbegriff neben somatischen Ursachen auch psychische Faktoren für die Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer und somatischer Erkrankungen mit einbezieht. Verbunden mit dieser Umorientierung rückt auch psychische Gesundheit stärker in das Interesse des öffentlichen Gesundheitswesens. Dies drückt sich vor allem in der „mental-health“-Bewegung in der USA aus, die es sich zur Aufgabe machte, psychische Gesundheit zu erforschen und zu fördern. Hauptziele der „mental-health“-Bewegung sind die Förderung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung sowie die primäre Prävention psychischer Störungen (Becker 1980).

Definitionen psychischer Gesundheit

Da psychische Gesundheit Teil der gesamten Gesundheit ist, werden auch wichtige umfassende allgemeine Gesundheitsdefinitionen zitiert:

- Die WHO definiert Gesundheit als einen Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht bloß die Abwesenheit von Krankheiten und Gebrechen und verpflichtet damit jegliche Gesundheitspolitik, sich auf den Menschen in seiner psychophysischen Gesamtverfassung auszurichten. „Health is a state complete

physical, mental und social wellbeing and not merely the absence of disease or infirmity“ (Definition in der Präambel der Charta der WHO).

- „Gesundheit kann definiert werden als der Zustand optimaler Leistungsfähigkeit eines Individuums für die Erfüllung der Rollen und Aufgaben, für die es sozialisiert worden ist“ (Parsons 1967, p.71).
- „Gesundheit ist ein Zustand, in welchem alle Organe in so harmonischer Vollkommenheit funktionieren, dass die Erhaltung des Gesamtorganismus stets gesichert ist“ (Rößler 1919).
- „Gesundheit ist die Möglichkeit, die physischen und psychischen Anlagen voll auszuschöpfen, d.h. die Fähigkeit, den Körper optimal zu gebrauchen“ (Jervis 1987, p.29).
- „Gesundheit, lat. sanitas, der Zustand, in dem sich Lebewesen befinden, wenn all ihre Organe ungestört tätig sind und harmonisch zur Erhaltung ihres ganzen Wesens zusammenwirken ihre Fortpflanzung gewährleisten - im Gegensatz zu Krankheit“ (Brockhaus 1969, p.249).

Definitionen ausschließlich psychischer Gesundheit

- „Gesundheit heißt, niemals frei von den Konflikten der Vergangenheit sein, sondern Konflikte, die entstehen, nach den Bedingungen und Möglichkeiten der Gegenwart zu lösen und sich auf die Zukunft hin offen zu halten“ (Nedelmann 1981, p.66)
- Ein relativ überdauernder Zustand, in dem die Person wohl angepasst ist, Freude am Dasein empfindet und Selbstaktualisierung bzw. Selbstverwirklichung erreicht. Es ist ein positiver Zustand und nicht die bloße Abwesenheit einer seelischen Störung“ (English & English 1974, p.318).
- „Unter seelischer Gesundheit wollen wir das Muster all jener psychischer Eigenschaften (d.h. relativ stabile Kennzeichen des Verhaltens und Erlebens) verstehen, die (...) die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer psychischen Störung verringern“ (Becker 1982, p.282).

So sieht auch das öffentliche Gesundheitswesen im Hinblick auf das Sozialversicherungsgesetz offenbar Gesundheit ausreichend durch Krankheit definiert; denn es existiert lediglich folgende „Gebrauchsdefinition“, welche sich durch die Rechtsprechung herausgebildet hat und sich an § 1246 RVO anlehnt: „Krankheit ist ein regelwidriger körperlicher oder geistiger Zustand, dessen Eintritt entweder die Notwendigkeit der Heilbehandlung des

Versicherten oder lediglich seine Arbeitsunfähigkeit oder beides zugleich zur Folge hat“ (Schaefer & Blohmke 1978, p.389). Diese Formulierung dient wohl zur Einschränkung der Zuständigkeit der Krankenversicherung, hat aber sicher keinen Anspruch auf Allgemeingültigkeit; denn aus ihr würde in Umkehrung zu folgern sein: Wer keiner Heilbehandlung bedarf und arbeitsfähig ist, ist gesund!

Diese Schwierigkeiten bestehen verstärkt im Bereich der psychischen Gesundheit. Hier lässt sich kaum eine Grenze zwischen psychisch gesund und psychisch krank bestimmen. Die Psychoanalyse z.B. sieht nur einen quantitativen und keinen qualitativen Unterschied: „Gesunde hätten im Vergleich mit seelisch Kranken eine geringere Symptomatik, und ihnen sei ein genügendes Maß von Genuss- und Leistungsfähigkeit verblieben.

Zum Sportbegriff

Das Wort „Sport“, das hier verwendet wird, stammt aus dem Englischen und bedeutet nach Röthing (1983, p.339) eigentlich Zerstreuung, Vergnügen; Zeitvertreib und Spiel.

Sport in Form von Sportspielen und Wettkämpfen scheint schon in der Frühgeschichte existiert zu haben. Darauf weisen steinzeitliche Höhlenmalereien hin. Detaillierte Aussagen zum Sporttreiben sind aber erst seit der Antike möglich, da aus dieser Zeit hervorragende archäologische Befunde existieren, die sich auf Inschriften, Papyri, Münzen, Kunstwerke und nicht zuletzt auf die griechische und lateinische Literatur stützen. Explizite Annahmen zum Gesundheitssport entstehen um 400 v. Chr. in Griechenland mit dem Begriff der Gymnastik. Gymnastik bezeichnet zunächst alle körperlichen Übungen, für die die Alltagsbekleidung abgelegt werden musste (Kunz 1983a, p.152). Ihr Inhalt war über die Disziplinen der Athletik hinaus, deren Ziel die Höchstleistung war, eher Erziehung und Bildung, ebenfalls sollte sie der Gesundheit und dem Wohlbefinden dienen. Ab dem 4. Jahrhundert v. Chr. entwickelte sich neben der immer stärkeren Professionalisierung der Athletik eine Richtung der Gymnastik, die ausschließlich auf Gesundheit ausgerichtet ist. Im Gegensatz zu den Griechen hatte die Gymnastik bei den Römern eine ungleich geringere Bedeutung. So kannten sie z.B. keine systematische öffentliche Förderung der körperlichen Erziehung ihrer Jugend.

Hinweise zu Gesundheitsvorstellungen im Sporttreiben der Germanen finden sich nicht.

Im Mittelalter wirkte sich die religiös motivierte Leibfeindlichkeit dem Sporttreiben gegenüber negativ aus. Gesundheitliche Auffassungen werden bezüglich des Sporttreiben nicht vertreten.

In der beginnenden Neuzeit wandte sich die Wissenschaft während des Humanismus wieder der griechischen Literatur zu und kam damit auch zu einer positiveren Bewertung der Gymnastik, was allerdings ohne Einfluss auf die sportliche Praxis blieb.

Aber erst in der Periode der Aufklärung begann sich eine deutlich positivere Wertung des Sporttreibens durchzusetzen. Es entwickelte sich durch die Theorie einer vernunft- und naturgemäßen Erziehung beeinflusste Pädagogik, in der auch physische Erziehung ihren Platz hatte. Auch die philanthropische Pädagogik, die mit Namen wie Gutsmuths und Basedow verbunden ist, schrieb Leibesübungen wie Laufen und Schwimmen neben Wirkungen auf die Physis auch Wirkungen auf die psychische Gesundheit zu, indem sie die Auffassung vertrat, dass „moralische Gesundheit und Kraft häufig das Resultat unserer physischen Gesundheit und Stärke ... ist“ und „moralische Auswüchse oft nichts als Folgen körperlicher Gebrechen“ sind (Goedel & Begov 1973, p.50).

Diese Ansätze können als Wegbereiter der modernen Sportpädagogik betrachtet werden. Weitere Anstöße erhielt sie durch Pestalozzi, der mit der beginnenden Industrialisierung und Verstädterung auch eine körperliche Verwahrlosung der unteren Schichten feststellte und eine neue Pädagogik forderte, die mehr kraftbildend als wissensbereichernd der Entwicklung physischer Leistungsfähigkeit und Kraft dienen sollte. Bezogen auf Gesundheit steht bei diesen pädagogischen Bestrebungen zweifellos physische Leistungsfähigkeit im Vordergrund. Aber auch die von Locke und Gutsmuths beschriebenen charakterbildenden Elemente des Sports werden in der Folgezeit zunehmend verfolgt z.B. in den Zielen der Olympischen Spiele, die von Coubertin 1896 wieder eingeführt wurden.

Als proklamiertes Ziel des Sporttreibens in der Zeit des Nationalsozialismus galt die Volksgesundheit: Ein weiteres Ziel der körperlichen Ertüchtigung war u.a. Charakterbildung. Auch der organisierte Freizeitsport „Kraft durch Freude“ sollte durch seinen spielerischen Charakter „optimistische Persönlichkeiten“ schaffen. Wenn auch physische und psychische „Volksgesundheit“ als Ziel genannt wurde, stand hier doch sicher Wehrtüchtigung im Vordergrund.

Nach dem 2. Weltkrieg entwickelte sich im Zuge zunehmender Freizeit, aber auch parallel zur allgemeinen bewegungsarmen Arbeitswelt der Freizeit- und Breitensport, der zum ei-

nen als Ausgleichs- oder Erholungssport dienen soll, zum anderen aber auch als Spiel, Freude, Geselligkeit und Selbstverwirklichung verstanden wird.

Dieser Überblick verdeutlicht, dass Sporttreiben zum Zwecke physischer als auch psychischer Gesundheit eine Idee des antiken Griechenlands ist, eine Idee, die mit der griechischen Antike untergeht und erst mit der beginnenden Neuzeit wiederentdeckt wird. Seitdem werden dem Sporttreiben beharrlich gesundheitsfördernde Aspekte auf Physis und Psyche zugesprochen.

Definitionen zum Sportbegriff

Die Diskussion in der Sportwissenschaft verdeutlicht, dass auch Sport, ebenso wie psychische Gesundheit, aus unterschiedlichen Blickwinkeln sehr unterschiedlich betrachtet wird. Beispielhaft seien folgende Definitionen angeführt:

- „Sport (engl.), Sammelbezeichnung für die an spielerischer Selbstentfaltung (Spiel) und am Leistungsstreben orientierten Formen menschlicher Betätigung, die der körperlichen und geistigen Beweglichkeit dienen, besonders auf dem Gebiet der Leibesübungen. Diese Tätigkeiten, die in den meisten Fällen um ihrer selbst willen und aus Freude an der Überwindung von Schwierigkeiten ausgeübt werden, sind gewöhnlich regelgebunden und werden im freiwilligen Wettkampf und in eigens dafür bestimmten Organisationsformen gepflegt. Die spielerische Bewegung zur Selbststeigerung ohne Wettkampfstreben entfaltet sich zumeist individuell und unorganisiert“ (Brockhaus, 17. Aufl. 1973).
- „Sport ist jene Form der Leibes- (Körper)übung, die vorwiegend durch das Streben nach Leistung, nach individuellem oder mannschaftlichem Leistungsvergleich und durch zu diesem Zweck konventionell vereinbarte beziehungsweise normierte Ausführung und Bewertung gekennzeichnet ist“ (Tscherne 1971, p.26).
- „Sport ist durch folgende konstitutive Variablen definiert: Sport ist körperliche Bewegung; Sport unterliegt dem Leistungsprinzip; Sport ist durch soziale Normen geregelt; Sport ist unproduktiv“ (Heinemann 1980, p.32)
- „Sport verstehen wir als willentliche Selbstbewegung des menschlichen Körpers, die bedürfnisorientiert, freudebetont, körperzentriert, die Leistungsgrenzen verschiebend, von sportspezifischen Werten, Zielen, Normen und Sanktionen geleitet, mehr oder weniger am Leistungs- und Lustprinzip ausgerichtet, bewusst Schwierigkeiten schafft und deren Überwindung anstrebt“ (Voigt 1992, p.144)

Als Folge dieser Schwierigkeiten verzichtet das „Sportwissenschaftliche Lexikon“ gänzlich auf eine Definition: „Aufgrund des großen Bedeutungsgehaltes in der Umgangssprache ist eine präzise Abgrenzung des Begriffes nicht möglich“ (Röthing 1983, p.338).

Ansatz von Heinemann

- Sport ist körperliche Bewegung, d.h. körperliche Fähigkeiten und Fertigkeiten in der Motorik, der Kraft, der Ausdauer und der Schnelligkeit. Sport ist eine besondere Form des

Umgangs mit dem Körper und des Zugangs zum Körper. In dieser Form des Umgangs mit dem Körper können spezifische Bewegungen geübt und gelernt werden.

- Sport ist leistungsbezogen, d.h. es ist historisch geformt und unterliegt sowohl gesellschaftlicher als auch individueller Bewertung.
- Sport unterliegt sozialen Regeln, d.h. Sport ist eine spezifische sozial organisierte Form des Umgangs mit dem Körper in Bezug auf Festlegung des Zieles, zulässige Mittel, Regeldefinition und Sportethos.
- Sport ist unproduktiv, d.h. Sport wird von Arbeit und Kunst abgegrenzt. Im Sport wird kein Produkt hergestellt und kein Kunstwerk geschaffen.

Der Ansatz von Kurz

Angesichts der Vielfalt des Sports kommt Kurz (1983) zu einer ordnenden Beschreibung von Sport unter fünf Gesichtspunkten, die auch die drei Aspekte sportlicher Situationen verdeutlichen:

- Anforderungsprofil des Sport - Kraft und Schnelligkeit, Ausdauer, Gesamtkörperkoordination, Extremitätenkoordination, Strategie und Taktik.
- Umgebungsbedingungen des Sports - Geräte oder Fahrzeuge zur Fortbewegung des Sportlers, Geräte, die bewegt werden und Geräte an denen sich der Sportler bewegt, die Umgebung in der Sport getrieben wird.
- Handlungssituation des Sports - in offenen oder geschlossenen Situationen je nach Sportart und Situation.
- Sozialformen des Sports - das Miteinander und das Gegeneinander.
- Motive für das Sporttreiben - Bewegungsmotiv, ästhetisches Motiv, Gesundheitsmotiv, Leistungsmotiv, Spielmotiv, Anschlussmotiv.

Auf der Grundlage dieser fünf Gesichtspunkte ergibt sich eine Definition des Sports, die nach Kurz (1983, p.24-25) lautet: „Sport ist eine Sammelbezeichnung für menschliche Tätigkeiten, in denen es auf Kraft, Schnelligkeit, Ausdauer, Koordination und Taktik ankommen kann, in der die Aktiven sich selbst oder ein Objekt mit oder ohne Benutzung von Hilfsmitteln, Fahrzeugen oder ähnlichem, in natürlicher oder künstlicher Umgebung fortbewegen ... usw.

Sport und psychische Gesundheit - Zusammenfassung

Es konnte gezeigt werden, dass sowohl in der Geschichte des Sports als auch der Gesundheit immer wieder Aussagen zu finden sind, die dem Sporttreiben positive Auswirkungen auf die Gesundheit allgemein und auf die psychische Gesundheit im Speziellen zusprechen. Indiz dafür ist die Bekanntheit des ständig zitierten Satzes: „mens sana in corpore sano“, der bei großen Teilen der Bevölkerung auch ohne Lateinkenntnisse in seiner Bedeutung bekannt ist.

Aussagen wie „entscheidende Voraussetzungen für eine gesunde körperliche und geistig-seelische Entwicklung des Kindes sind Bewegung und Spiel“ (Hellbrügge 1967, p.325) oder „sportliche Betätigung mit entsprechender Intensität, Dauer und Häufigkeit ... fördere die Entwicklung physischer und psychischer Qualitäten (Prof. Erbach) und die in der Einleitung zitierten weiteren behaupteten Wirkungen des Sporttreibens auf den Schulsport, Freizeitsport, Rehabilitationssport, Betriebssport und auf gesundheitsfördernde Projekte, wie sie in den USA im großen Umfang erprobt werden.

Kraus, F.: Sporttreiben und psychische Gesundheit

Literaturanalyse zum Zusammenhang zwischen Sport und psychischer Gesundheit

Existiert der gerade behauptete Zusammenhang zwischen Sporttreiben und psychischer Gesundheit, zwischen einem gesunden Geist und einem gesunden Körper? Und fall ja, welche Kausalität steckt in diesem Zusammenhang? Bedingt Sporttreiben psychische Gesundheit oder führt eher psychische Gesundheit zum Sporttreiben? Um die aus diesen Fragen abgeleiteten Hypothesen:

- Der Zusammenhang zwischen Sport und psychischer Gesundheit ist positiv und überzufällig.
- Sporttreiben verändert variablen psychischer Gesundheit positiv.

Beschreibung der „Literaturstichprobe“ (n = 453)

In der Literaturstichprobe wurden ausschließlich wissenschaftliche Publikationen aus den Bereichen Sportwissenschaft, Psychologie und Medizin aufgenommen. 38 der Veröffentlichungen entfallen auf Monographien, Kongressberichte und Manuskripte, 415 auf Zeit-

schriftenartikel. Die gesamten Veröffentlichungen wurden zweigeteilt: in rein theoretische Arbeiten und in empirische Arbeiten.

Theoretische Arbeiten

Ein großer Teil dieser Arbeiten befasst sich mit klinischen Fragestellungen, hier vor allem mit der Wirkung des Sporttreibens innerhalb der Depressionstherapie, wobei unter Sporttreiben fast ausschließlich Formen des Ausdauertrainings und dabei vor allem das Jogging betrachtet werden. Einen ausgezeichneten Überblick zu diesem Forschungsgegenstand in der Depressionstherapie liefert Schwenkmezger (1985). Er unterscheidet physiologische und psychologische Erklärungsversuche:

- Auf physiologischer Ebene werden die Katecholamin-Hypothese und die Endorphin-Hypothese zur Erklärung herangezogen. Erstere besagt, dass ein Mangel an Katecholaminen häufig in Verbindung mit Depression steht. Da ein ausgiebiges Ausdauertraining die Konzentration biogener Amine (zu denen auch die Katecholamine gehören) erhöht, folgern Butler et al. (1982) und Ransford (1982), dass Ausdauertraining Depression abbauen kann. Die erst in den letzten Jahren bekannt gewordene „brain-endorphin-Hypothese“ (Stein & Beluzzi, 1978) führt Depression auf einen Mangel an körpereigenen opiatähnlichen Substanzen (den Endorphinen) im Zentralnervensystem zurück. Zur Erhärtung dieser These werden auch meist populärwissenschaftliche Berichte über euphorische Zustände bei einigen Marathon- und Ultralangstreckenläufern (runner's high) herangezogen.
- Das verhaltenstheoretische Modell von Lewinsohns (1974) leitet die Verbesserung depressiver Symptome durch Laufen ab. Zum einen wird die Verbesserung über die objektive Verbesserung des physischen Zustandes, wodurch auch körperliches und psychisches Wohlbefinden verbessert wird, erklärt, zum anderen wird die Selbstachtung der Läufer gesteigert, indem der Körper beim Laufen zunehmend größere Anstrengung bewältigen kann, was ein Gefühl des Erfolges und der Vervollkommnung erzeugt.
- Kognitionstheoretische Modelle sind vor allem durch die Theorie der „erlernten Hilflosigkeit“ von Seligman (1975) beeinflusst. Sie besagt, dass die Bewältigung einer Laufdistanz positiv verstärkend wirkt und vor allem als von eigenem Handeln abhängig erlebt wird, was der „erlernten Hilflosigkeit“ entgegenwirkt.
- Ein die hier aufgeführten Theorien integrierendes Modell entwickelte Bosscher (1985). In diesem Modell kommen Elemente der revidierten Theorie der erlernten Hilflosigkeit

(Abramson et al. 1978), der Theorie der Selbstwirksamkeit Banduras (1977) und der Attribuierungstheorien zum Tragen.

- Noradrenalin- und Adrenalin-Hypothese, die als elaborierte Annahme vor allem zur Erklärung veränderter Stimmungslagen herangezogen wird. Nach Bösel (1981) wird durch sportliche Betätigung das Nebennierenmark zu vermehrter Noradrenalin- und Adrenalinproduktion angeregt, vermehrtes Noradrenalin hebt die Stimmung und Adrenalin erhöht die Konzentrationsfähigkeit, und beides kann subjektiv als Erregtheit empfunden werden.

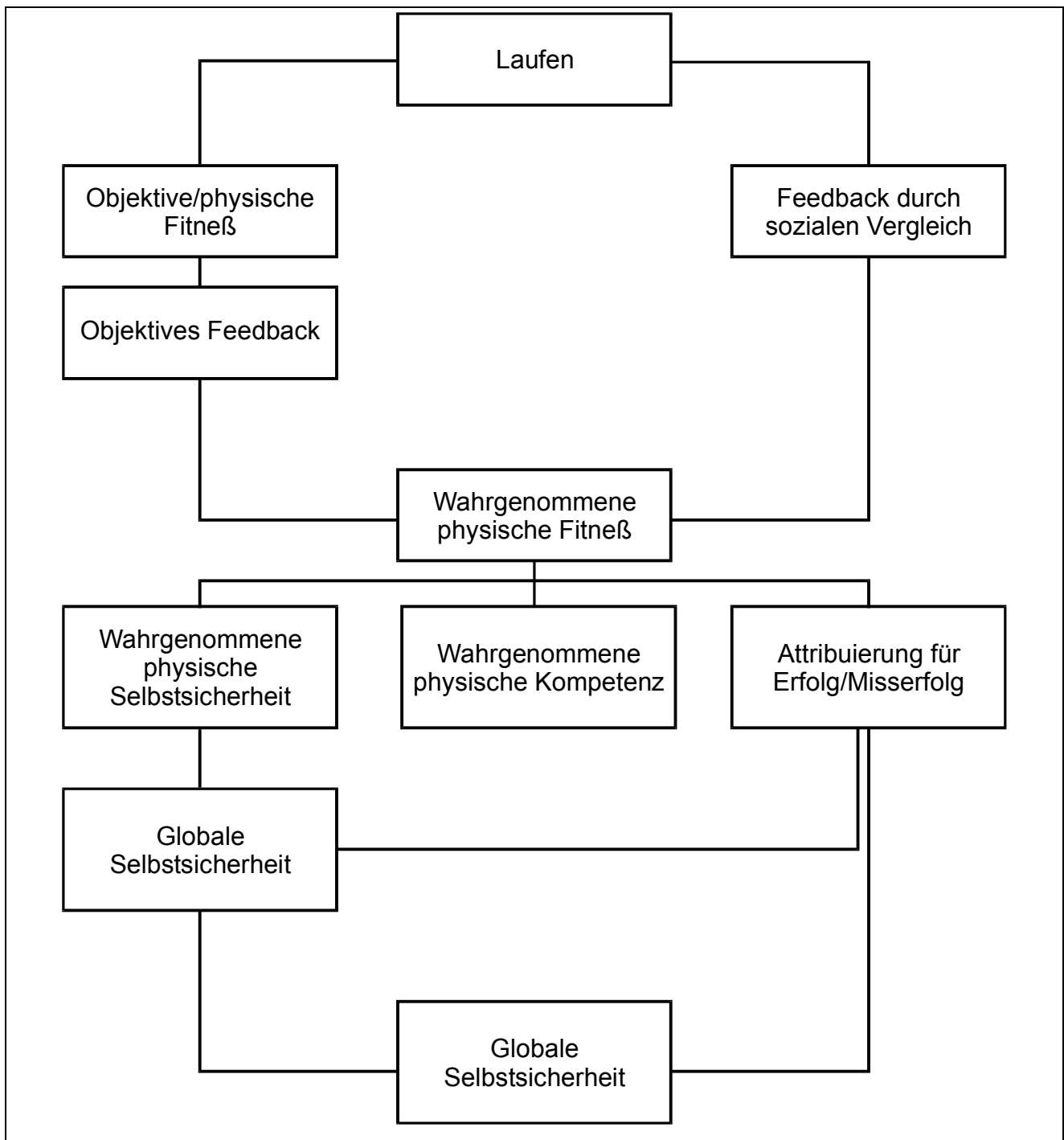


Abbildung 1: Ein hypothetisches Modell zur Beziehung zwischen Laufen und Depression (nach Bosscher 1985).

- Auch auf der psychologischen Ebene finden sich weitere Erklärungsansätze. Eine Hypothese geht davon aus, dass durch körperliche Betätigung von angsterzeugenden Gedanken abgelenkt wird, wodurch für das betreffende Individuum das Wohlbefinden gesteigert wird (Morgan, 1979; Selye, 1976).

- Ismail & Trachtman (1973) ziehen die locus of control Theorie heran und vermuten, dass Sporttreiben ein Gefühl der Kontrolle über sich selbst und ihre Umwelt entwickeln. Kontrollgewinn erzeuge Wohlbefinden, verändere das Selbstkonzept und verringere Ängste.
- Kognitiv orientiertes Modell nach Lazarus (1975): Nach diesem Modell verbessert sportliches Training die Fähigkeit eines Individuums, sich an die Umwelt besser anzupassen und die Anforderungen der Umwelt zu bewältigen. Verbessertes Bewältigungsverhalten ist auch hilfreich bei der Regulierung von Art und Ausmaß von Emotionen. So wird sportliches Training als eines unter vielen Selbstregulationsmechanismen zur Verminderung von psychischen und physischen Problemen verstanden.
- Somatopsychische Theorie von Harris: Sporttreiben verbessert die Körperwahrnehmung und das Körperbewusstsein, dies führt dann zu einer positiveren Selbstbewertung und damit langfristig zu einer Veränderung des Selbstkonzeptes. Die Freude an der Bewegung durch die erlangte Kontrolle des Körpers und Befriedigung durch die Ausführung ästhetischer Bewegungen sind Erfahrungen, die beim Sporttreiben ein Gefühl der Freude, der Genugtuung und damit psychisches Wohlbefinden auslösen.

Zusammenfassung

Abschließend muss für die Mehrzahl der in der vorliegenden Arbeit analysierten Untersuchungen ihre mangelnde Theoriegeleitetheit beklagt werden. So stellt z.B. Schwenkmezger (1985) zum Ausdauertraining bezüglich der Depression fest: „Zwar werden den empirischen Befunden manchmal theoretische Modelle vorangestellt, doch werden sie nur zur Begründung globaler Effekte herangezogen, während die differenzierte Hypothesenbildung ausbleibt“ (p.129).

Die analysierten Arbeiten wurden drei Hypothesenformen zugeordnet: Zusammenhangshypothesen, Unterschiedshypothesen und Veränderungshypothesen. Dies diente zum einen der Ordnung der 227 empirischen Arbeiten, zum anderen aber vor allem der schrittweisen Überprüfung der beiden Forschungshypothesen der vorliegenden Arbeit.

In den Untersuchungen zu den Zusammenhangshypothesen werden die Ergebnisse im Hinblick auf die Hypothese, ob ein positiver Zusammenhang zwischen Sporttreiben und Variablen psychischer Gesundheit besteht, analysiert. Unter den 44 in diesem Zusammenhang untersuchten Arbeiten wird in 24 ein positiver Zusammenhang zwischen vielfältigen Formen des Sporttreibens (z.B. Joggen, Fußballspielen, Tanzen) und Indikatoren

psychischer Gesundheit innerhalb von Persönlichkeitsvariablen (z.B. emotionale Stabilität, Extraversion, niedrige Depressivität und Internalität) festgestellt. In zwölf weiteren Arbeiten wird von einer positiven Korrelation zwischen Sporttreiben und Indikatoren psychischer Gesundheit aus weiteren psychischen Bereichen (z.B. Sexualität, Selbstkonzept und Wohlbefinden) berichtet. Allerdings ist in keiner der Untersuchungen die Repräsentativität ihrer Stichproben gewährleistet, so dass die berichteten Zusammenhänge nur für die jeweiligen Stichproben gelten. Dennoch erscheint mir eine vorsichtige Verallgemeinerung der Ergebnisse möglich, da durch die vielen unterschiedlichen Untersuchungen auch eine sehr breite Streuung physisch aktiver Populationen in die Analyse einging. So bestätigt die hier vorgelegte Literaturanalyse m.E. die Hypothese:

Es besteht ein mäßiger positiver Zusammenhang zwischen Sporttreiben und psychischer Gesundheit.

Auch die Ergebnisse der 72 Untersuchungen zu den Unterschiedshypothesen wurden hinsichtlich der genannten Hypothese analysiert. Hier weisen die Ergebnisse von 46 der 53 Studien, die den Unterschied zwischen Sporttreibenden und Sportabstinenten untersuchten, höhere Werte in den Indikatoren für psychische Gesundheit zugunsten der Sporttreibenden auf. Allerdings sind darunter nur 28 Untersuchungen die Unterschiede interferenzstatistisch abgesichert. Höhere Mittelwerte zeigen die sportlich Aktiveren in der emotionalen Stabilität, Extraversion, Dominanz und Internalität; niedrigere Mittelwerte weisen sie in Depressivität und Ängstlichkeit auf. Zudem weisen Sporttreibende ein erfolgreicherer Arbeitsverhalten auf, sind zufriedener und äußern stärkeres Wohlbefinden. In der Tendenz zeigen sich ebenso unter diesen Untersuchungen ein psychisch „gesünderes Profil“ in Variablen der Persönlichkeit, des Verhaltens und des Erlebens zugunsten der Sporttreibenden. So kann vorsichtig auch hier verallgemeinert die folgende Hypothese als gestützt angesehen werden:

Es besteht zugunsten der Sporttreibenden ein Unterschied in Variablen psychischer Gesundheit zwischen Sporttreibenden und Sportabstinenten.

Die Hypothese „Sporttreiben verändert Variablen psychischer Gesundheit positiv“ ist die zentrale Frage des letzten Untersuchungsbereiches. Die 111 hier zugeordneten Studien untersuchen die Veränderungen psychischer Variablen nach sportlicher Aktivität. Einbezogen werden Bewegungsprogramme, Schulsport, Jogging, Konditionstraining, Gymnastik, Ballspiele, Reiten Turnen, Tanzen, Schwimmen bis hin zu Eiskunstlaufen etc.; der Schwerpunkt liegt eindeutig bei ausdauerorientierten Sportarten.

In 89 dieser Untersuchungen wird eine positive Veränderung von Indikatoren psychischer Gesundheit festgestellt. Solche Veränderungen treten in Variablen der Persönlichkeit wie emotionale Stabilität, Extraversion, Depressivität und Dominanz auf, in kognitiven Bereichen wie Intelligenz und Merkfähigkeit, im Selbstkonzept und in Kontrollüberzeugungen, im Verhalten und in der Befindlichkeit. Allerdings sind nur 68 dieser Veränderungen als signifikant ausgewiesen, damit berichten aber immerhin noch 62,3 % der analysierten Untersuchungen von statistisch bedeutsamen Veränderungen. Dennoch stützen die Fülle der Ergebnisse und die Streuung der untersuchten Populationen, sowohl des Sports als auch der Probanden, m.E. die Hypothese:

Sporttreiben verändert psychische Gesundheit positiv.

Lediglich die häufig methodischen Mängel in der Untersuchungsdurchführung und die beschriebenen unzulängliche Theoriegeleitetheit der analysierten Untersuchungen verhindern letztlich eine sichere Verifizierung dieser Hypothese. Doch die bereits existierende empirische Evidenz weist deutlich darauf hin, dass weitere methodisch aufwendige Untersuchungen im Rahmen einer sportspezifischen Theorie psychischer Gesundheit einen sicheren Nachweis für psychische Gesundheit fördernde Aspekte des Sporttreibens liefern werden.

Das salutogenetische Gesundheitsmodell Antonovskys

Antonovsky (1979) stellt das derzeit am weitesten entwickelte Gesundheitsmodell vor. Dieses Modell besitzt m.E. einen sehr integrativen Wert bezüglich der bereits vorgestellten Theorien und wird hier deshalb ausführlicher referiert. Zunächst werden seine grundsätzlichen Überlegungen zu Gesundheit und Krankheit dargestellt, dann die Entwicklung eines Kontinuum-Modelles der Gesundheit vs. Krankheit, und schließlich das salutogenetische Gesundheitsmodell.

Gesundheit und Krankheit

Im Vordergrund seiner Überlegungen steht für Antonovsky (1979) zwei gleichrangige, aber gegensätzliche Fragen:

- Weshalb bekommt ein Individuum eine ganz bestimmte Krankheit, z.B. Krebs oder eine manische Psychose?

Dies ist die Frage nach der Pathogenese und bislang die in der Medizin und klinischen Psychologie überwiegend erforschte Frage. Die zweite Fragestellung, für die Antonovsky den Begriff der „Salutogenese“ (salutogenesis, 1979, p.13) geprägt hat, ist für ihn die interessantere:

- Weshalb bewahrt ein Individuum trotz einer Vielzahl pathogener Faktoren seine Gesundheit?

Die Beantwortung der Frage, weshalb jemand trotzdem gesund bleibt, soll zu neuen Einsichten über die Natur der Gesundheit und der Krankheit führen, woraus sich dann neue Erkenntnisse für die Therapie, aber vor allem auch für die Prävention von Krankheiten ableiten lassen. Mit dem salutogenetischen Gesundheitsmodell versucht Antonovsky der Antwort auf diese zweite Frage näher zu kommen. Zunächst setzt er sich mit der gebräuchlichen Dichotomie „gesund - krank“ kritisch auseinander. Diese in der Medizin vorherrschende Paradigma teilt die Menschheit in Patienten und Nicht-Patienten ein. Vor allem nützt diese Einteilung dem öffentlichen Gesundheitswesen, denn so ist per Definition die Verantwortung für den „Gesunden“ (Nicht-Patienten) ausgeschlossen und auf der anderen Seite die Zuständigkeit für die „Kranken“ (Patienten) gesichert. Der Mensch mit seinen psychischen, sozialen und kulturellen Bedürfnissen kommt in diesem Modell zunächst einmal nicht vor.

Ein Kontinuummodell zur Beschreibung von Gesundheit vs. Krankheit

Ausgehend von der salutogenetischen Fragestellung entwickelte Antonovsky ein Kontinuummodell, das ihm zur Beschreibung von Gesundheit bzw. Krankheit angemessen erscheint. Danach ist ein Mensch nicht entweder gesund oder krank, sondern mehr oder weniger gesund oder mehr oder weniger krank. „zwischen dem eindeutig Gesunden und eindeutig Kranken wird ein immer größeres Niemandsland entstehen (Lohmann 1978, p.73). Der korrekte Terminus für das Gesundheitskontinuum bei Antonovsky ist „Health ease/disease continuum“ (p.57), wobei er besonderen Wert auf disease (im Sinne gestörter Gesundheit) anstelle von disease (Krankheit) legt, um die salutogenetische Priorität seines Denkens zu unterstreichen. Eine bestimmte Lokalisation auf diesem Kontinuum bedeutet für ein Individuum einen gesundheitlichen Zusammenbruch, damit bricht die Krankheit aus, doch jeder Punkt zwischen diesem speziellen und dem Gesundheitspol des Kontinuums wird noch als gesund bezeichnet, mit mehr oder weniger vorhandenen mögli-

chen leichten Beeinträchtigungen; jenseits dieses Punktes in Richtung auf den Krankheitspol sind die zunehmend stärkeren Krankheitszustände mit dem damit verbundenen stärkeren Zusammenbruch der Organsysteme einschließlich mental-psychischer Prozesse platziert. Natürlich gibt diese Lokalisation nur einen auf den Zeitpunkt bezogenen stets veränderlichen Zustand an, Gesundheit und Krankheit werden dynamisch konzipiert. Die Position einer Person auf dem Zusammenbruchsprofil bestimmt sich so aus ihrer Lokalisation auf diesen vier unterschiedlichen Dimensionen.

- a) Die erste Dimension (pain) kann als Schmerzdimension bezeichnet werden, hier ist die Position abhängig vom Vorhandensein oder Fehlen von mehr oder weniger starken Schmerzen. Unter Schmerzen versteht Antonovsky hier nur solche, die die betreffende Person subjektiv mit gesundheitlicher Beeinträchtigung verbindet und nicht den umgangssprachlich Weiten gebracht dieses Wortes. Obwohl das Phänomen Schmerz aus medizinischer Sicht nur schwer eindeutig zu definieren ist, ist für jeden, gleichgültig welcher Sprachkultur er angehört, der Satz „es tut weh“ eindeutig verstehbar.
- b) Die zweite Dimension (functional limitation) kann am ehesten als funktionale Beeinträchtigung übersetzt werden, worunter das Fehlen vs. Vorhandensein von Beeinträchtigungen der für das betreffende Individuum angemessenen Lebensaktivitäten zu verstehen ist. Dies ist eher eine soziologische Dimension, die auf Gesundheit bezogen eine wichtige gesellschaftliche Bedeutung hat. Unabhängig davon in welcher Kultur Menschen über Krankheit reden, immer ist darin impliziert eine Einschränkung der als angemessen angesehenen Rollenerfüllung enthalten. Daraus resultierend wird aber auch derjenige, der von der Gesellschaft als krank eingestuft wird, entschuldigt, wenn er normative Erwartungen nicht erfüllt.
- c) Antonovskys dritte Dimension (Prognostic implication) beinhaltet die Prognose eines oder mehrerer Gesundheitsexperten über den Gesundheitszustand eines Individuums, der mehr oder weniger günstig oder ungünstig ausfallen kann. Diese Experten sind in unserer Kultur überwiegend Ärzte, zum Teil auch Psychologen, in anderen Kulturen sind es vielleicht Medizinmänner, Häuptlinge oder ähnliches. Mit dieser Dimension will Antonovsky in das Kontinuum ausdrücklich professionelles Wissen einfügen
- d) Die vierte Dimension (action implication) schließlich bildet sich aus der mehr oder weniger aufwendigen kurativen oder präventiven Behandlungsmaßnahmen, die wiederum nach der Meinung der Gesundheitsexperten im jeweiligen Fall notwendig sind. Sie beschreibt die Stärke des Behandlungsbedarfs.

Das salutogenetische Gesundheitsmodell

Die Salutogenese und die Pathogenese werden in diesem Modell zu einem nicht unerheblichen Teil durch den Umgang mit Stress bestimmt. Dies ist bei Antonovsky ein komplexes System, bestehend aus Stressoren, Spannungszuständen, erfolgreicher oder erfolgloser Spannungsbewältigung und schließlich dem eigentlichen Stresszustand. In der theoretischen Analyse ist Antonovsky dabei stark von Selye (1956, 1975), Lazarus (1966, 1971), Lazarus & Cohen (1977) und Dubos (1965) beeinflusst.

Die Bedeutung von Stressoren und Stress im salutogenetischen Gesundheitsmodell

In seiner Betrachtungsweise ist die Entwicklung von Stressoren auf ein Individuum von Bedeutung. Diese können sowohl externale als auch internale Ursachen haben und kommen in vielfältigster Form vor, wobei Antonovsky sich bemüht, Stressoren möglichst umfassend und dabei objektiv zu definieren. Dabei erscheint mir vor allem die Unterscheidung zwischen Stressoren und anderen Stimuli (Reizen) wichtig. Letztere sind vor allem solche Reize, auf die der Organismus mehr oder weniger automatisch reagiert und ohne Schwierigkeit bei seiner Auslenkung aus der Homöostase wieder in die Balance zurückkehren kann. Anders bei der Einwirkung von Stressoren, auf die nur mit zusätzlichem Energieaufwand und nicht automatisch reagiert wird. Das Homöostase-Prinzip besteht aus Balance erhaltenden und Balance wiederherstellenden Mechanismen, die von Cannon (1929, 1939) nachgewiesen wurden und im Organismus Funktionen wie Körpertemperatur, Blutdruck, Blutspiegel usw. regulieren. Dieses sehr unterschiedliche Reagieren auf Stressoren - neben den physikalischen und biochemischen existieren natürlich auch die unübersehbare Zahl der psychosozialen Stressoren wie, z.B. Konflikte im Sozialgefüge, in der Arbeitssituation, persönliche Verluste, Auswirkungen von Unfällen und Katastrophen usw.

Im Gegensatz zur häufig in der Literatur vertretenen Meinung, dass Stressoren unmittelbar einen Stresszustand bewirken, unterscheidet Antonovsky hier zwei Zustände: Spannung und Stress. Damit soll ausgedrückt werden, dass Spannung zunächst noch nicht Stress bedeuten muss. Die zunächst wertfrei definierten Stressoren erzeugen Spannung, die als angenehm oder schmerzhaft unangenehm, manchmal auch beides gleichzeitig, empfunden wird. Jeder setzt sich bewusst angenehmen Spannungszuständen aus, sei es

beim Besuch eines Tennisturniers, beim Krimi im Fernsehen oder bei Gesellschaftsspielen. Und offensichtlich sind solche Spannungszustände nicht gesundheitsschädlich, sondern zum Teil sogar Gesundheitsfördernd. Da Stress zumindest umgangssprachlich immer negativ aufgefasst wird, erscheint Antonovskys Unterteilung durchaus sinnvoll, die vor den Stress zunächst wertfreie Spannungszustände setzt.

Generalisierte Widerstandsquellen

Da jedes Individuum ständig einer Vielzahl allgegenwärtiger Stressoren ausgesetzt ist, dies ein Leben lang und jedes zumindest ab und zu Spannungszustände erfolgreich bewältigt, die einen mehr, die anderen weniger, müssen die einzelnen Individuen mit mehr oder weniger ausgeprägten Fähigkeiten zur Bewältigung ausgestattet sein.

Ebenso wie Frankl studierte Antonovsky Überlebende aus Konzentrationslagern in Israel, daneben Angehörige von Minoritätsgruppen und stieß dabei wieder auf Individuen, die einen hohen positiven Gesundheitszustand aufwiesen. Daraus leitete er die Bedeutung von individuellen generalisierten Bewältigungsmöglichkeiten ab. Antonovsky bezeichnet diese als generalisierte Widerstandsquellen. Er definiert eine solche Widerstandsquelle (GGR) als jene Eigenschaft einer Person oder einer Gruppe oder auch der Umwelt, die eine erfolgreiche Spannungsbewältigung ermöglicht. Unter den physikalischen und biochemischen GGR's führt Antonovsky immunologische Abwehrkräfte und vor allem die erstaunliche menschliche Adaptationsfähigkeit auf. Antonovsky hält es für unnötig und unmöglich, die gesamte psychologische Literatur anzuführen, die vorhanden ist, um die Bedeutung intrapersonaler kognitiver und emotionaler GGR's zu belegen. Er beschränkt die Diskussion auf zwei herausragende Widerstandsquellen: Wissen-Intelligenz und Ich-Identität.

- a) Wissen-Intelligenz wird sehr weit gefasst, als die Anhäufung von Informationen über die Realität der Welt sowie die Fähigkeiten, die es ermöglichen dieses Wissen anzuwenden. Diese GRR's sind signifikant an der Stressbewältigung beteiligt, z.B. haben sie sicherlich starken Einfluss auf das aktive Gesundheitsverhalten.
- b) Ich-Identität wird als das angesammelte Vertrauen darauf, dass der Einheitlichkeit und Kontinuität, die man in den Augen anderer hat, eine Fähigkeit entspricht, eine innere Einheitlichkeit und Kontinuität aufrechtzuerhalten beschreibt. In der Literatur wird Ich-Identität häufig mit Ich-Stärke, mit einem positiven Selbstkonzept oder mit einem positiven Selbstwertgefühl gleichgesetzt.
- c) Mit dem Begriff „valuative-attitudinal GRR's" umschreibt Antonovsky die individuellen Bewältigungsstile im Umgang mit Stressoren. Er beschreibt vor allem die Muster alternativer Bewältigungsstrategien, berücksichtigt dabei aber, dass Bewältigungsstrategien stets sowohl vom kulturellen als auch vom spezifisch situativen

Kontext abhängen. Als generalisierte Widerstandsquellen gelten danach nur solche Bewältigungsstrategien, die drei situationsunabhängige Charakteristika in starker Ausprägung enthalten: Rationalität, Flexibilität und Umsicht. Rationalität ist die Fähigkeit zur exakten und objektiven Beurteilung, inwieweit ein Stressor tatsächlich bedrohlich ist. Flexibilität beschreibt die Verfügbarkeit vielfältiger möglicher Pläne und Taktiken und beinhaltet auch die Fähigkeit und den Willen, diese abzuwägen. Umsichtigkeit ist mit den beiden vorangegangenen Eigenschaften eng verbunden, geht aber über diese hinaus, indem mögliche Reaktionen der äußeren und inneren Umwelt auf die geplanten Strategien antizipiert werden.

- d) Im weiten Feld der sozialen Einbindung und sozialen Unterstützungssysteme sind weitere Widerstandsquellen angesiedelt. Wichtig ist dabei aber nicht nur die Häufigkeit der Sozialkontakte, sondern auch deren Qualität, die sich nach Antonovsky vor allem in der Bindungsfestigkeit im Gegensatz zur Entfremdung, auszeichnet. Somit fungiert das Eingehen von Bindungen als weitere GRR.
- e) Die „macrosociocultural GRR's „ schließlich sind die Antworten auf Anforderungen, die eine Kultur oder Gesellschaft bereithält. Hierunter zählen gesellschaftliche Rollen und Normen, Resultate aus der Wissenschaft, ebenso die Religion, Philosophien und Ideologien.

Die hier aufgelisteten GRR's, die sicher nicht vollständig sind, befähigen ein Individuum, das diese GRR's besitzt, entweder Stressoren zu vermeiden oder die durch Stressoren erzeugte Spannung zu lösen oder beides. Es müssen nicht sämtliche GRR's vorhanden sein und eine GRR kann durch andere kompensiert werden. Aber das Fehlen einer GRR kann auch als Stressor wirken. Das einfachste Beispiel ist das Fehlen von Geld: Sich in solcher Situation zu befinden bedeutet häufig direkte unmittelbare Spannung. Nicht nur, dass ein momentanes Bedürfnis wie Hunger oder Durst nicht bewältigt werden kann, sondern auch das Wissen, keinen Pfennig in der Tasche zu haben, kann Angst hervorrufen. Das Vorhandensein der GRR's ist abhängig vom soziokulturellen Kontext, von familiären Bindungen und z.T. sicher auch vom Zufall; so sind z.B. genetische und konstitutionelle generalisierte Widerstandsquellen, die Antonovsky zu den materiellen GRR's zählt, dem Individuum von Geburt an mitgegeben, auch ob man reich oder arm geboren wird, ist zufallsbestimmt. Die weitere Ausformung, Stabilisierung oder Schwächung von GRR's aber ist von den Lebenser-

fahrungen abhängig und damit auch eng mit der Genese des „Kohärenzsinn“ verbunden.

Antonovskys „Kohärenzsinn“

Die zentrale vermittelnde Variable in Antonovskys Modell ist der „Kohärenzsinn“. Je stärker dieser Kohärenzsinn ist, d.h. je stärker ausgeprägt bei einem Individuum ein generalisiertes, überdauerndes und dynamisches Gefühl des Vertrauens in die Vorhersagbarkeit der inneren und äußeren Umwelt ist (diese Überzeugung muss auch realitätsbezogen sein) desto gesünder, bzw. weniger krankheitsanfällig ist dieses Individuum. In pathogenen Situationen, unter dem Einfluss endogener und exogener Stressoren, mobilisiert ein starker Kohärenzsinn die verfügbaren generalisierten Widerstandsquellen und ermöglicht erfolgreiches Bewältigungsverhalten im Umgang mit Stressoren. Wichtig ist hierbei Antonovskys Unterscheidung zwischen Spannungszustand und Stresszustand. Einerseits mobilisiert der Kohärenzsinn die GRR's, andererseits beeinflussen die zur Verfügung stehenden GRR's auch den Kohärenzsinn, da dieser von den jeweiligen speziellen Lebenserfahrungen abhängig ist.

Dieses Konzept wird nicht nur in der Kindheit gebildet, sondern lebenslang geformt, überprüft, verstärkt und modifiziert. In Übereinstimmung mit Engel & Schmale (1972) haben Erziehungsstile einen wesentlichen Einfluss auf den Kohärenzsinn, solche Erziehungsbedingungen, die Autonomie und Fähigkeiten belohnen, Rückzugstendenzen nur in adäquaten Situationen verstärken, und das Gegenteil von Bedingungen, die zum „Aufgebensyndrom“ sowie zur „erlernten Hilflosigkeit“ führen, bilden die besonders wichtigen Grundlagen für einen starken Kohärenzsinn (Antonovsky 1979, p.138-142).

Doch für die weitere Entwicklung (Stärkung vs. Schwächung) des Kohärenzsinn sind soziokulturelle Bedingungen und kulturhistorische Hintergründe äußerst bedeutsam, zumal die Erziehungsstile der Kindheit durch soziale Gegebenheiten beeinflusst werden. Besondere Bedeutung misst Antonovsky der Schichtzugehörigkeit und den damit verbundenen Arbeitsprozessen zu. Als überaus förderlich werden die Komplexität der Arbeit und ein hoher Autonomiegrad in der Arbeitssituation angesehen, doch schränkt Antonovsky ein, dass die Komplexität nicht übermächtig sein sollte; die Wahlmöglichkeiten müssen limitiert sein, die Zahl der beeinflussbaren Faktoren muss überschaubar bleiben und bezogen auf das Genannte sollten die Fähigkeiten des

Individuums am jeweiligen Arbeitsplatz so ausgebildet sein, dass es die Möglichkeit hat, die auftretenden Probleme meistens erfolgreich zu lösen. Nur wenn diese Bedingungen erfüllt werden, fördern Komplexität der Arbeit und Autonomie in dieser Arbeitssituation eine generalisierte Orientierung, durch die die innere und äußere Umwelt als verständlich und vorhersagbar wahrgenommen wird. Schichtspezifische Einflüsse werden auch ganz stark in den GRR's „materieller Wohlstand“ und „Wissen-Intelligenz“ deutlich; natürlich werden auch alle anderen GRR's - vielleicht mit Ausnahme der genetisch und konstitutionellen Widerstandsquellen - vom soziokulturellen Kontext beeinflusst.

In sämtlichen herangezogenen Ansätzen zur Erklärung der Ausbildung eines starken Kohärenzsinn sind die Bedingungen „Vorhersagbarkeit“ und „Erfassbarkeit“ (comprehensibility) zu finden. Diese Bedingungen sind notwendig, aber nicht ausreichend für die Entwicklung von GRR's, hier sind noch zusätzliche Bedingungen erforderlich. Aber die hier ausgeführten Voraussetzungen - bestimmte soziale Bedingungen und insbesondere bestimmte Erziehungsstile sowie kulturelle und subkulturelle Muster der sozialen Organisation - bieten nach Antonovsky für ein Individuum die kontinuierliche Möglichkeit, sich derart zu entwickeln, dass die GRR's entstehen können, die für einen starken Kohärenzsinn entscheidend sind: eine starke Konstitution, materieller Wohlstand, eine eindeutige Ich-Identität, flexible Bewältigungsstrategien, soziale Unterstützungssysteme usw. Diese GRR's ermöglichen es dem Individuum, die innere und äußere Umwelt als sinnvoll, vorhersagbar und geordnet wahrzunehmen. Bei den Arbeiten zur Sozialstruktur werden nochmals zahlreiche Untersuchungen angeführt, die eine hohe Korrelation zwischen generell erhöhten Mortalitäts- und Morbiditätsraten und niedriger Schichtzugehörigkeit nachweisen. Ebenso weisen diese Arbeiten Zusammenhänge zum sozialen Netz und zur sozialen Einbindung/Unterstützung nach, wobei auch dies schichtabhängig ist. Ihre Daten zeigen einen linearen Zusammenhang: Je unzulänglicher das soziale Netz ist, desto höher ist die Mortalität.

Bezüglich der Kulturvariablen führt Antonovsky eine Reihe von Untersuchungen an, die sich vor allem mit Kulturwechsel befassen, z.B. Einweisung von Indianerstämmen in Reservate, chinesische Einwanderer in New York oder auch die Kasernierung amerikanischer Soldaten; auch diese Arbeiten zeigen, dass ein plötzlicher Wechsel

der physischen und sozialen Umwelt Morbidität und Mortalität erhöht; für Antonovsky ist dies folgerichtig, da diese Veränderungen den Kohärenzsinn schwächen.

Wichtig erscheint in diesem Zusammenhang schließlich die Arbeit von Frank (1975), der sich mit den Selbstheilungskräften von Patienten befaßt und eindrucksvoll belegt, dass die psychische Einstellung eines Patienten unmittelbar und ursächlich Einfluss auf den Heilungsprozess hat. Von ihm angeführte Konzepte zum Lebenswillen (will-to-live concept) und erwartungsvolles Vertrauen (expectant faith) sind deutlich dem Kohärenzsinn verwandt.

Im Gebiet der Situationsvariablen werden vor allem Arbeiten der life-event-Forschung diskutiert. Übereinstimmend zeigen sich in diesen Untersuchungen ein signifikanter Zusammenhang zwischen einschneidenden kritischen Lebensereignissen, die das weitere Leben verändern, und dem Auftreten von Krankheiten.

Zusammenfassung zu Antonovskys Gesundheitsmodells

Die Lokalisation einer Person auf dem healthese/disease Kontinuum hängt von dem Zusammenspiel unterschiedlicher Kräfte ab:

- Auf der einen Seite wirken physikalische, biochemische und psychische Stressoren, in der gleichen Richtung. Diese Komponenten erhöhen die Auftretenswahrscheinlichkeit einer Krankheit.
- Auf der anderen Seite wirken genetische, konstitutionelle und psychosoziale generalisierte Widerstandsquellen (GRR's), die den krankheitsfördernden Komponenten entgegenwirken und so die Wahrscheinlichkeit einer Position auf der positiven Seite des healthese/disease Kontinuums erhöhen. Mediatoren in diesem Prozess sind Spannungszustände, Versuche der Spannungsbewältigung, Stresszustände sowie der Kohärenzsinn.

Die Lokalisation eines Individuums auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum wird durch die Fähigkeit des Individuums zur Auseinandersetzung mit Stressoren bestimmt. Stressoren können sowohl externe als auch interne Faktoren darstellen, die zu einer Störung der Homöostase führen: Umweltbelastungen, soziale Konflikte, innerpsychische Krisen, Krankheitserreger etc.

Das Homöostaseprinzip bezieht sich nicht nur auf die Regulation von physischen Parametern wie Blutdruck und Körpertemperatur, sondern schließt auch psychische

Regulationsmechanismen mit ein, die im Verlaufe des Lebens erlernt werden. Die Wiederherstellung oder Erhaltung der Homöostase wird bedingt durch sogenannte Widerstandsquellen (GGR). Generalisierte Widerstandsquellen können physikalische, biochemische, materielle, kognitive, emotionale, soziale, kulturelle und politische Eigenschaften einer Person oder eines Sozialsystems sein, die dazu beitragen, Stressoren zu vermindern oder die durch Stressoren gestörte Homöostase wiederherzustellen. Für die Entstehung und Aufrechterhaltung dieser Widerstandsquellen können genetische, biographische, soziokulturelle und auch zufällige Faktoren verantwortlich sein. Mobilisiert werden die generalisierten Widerstandsquellen durch den Kohärenzsinn. Es handelt sich hierbei nach Antonovsky um ein generalisiertes überdauerndes und dynamisches Gefühl des Vertrauens:

- dass im Verlaufe des Lebens auftretende Belastungen strukturiert, vorhersagbar und erklärbar sind (comprehensibility),
- dass man über die Möglichkeiten verfügt, den Anforderungen, die durch die Belastung ausgelöst werden, gerecht zu werden (manageability),
- dass diese Belastungen Herausforderungen darstellen, die es wert sind, etwas zu investieren und sich zu engagieren (meaningfulness).

Ein starker Kohärenzsinn mobilisiert in pathologischen Situationen die generalisierten Widerstandsquellen und sorgt damit für die Aufrechterhaltung der Homöostase. Das Salutogenesemodell von Antonovsky ist derzeit eine am weitesten entwickelte Modellvorstellung. Dieses Modell besitzt einen hohen Integrationswert, da sowohl körperliche als auch psychische Aspekte von Gesundheit bzw. Krankheit durch die Modellgrößen erklärbar sind. Das Salutogenesemodell beinhaltet im Gegensatz zum Risikofaktorenmodell auch die Möglichkeit, die für die Gesundheit notwendigen Voraussetzungen zu analysieren und im Rahmen von Gesundheitsprogrammen einzusetzen. In der Modellvorstellung lassen sich die gesundheitlichen Auswirkungen des Sporttreibens leicht integrieren.