

3 Hochschule und Persönlichkeit

3.1 Rolle der Hochschule

Als eine der wichtigsten Bildungseinrichtungen stehen die Hochschulen immer wieder im Lichte der Öffentlichkeit, wobei gerade und mit Nachdruck ihre Rolle innerhalb der Gesellschaft thematisiert wird. Dabei bleiben auch finanzielle Aspekte nicht unberücksichtigt. Denn bei immer knapper werdenden finanziellen Ressourcen im öffentlichen Raum richtet sich das Interesse der Bevölkerung auf die Universitäten, da sie bisher zu großen Teilen durch öffentliche Mittel finanziert worden sind. Entwicklungen der universitären Strukturen und Reformen sind seit über drei Jahrzehnten wiederholt Thema der aktuellen Politik.

Die Hochschulen haben sich in den vergangenen Jahrhunderten gewandelt von einer Institution, die nur sehr wenigen vorbehalten war, hin zu einer Bildungseinrichtung für weitaus größere Teile der Bevölkerung. Insbesondere in den letzten Jahrzehnten hat sich die Umwelt deutscher Hochschulen durch steigende Studierendenzahlen stark verändert, es zeigt sich ein „Größenwachstum und dessen Folgen“: „im Wintersemester des Jahres 2003/2004 studieren an deutschen Hochschulen so viele Studentinnen und Studenten wie noch nie. Gegenüber dem Vorjahr vergrößerte sich die Zahl der Immatrikulierten um fast 87 000 auf knapp über 2 Millionen Studierende. (...) Auch die Zahl der Studienanfänger erreichte im Studienjahr 2003/2004 mit rund 385 000 einen neuen Höchststand. Dies entspricht einer Zunahme um 7% gegenüber dem Vorjahr“ (BMBF, 2004). Neben der ansteigenden Zahl der Studierenden auf der einen Seite werden andererseits die finanziellen Mittel sukzessive gekürzt, jedes Jahr müssen die Hochschulen finanzielle Einbußen hinnehmen; Professorenstellen bleiben unbesetzt, Fachbereiche müssen schließen und kompetenter Nachwuchs wandert in das inner- und außereuropäische Ausland ab. Das führt dazu, dass eine steigende Zahl Studierender von einer schwindenden Zahl Dozenten betreut wird.

Im Rahmen eines breiten gesellschaftlichen Interesses hat sich in Deutschland eine eigene Forschungsrichtung etablieren können, die sich mit Entwicklungsprozessen von Studierenden beschäftigt, die sogenannte *Hochschulsozialisationsforschung* (Kreitz, 2000). Aus den verschiedenen Perspektiven der Psychologie, der Pädagogik und auch der Soziologie ist der Zusammenhang zwischen

Hochschule und Entwicklung der Studierenden einerseits, sowie die Auswirkungen von den veränderten Bedingungen der universitären Umwelt andererseits untersucht worden. Huber (1991) stellt fest, dass sich das gesamtgesellschaftliche Phänomen einer zunehmenden Anonymisierung und Individualisierung auch in Bereichen des Studiums niederschlägt, was in erschwerter Identifikationsfindung der Studierenden, starkem Konkurrenzdruck und der Furcht vor Arbeitslosigkeit resultiert (Huber, 1991; Renschler, 2000). Immer weniger sind die Studierenden in das akademische System integriert. Sie erfahren „zunehmende Belastung durch Desorientierung in den Zielen, Unsicherheit in der Planung des Studiums, Neigung zu Fachwechsel, Studienabbruch, Desengagement, Proforma-Studium und psychische Krisen“ (Fischli, 1998; Hinton & Rotheiler, 1990; Huber, 1991; Seiffge-Krenke, 1994; Vollrath, 1988).

In mancher Hinsicht wird die Lebenssituation „Studieren“ durch Partizipation an gemeinsamen Lern- und Ausbildungsangeboten geprägt, andererseits existieren neben dem Studium als solches vielfältige Interessen in anderen Lebensbereichen wie die Wohngemeinschaft und Freundeskreis, Familie oder Berufstätigkeit – die Universität bildet nicht mehr den Lebensmittelpunkt. Bei unterschiedlichen Interessen und „Lebenswelten“ kann nun schwerlich noch von einem einheitlichen Typus des Studenten bzw. der Studentin gesprochen werden.

Es muss noch weiter in Lern- und Ausbildungsangebot differenziert werden, denn die Universität in Deutschland lässt sich nicht als eine Einheit begreifen, vielmehr setzt sie sich neben dem Verwaltungsapparat aus einzelnen Fachbereichen bzw. –richtungen und Fächern zusammen. So betrachtet existiert keine homogene akademische Kultur, vielmehr findet sich ausdifferenzierte Kulturen entlang der Fächer oder Fachgruppen (Kreitz, 2000):

„Die akademische Kultur nimmt demnach die Form von Fachkulturen an, in denen Werte, Haltungen, Erkenntnisregeln usw. handlungsbestimmend sind, die von den an ihr Beteiligten erworben, praktiziert und weitergegeben werden. Als inkorporierte Strukturen eines Ausschnitts der sozialen Welt formen sie den jeweiligen Fachhabitus der Akademiker.“

Hochschulsozialisation bedeutet auch „Fachsozialisation“, wobei sich das Curriculum aus der Struktur der Fachbereiche konstituiert. Das Curriculum meint hierbei „das Gesamt der Lehr-Lern-Situationen des Studiums, in denen sich der Habitus ausbildet als disziplinspezifische Kompetenz, nämlich Fähigkeit und Bereitschaft, verschiedene, auch neuartige Situationen gemäß generalisierten

(situationsübergreifenden) Schemata zu interpretieren und entsprechende Handlungen zu generieren“ (Huber, 1991).

Das Studium an einer Hochschule bedeutet dementsprechend nicht nur Eintritt in eine neue Umwelt und Konfrontation mit deren spezifischen Bedingungen, sondern es fällt in den Beginn eines neuen Lebensabschnitts.

3.2 Das Studium: Studiumsbeginn als Transitionsphase

Unter der Vorstellung, dass der Ablauf eines menschlichen Lebens in unterschiedliche Entwicklungsabschnitte unterteilt wird, können zwischen den jeweiligen Abschnitten Übergangsphasen identifiziert werden. Zu solchen „Übergängen“ in neue Lebensphasen, sogenannte Transitionsphasen gehört z.B. die Aufnahme des Studiums, der Eintritt in das Berufsleben, die Geburt des ersten Kindes, Gründung einer eigenen Familie sowie die Pensionierung. In jedem Entwicklungsabschnitt lassen sich spezifische Anforderungen und Probleme identifizieren, denen ein immanentes Krisenpotential innewohnt. Auch Übergänge können potentielle Krisensituationen darstellen, wobei „Krisen“ bzw. Krisensituation gemäß Filipp (2002) einen „Eingriff in das zu einem gegebenen Zeitpunkt aufgebaute Passungsgefüge zwischen Person und Umwelt“ meinen; sie sind dann *kritisch*, wenn sie Folgen für viele Lebensbereiche und Aspekte der Alltagsgestaltung haben, d.h. einen hohen Wirkungsgrad besitzen (Filipp, 1995, , 2002). Eine *Krise* manifestiert sich, wenn eine Person Schwierigkeiten hat, wenn das „zentralen Anliegen und [die] Zielbindungen der Person interferieren (Zielblockade)“ und sich an die veränderten Bedingungen zu adaptieren – psychische und physische Beschwerden können die Folge sein (Seiffge-Krenke, 1994). Die individuelle Ausstattung mit Ressourcen beeinflusst im Sinne von „subjektiver Ereigniswahrnehmung“ nicht nur die Wahrnehmung von Ereignissen, sondern formt und gestaltet diese zugleich (Gräser, Esser, & Braukmann, 1995). In Verbindung mit dem Konzept der kritischen Lebensereignisse wird angenommen, dass Ressourcen in unterschiedlichem Maße den Bewältigungsprozess bestimmen und ein erfolgreiches Bewältigen von ihnen abhängt (Filipp, 2002):

"Insofern hängt das Gelingen der Ereignisbewältigung auch immer davon ab, über welche personalen und/oder sozialen Ressourcen die Betroffenen verfügen resp. wie verwundbar sie sind.“

In Studien wurde die Transitionsphase zwischen Schule und Aufnahme eines Hochschulstudiums untersucht, den Focus auf psychische und körperliche Beeinträchtigung und deren Ursachen sowie Stresserleben und –bewältigung gerichtet (Bachmann, Berta, Eggli, & Hornung, 1999; Lu, 1994; Vollrath, 1988; Wöller, 1980). Der Übergang von der Schulzeit, die einen vergleichsweise sicheren Rahmen bietet, in das Studium als das „Neue“ und „Unbekannte“ stellt einen wichtigen Einschnitt im Leben junger Erwachsener dar, der die psychische und physische Gesundheit beeinträchtigen kann. Insbesondere das erste Semester zeichnet sich danach durch hohe Belastungen aus, denn „neben einer neuen und unbekanntem Ausbildungssituation sind ein Wohnortwechsel, verbunden mit dem Auszug aus dem Elternhaus, die erzwungene räumliche Distanzierung von Freunden und Bekanntenkreis sowie das Fehlen von sozialer Unterstützung ebenfalls zu berücksichtigen“ (Seiffge-Krenke, 1994). Aus soziologischer Perspektive interessieren in dieser Phase besonders Ressourcen, die Einfluss nehmen auf Erleben und Bewältigen der für diesen Lebensabschnitt spezifischen Anforderungen.

Eine erfolgreiche Bewältigung hängt von den Ressourcen ab, über die das betroffene Individuum verfügt bzw. in welchem Ausmaß das Individuum verwundbar ist (Filipp, 1995; Seiffge-Krenke, 1994). Neben sozialen Ressourcen (vgl. Kapitel 3.5.2) werden personale Ressourcen (vgl. Kapitel 3.5.1) wie u.a. ein hohes Selbstwertgefühl, ein differenziertes (komplexes) Selbstkonzept und Vertrauen in die eigene Kompetenz und Wirksamkeit (Selbstwirksamkeitserwartungen) thematisiert (Filipp, 2002).

3.3 Persönlichkeit

„Persönlichkeit“ ist ein allgemeines theoretisches Konstrukt, mit welchem der Versuch unternommen wird, Verhalten zu beschreiben und zu erklären. Seinen Ursprung findet der Begriff im Lateinischen „persona“ (die Maske); dementsprechend lassen sich dem Begriff Persönlichkeit mehrere Bedeutungen zuzuordnen.

Da das Konstrukt Persönlichkeit in vielen Bereichen der empirischen Forschung innerhalb der Psychologie in unterschiedlicher Weise verwandt wird, ist es schwierig, eine allgemeingültige Definition des Konstruktes zu finden. Bereits Allport (1937) hat über 50 unterschiedliche Definitionsvorschläge für den Begriff der Persönlichkeit zusammengetragen, wobei bei seinen Ansätzen die

innerpsychische Organisation bzw. Struktur, welche das individuelle Dasein, das Handeln determiniert im Vordergrund steht (Allport, 1937). Persönlichkeit „ist, was hinter besonderen Handlungen und in dem Menschen liegt“. Er definiert Persönlichkeit folgendermaßen: „Persönlichkeit ist die dynamische Ordnung derjenigen psychophysischen Systeme im Individuum, die seine einzigartige Anpassung an seine Umwelt bestimmen“ (Allport, 1959). Einschränkend muss bemerkt werden, dass bei diesem Ansatz der Einfluss von Situationen wie auch zeitliche Veränderungen unberücksichtigt bleiben. In der näheren Vergangenheit wurde die Begriffsdefinition um diese beiden Aspekte erweitert. So spricht Herrmann (1991) von Persönlichkeit „als ein bei jedem Menschen einzigartiges, relativ stabiles und den Zeitablauf überdauerndes Verhaltenskorrelat“ (Herrmann, 1991). Noch umfassender hat Pervin (1996) den Begriff Persönlichkeit bestimmt, indem er verschiedenen Sichtweisen integrierte:

„Persönlichkeit ist die komplexe Organisation von Kognitionen, Emotionen und Verhalten, die dem Leben der Person Richtung und Zusammenhang gibt.

Wie der Körper so besteht auch Persönlichkeit aus Strukturen und Prozessen und spiegelt „nature“ (Gene) und „nurture“ (Erfahrung) wider. Darüber hinaus schließt Persönlichkeit die Auswirkungen der Vergangenheit ein, insbesondere Erinnerungen, ebenso wie die Konstruktion der Gegenwart und der Zukunft.“

In der Persönlichkeitsforschung lassen sich Ansätze zweier Richtungen erkennen; einerseits steht die Analyse und Erklärung *intraindividuelle* Unterschiede im Zentrum, andererseits die Untersuchung *interindividuelle* Unterschiede. Unter der Annahme, dass sich beide Ansätze weniger ausschließen als vielmehr ergänzen, wird in der neueren Forschung versucht, sie miteinander zu kombinieren (Laux, 2003). Darüber hinaus ist es von zentraler Bedeutung, den Unterschied zwischen relativ stabilen Persönlichkeitsmerkmalen („traits“) und eher passageren Zuständen („states“) anzuerkennen und zu integrieren. Unter „traits“ werden in diesem Sinne Faktoren emotionalen, motivationalen und sozialen Verhaltens verstanden, anhand derer sich *interindividuelle* Unterschiede nicht nur analysieren, sondern auch erklären lassen (Herrmann, 1991). Wohingegen „states“ einen temporären Zustand von „Aktivation, Entspannung, guter Stimmung und dergleichen“ beschreiben (Amelang & Bartussek, 1997). In der Forschung interessieren in diesem Fall Ausmaß und Art der Veränderung der „states“ über kurze Zeitabschnitte, um so bspw. Rhythmen (circadiane, wöchentliche oder jährliche Rhythmen) aufzuzeigen.

In dieser Arbeit stehen interindividuelle Unterschiede relativ stabiler Persönlichkeitseigenschaften („traits“) im Vordergrund, wobei sich auf solche konzentriert wird, die einen potentiell protektiven Charakter in Bezug auf Erleben und Umgang mit krisenhaften Situationen bzw. Stress haben sowie fördernden Einfluss auf die Gesundheit nehmen.

3.4 Begriffsbestimmung „Gesundheit“

Es ist schwierig, den Begriff „Gesundheit“ zu definieren, denn er wird in unterschiedlichem Kontext mit unterschiedlicher Bedeutung gebraucht, so spielen der Zeitraum, in dem eine Definition verwendet wird, Kultur und Gesellschaft sowie das Setting eine wichtige Rolle. So wird z.B. in frühen Gesundheitsdefinitionen davon ausgegangen, dass Gesundheit durch das Fehlen von Krankheiten zu charakterisieren ist (Hartmann, Linzbach, Nissen, & Schaefer, 1959). Diese Art der Begriffsbestimmung hat jedoch den Nachteil, dass Gesundheit nicht als eigenständiger Zustand definiert ist, sondern lediglich negativ vom Krankheitszustand abgegrenzt wird und in dessen Abhängigkeit steht, was im Weiteren das Problem lediglich verlagert (Lohaus, 1993). Als Kernpunkt der Problematik stellt sich die Grenzziehung zwischen gesund-krank oder normal-anormal. Ein erster Versuch, einen allgemein gültigen Gesundheitsbegriffs, der nicht abhängig ist von dem Krankheitsbegriff, zu finden, wird mit der WHO-Definition unternommen. Hier wird Gesundheit als „Zustand des vollkommenen körperliche, seelischen und sozialen Wohlbefindens“⁶ definiert (WHO, 1946). In diesem Sinne lässt sich Gesundheit als mehrdimensionales Konzept begreifen, wobei die subjektive Einschätzung derselben einen wichtigen Indikator darstellt (Bengel & Belz-Merk, 1997). In der Definition fehlt allerdings neben der subjektiven Einschätzung der Einfluss objektivierbarer Daten, da „die alleinige Betonung des subjektiven Wohlbefindens lässt darüber hinwegsehen, dass es Situationen geben kann, in denen trotz subjektiven Wohlbefindens objektive Gefährdung vorliegen kann“ (Lohaus, 1993). Ausgehend von einer entwicklungspsychologischen Perspektive ist gerade die Dynamik der Gesundheit von zentraler Bedeutung, was sich in dem statischen Charakter der WHO-Definition widerspiegelt – so wird Gesundheit allein als ein *Zustand* definiert. Um der Kritik Rech-

⁶ „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.“

nung zu tragen, sollte die Dynamik des Gesundheitsgeschehens und objektivierbare Daten Eingang in die Definition finden.

Wichtig ist außerdem der Abgleich der objektivierbaren Daten mit dem subjektiven Wohlbefindens im Rahmen der eigenen persönlichen Möglichkeiten. Denn es ließ sich zeigen, dass „nach Kenntnissen der Gesundheitsforschung eine hohe Übereinstimmung [besteht] zwischen subjektiven Gesundheitseinschätzungen und Diagnosen, die von Experten des Gesundheitssystems erstellt werden“ (Bachmann et al., 1999; Bengel & Belz-Merk, 1997; Bengel, Strittmatter, & Willmann, 1999). Hurrelmann (1991) hat versucht, die Kritik in seine Definition zu integrieren (Hurrelmann, 1991):

„[Gesundheit ist] „der Zustand des objektiven und subjektiven Befindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich in den physischen, psychischen und sozialen Bereichen ihrer Entwicklung in Einklang mit den eigenen Möglichkeiten und Zielvorstellungen und jeweils gegebene äußeren Lebensbedingungen befindet“.

3.4.1 Konzept Seelische Gesundheit von Becker

In der Psychologie sind die existierenden Modelle von Gesundheit und Krankheit im wesentlichen von der stresstheoretischen Forschung beeinflusst worden (Jerusalem, 1997). Die Basis solcher Konstrukte bildet ein transaktionaler Ansatz, welcher beschreibt, dass die Erhaltung von Gesundheit und Krankheit häufig eine Folge des „Wechselspiels zwischen Ressourcen und Anforderungen“ darstellt (Lazarus & Folkman, 1984). Im Unterschied dazu existieren Modelle, die weniger stressverursachende Faktoren im Zusammenhang mit der Persönlichkeit in den Vordergrund stellen, sondern deren allgemeine Ausrichtung auf die Untersuchung von gesundheitserhaltenden bzw. -fördernden Ressourcen zielt. Derartige Denkmodelle finden sich im Gesundheitsbereich wieder, z.B. in dem Modell der Salutogenese von Antonovsky (1987) oder dem interaktionistischen Ressourcen-Anforderungs-Modell der „seelischen Gesundheit“ von Becker (1986).

Als Ergebnis einer Serie von Sekundäranalysen und eigener Studien in Form von exploratorischen und confirmatorischen Faktorenanalysen gelangt Becker (1986) zu der Auffassung, dass sich die beiden orthogonalen Persönlichkeitsfaktoren *seelische Gesundheit* und (starke vs. geringe) *Verhaltenskontrolle* besser dazu eignen, die Rolle von Superkonstrukten der Persönlichkeit zu übernehmen als die Eysenck'schen Konstrukte Neurotizismus und Extraversion-Introversion (vgl. (P. Becker & Minsel, 1986), S. 23ff). Es bestehen zwar relativ enge Beziehungen zwischen Neurotizis-

mus und (geringer) seelischer Gesundheit sowie zwischen Introversion und (starker) Verhaltenskontrolle, doch sind die jeweiligen Konstrukte nicht identisch.

Hinsichtlich des Begriffs der „seelischen Gesundheit“ findet Becker nach einer Komparationsanalyse verschiedener Theorien drei voneinander zu unterscheidende Hauptansätze:

1. Regulationskompetenzmodelle⁷
2. Selbstaktualisierungsmodelle⁸
3. Sinnfindungsmodelle⁹

Anlass für die Entwicklung eines neuen Instruments zur Erfassung seelischer Gesundheit waren laut Becker (1986) die Tatsache, dass etliche Messinstrumente nur einzelne Aspekte seelischer Gesundheit erfassten, sowie mangelnde Güte bezüglich teststatistischer Kriterien. Becker hat in seinem Modell versucht, die drei Aspekte seelischer Gesundheit in einem Kontinuumsmodell miteinander zu kombinieren, das befriedigende Güte bezüglich der Teststatistik erfüllt (P. Becker, 1988, , 1995; P. Becker & Minsel, 1986).

Die leitende Fragestellung bei der Entwicklung eines solchen integrativen Modells zielte auf die Identifikation solcher Aspekte des Verhaltens und Erlebens (ohne organmedizinische Diagno-

⁷ Das *Regulationskompetenzmodell* folgt der Leitidee, dass ein Individuum mit Kompetenzen ausgestattet ist und in der Lage, ein inneres und äußeres Gleichgewicht herzustellen. Seelisch Gesunde zeichnen sich nach diesem Modell unter anderem durch Realitätskontakt, Anpassungsfähigkeit, inneres Gleichgewicht und Widerstandsfähigkeit gegen Stress aus. Prominente Vertreter dieses Modells: S. Freud, K. Menninger, B. Badura.

⁸ Das *Selbstaktualisierungsmodell* wird vor allem von Vertretern der humanistischen Psychologie (E. Fromm, C. Rogers u.a.) formuliert. Der größte Konsens in diesem Forschungszweig besteht hinsichtlich des Unabhängigkeitskriteriums. Demnach ist es für seelisch gesunde Menschen vor allem kennzeichnend, dass sie sich „frei entwickeln, ihre eigenen Anlagen und Potenziale auf schöpferischem Weg zur Entfaltung bringen und einen gewissen Widerstand gegen Entkulturation leisten. Sie orientieren ihr Verhalten nicht an von außen aufgezwungenen oder kritiklos übernommenen Normen und Wertvorstellungen; sondern erreichen die Stufe autonomer Moral und der Selbstverantwortlichkeit für sich und andere“ (Kaluza, 1996).

Weitere Merkmale seelisch gesunder Personen sind nach diesem Modell die Fähigkeit zur Selbsteinsicht, Selbstachtung und Selbstvertrauen sowie Natürlichkeit und Echtheit.

⁹ Das *Sinnfindungsmodell* basiert auf der Vorstellung, dass psychische Gesundheit darin besteht, im Leben Sinn zu finden. Ein Individuum gestaltet das eigene Handeln nach Werten und Normen, die es selbst für notwendig und sinnvoll erachtet. Sinnfindung impliziert dabei auch „über sich hinauszugehen“ (Selbsttranszendenz), womit sowohl das Bearbeiten einer Aufgabe gemeint sein kann wie auch die Liebe zu einem anderen Menschen oder die Bewältigung von Leid und Krankheit (Kaluza, 1996).

semethoden in erster Linie miteinzubeziehen), anhand welcher eine Person zu entscheiden versucht, ob sich jemand im Zustand der Gesundheit oder der Erkrankung befindet bzw. wie gesund bzw. krank jemand ist.

Der theoretische Hintergrund des TPF bildet ein Kontinuumsmodell der seelischen Gesundheit. Die Grundannahme dieses Modells basiert auf der Vorstellung, dass ein Individuum nicht entweder seelisch gesund oder krank ist, sondern eine Ausprägung bzw. Position auf einem Gesundheit-Krankheit-Kontinuum einnimmt. Wichtig ist hier, dass seelische Gesundheit in diesem Modell nicht lediglich einen momentanen Zustand („state“) beschreibt, vielmehr werden Indikatoren gesucht, die über einen Zustand hinaus, seelische Gesundheit als eine relativ stabile Eigenschaft („trait“) erfassen. Das Kontinuumsmodell hat eine hierarchische Struktur: auf der höchsten Ebene stehen seelische Gesundheit und Verhaltenskontrolle im Sinne unabhängiger „Superkonstrukte“. Darüber hinaus umfasst Seelische Gesundheit drei untergeordnete Komponenten:

- „seelisch-körperliches Wohlbefinden“,
- „Selbstaktualisierung“ und
- „selbst- und fremdbezogene Wertschätzung“.

Seelisch-körperliches Wohlbefinden subsumiert drei TPF-Skalen: Sinnerfülltheit vs. Depressivität (SE), Selbstvergessenheit vs. Selbstzentrierung (SV) sowie Beschwerdefreiheit vs. Nervosität (BF).

Selbstaktualisierung umfasst die Skalen Expansivität (EX) und Autonomie (AU). *Selbst- und fremdbezogene Wertschätzung* beinhaltet die Indikatoren Selbstwertgefühl (SW) und Liebesfähigkeit (LF), wobei Liebesfähigkeit als „universal akzeptierter Indikator der seelischen Gesundheit“ betrachtet werden kann (P. Becker, 1988).

Grundlage des Modells ist das Problem der Salutogenese, der Suche nach persönlichkeitspezifischen Voraussetzungen für eine erhöhte Widerstandskraft gegen psychische Erkrankungen. Dabei wurden in der Konzeption konstitutionelle Vulnerabilitäten, Stressoren, förderliche Umweltbedingungen sowie der Grad der seelischen Gesundheit als Eigenschaft (SGE) berücksichtigt. In diesem Zusammenhang definiert sich seelische Gesundheit wie folgt (P. Becker & Minsel, 1986):

"[Seelische Gesundheit ist] das Muster all jener psychischen Eigenschaften (d.h. relativ stabilen Kennzeichnung des Verhaltens und des Erlebens), die (bei vorgegebenem Ausmaß der konstitutionellen Vulnerabilitäten, bei vorgegebener Intensität und Dauer der Stressoren und bei vorgegebenem Ausmaß der förderlichen Umweltbedingungen) die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer psychischen Erkrankung verhindern".

Seelische Gesundheit wird hierbei als die „Fähigkeit zur Bewältigung externer und interner Anforderungen“ verstanden, d.h. Indikatoren, die diese Fähigkeit erfassen können im weiteren Sinne auch als Ressourcen (s.u.) verstanden werden. Unter „externen Anforderungen“ werden solche verstanden, die von der Umwelt ausgehen. Darunter fallen Erwartungen der sozialen Umwelt, sonstige soziokulturelle Normen sowie ökonomische und physikalische Umweltbedingungen. „Interne Anforderungen“ stellen sich durch angeborene Bedürfnisse dar wie z.B. jene auf physiologischer Ebene (Hunger, Durst, das Bedürfnis zu schlafen) oder solche, die sich im Verlauf des Lebens ausprägen (das Bedürfnis nach Orientierung und Sicherheit, langfristige Ziele erreichen und sich an angemessenen sozialen Werten orientieren zu können). Um nun diese externen Anforderungen zu bewältigen, benötigt eine Person ein Arsenal an Problemlösefähigkeiten bzw. spezifischer Kompetenzen, die im Laufe der Entwicklung und Sozialisation als "Ergebnis des Zusammenwirkens von Anlage- und Umweltfaktoren durch Lernen erworben" werden (P. Becker & Minsel, 1986), S. 67).

Liebesfähigkeit/Empathie und *Expansivität* gehören zu solchen Indikatoren bzw. Ressourcen, die Auskunft über die seelische Gesundheit eines Individuums erteilen, sie stellen hierbei spezielle Aspekte sozialer Kompetenzen dar. *Liebesfähigkeit* stellt in diesem Sinne eine Komponente der Empathie dar und zeichnet sich durch einen hohen Selbstwert und durch Selbstachtung aus. Dies bildet die Voraussetzung für die allgemeine Fähigkeit, sich für andere Menschen zu interessieren, sie zu achten und ihnen „Liebe“ zu geben. *Liebesfähigkeit/Empathie* ist laut Becker ein allgemein anerkannter Indikator seelischer Gesundheit. *Expansivität* äußert sich in den Fähigkeiten wie Selbstbehauptung und Übernahme von Führungspositionen in einer Gruppe. Dementsprechend schätzen und achten seelisch Gesunde ihre eigene Person wie auch andere und sind in der Lage, sich im Gruppenkontext zu behaupten. Seelisch Gesunde vermögen in hohem Maße eine Balance zwischen Stabilisierung und Veränderung ihrer Selbst- und Umweltmodelle bzw. der darin enthaltenen Schemata herzustellen (P. Becker, 1995).

3.5 Ressourcen

Ausgehend von der Idee, dass ein Mensch tagtäglich einer Vielzahl von Stressoren ausgesetzt ist, stellt sich die Frage, warum manche Menschen trotzdem gesünder bleiben bzw. sich wohler fühlen als andere. Welche Gründe gibt es dafür, dass manche Menschen besser mit Stress umzugehen wissen? Ein Ansatz geht von dem Vorhandensein so genannter Ressourcen aus, welche protektive Faktoren (Schutzschildhypothese) bezeichnen, die ein Individuum vor schädlichem Einfluss von Stressoren bewahren und zugleich Bewältigungskompetenzen darstellen (Bengel et al., 1999; Udris, Kraft, Muheim, Mussmann, & Rimann, 1992). Andererseits können sie auch als Puffer fungieren und die Effekte von Belastungen abfangen (Pufferhypothese) (Schwarzer & Jerusalem, 2002; Seiffge-Krenke, 1994). Heute wird der Begriff in der Gesundheitspsychologie allgemein verwandt für die sozialen und individuellen „Bedingungen, die der Erhaltung der Gesundheit dienen“ (Hornung & Gutscher, 1994).

Mit seiner „Conservation of Resources“ (COR)-Theorie unternimmt Hobfoll den Versuch, kognitive Theorien wie die des transaktionale Stressmodells von Lazarus (1966, 1984) mit Umwelttheorien z.B. von Caplan (1983) zu verbinden, indem sowohl "objektive als auch subjektiv wahrgenommene Faktoren in den Stress- und Ressourcenbewältigungsprozess einbezogen werden" (Hobfoll & Buchwald, 2004). Dabei interessieren in erster Linie solche Prozesse und Ressourcen, die ein Individuum mit Widerstandskraft gegen Stress ausstatten. In diesem Modell wird Stress definiert als drohender oder tatsächlicher Verlust von Ressourcen als Folge von „stresshaften Ereignissen und das Fehlen eines adäquaten Gewinnes nach Investition von wertvollen Ressourcen“¹⁰ (Hobfoll & Buchwald, 2004). Unter stresshaften Ereignissen werden alle Situationen erstanden, die den Erwerb und den Erhalt von Ressourcen beeinträchtigen können; sie können sich sowohl in Form von kritischen Lebensereignisse (s.o.) oder von „daily hassles“ präsentieren (Krohne, 1997). Den Ressourcenbegriff definiert Hobfoll sehr umfassend (Hobfoll, 1988):

¹⁰ “A new model of stress is developed, it termed the model of conservation of resources, which contends that people have a strong and basic need to enhance and protect that which they value. When what is valued is threatened stress ensues.” (Hobfoll, 1988; Hobfoll, Banerjee, & Britton, 1994)

„Ressourcen sind jene Dinge, Persönlichkeitseigenschaften, Bedingungen oder Kräfte, die als wertvoll vom Individuum bezeichnet werden, und solche, die zum Einsatz kommen, sollen Ressourcen erhalten werden.“¹¹

3.5.1 Personale Ressourcen

Jene „subjektiven“, „individuellen“ oder „persönlichen“ Ressourcen werden auch als personale Ressourcen bezeichnet (Filipp & Aymanns, 1987; Schwarzer, 1992; Udris, 1990; Udris et al., 1992). Der Begriff „personale Ressource“ lässt sich anhand der vorhandenen Literatur nur schwer eingrenzen. Denn er wird einerseits als Bezeichnung von Persönlichkeitskonstrukten im Rahmen gesundheitsfokussierter Ansätze genutzt wie z.B. „*Sense of Coherence*“ (SOC) von Antonovsky (1979), andererseits wird er synonym verwandt für Persönlichkeitseigenschaften, die Gesundheit und Wohlbefinden begünstigen (Antonovsky, 1979).

Personale Ressourcen werden auch als individuelle Persönlichkeitseigenschaften beschrieben, die zum einen Handlungsmuster, zum anderen kognitive Überzeugungssysteme wie *Optimismus* repräsentieren (Renner, 2002; Scheier & Carver, 1992; Udris et al., 1992). Hobfoll beschreibt „persönliche Ressourcen“ als Fähigkeiten oder Eigenschaften von Personen, worunter sowohl "berufsbedingte Fähigkeiten" wie auch soziale Kompetenzen (Empathie, "Kontakte knüpfen") verstanden werden. Zu wichtigen und für diese Studie interessanten personalen Ressourcen gehören *Selbstwirksamkeit* oder *Selbstwirksamkeitserwartungen* und *Autonomie*, *Empathie/Liebesfähigkeit*, *Sinnerfülltheit* und *Verhaltenskontrolle*.

Selbstwirksamkeit

Selbstwirksamkeit basiert auf einem Konzept von Bandura (1997) und meint die Überzeugung einer Person, die nötigen Fähigkeiten zu besitzen, in einer Situation adäquate Maßnahmen ergreifen zu können, um diese Situation erfolgreich zu meistern (Bandura, 1997). Selbstwirksamkeit und die da-

¹¹ “Resources are defined as

- (a) those objects, personal characteristics, conditions, or energies that are valued by the individual or
- (b) the means of attainment of those objects, personal characteristics, conditions, or energies.

Implied in this conceptualization of stress are the notions that there is nothing to stress besides gain and loss of resources and that people are centrally concerned with the conservation of their resources.” (Hobfoll, 1988)

mit verwandten Konzepten Selbstwertgefühl, Selbstvertrauen, Kohärenzgefühl, Hardiness und Optimismus haben alle grundsätzlich gemeinsam, dass das Erleben und Bewerten eigener Handlungen bzw. der Handlungsergebnisse der Vergangenheit im Zentrum steht (Kobasa, 1979; Scheier & Carver, 1992). Damit bilden sie den Hintergrund, vor dem zukünftige Ziele, aktuelle Belastungen, Handlungsoptionen sowie Handlungspläne eingeschätzt werden.

Bandura ging dabei von einer sehr situationsspezifischen Selbstwirksamkeitserwartung aus: diese steht im Rahmen seiner sozial-kognitiven Theorie, die besagt, dass „kognitive, motivationale, emotionale und aktionale Prozesse durch subjektive Überzeugungen, insbesondere durch Handlungs-Ergebnis-Erwartungen bzw. Konsequenzerwartungen (outcome expectancies) und Selbstwirksamkeitserwartungen bzw. Kompetenzüberzeugungen (perceived self-efficacy) gesteuert werden“ (Bandura, 1986). „Konsequenzerwartungen“ drücken dabei die „Handlungsabhängigkeit des Ergebnisses“ aus, d.h. Erfolg wird durch den Erwerb von Fertigkeiten bestimmt, während „Kompetenzerwartungen“ die Abhängigkeit der Handlung von der Person im Sinne einer Einschätzung der eigenen Fertigkeiten beschreiben. Besitzt eine Person eine hohe Kompetenz- oder Selbstwirksamkeitserwartung, so glaubt sie, effektive Handlungsressourcen zu besitzen und wird in einer kritischen Situation eher aktives und problemlösendes Verhalten zeigen bzw. sich herausgefordert fühlen, diese Situation zu meistern. Personen mit geringer Selbstwirksamkeitserwartung schätzen eine Situation eher bedrohlich und komplex ein. Sie werden versuchen, dieser Bedrohung auszuweichen oder soziale Unterstützung zu mobilisieren, allerdings werden sie weniger Aktivität zeigen, im schlimmsten Falle leiden sie „passiv“ unter Stressreaktionen.

Heute wird unter Selbstwirksamkeit eine generalisierte Überzeugung verstanden, die eine Persönlichkeitseigenschaft darstellt (Schwarzer & Jerusalem, 2002; Schwenkmezger, 1994). Eine derart gestaltete Persönlichkeitseigenschaft umfasst als Kernstück die subjektive Einschätzung der eigenen Fähig- und Fertigkeiten. So sind „optimistische Selbstwirksamkeitserwartungen“ die Essenz für einen ausdauernden, innovativen und kreativen Umgang mit Anforderungen (Schwarzer & Jerusalem, 2002). Dieses Konstrukt hat sich als ein sehr starker Prädiktor für Selbstregulationsprozesse wie z.B. Motivation erwiesen.

Für Erwerb und Ausbau von Selbstwirksamkeits- oder Kompetenzerwartungen existieren verschiedene Möglichkeiten; Bandura zählt vier wesentliche Quellen auf: (1) direkte Erfahrung in Form von Erfolgen und Misserfolgen; (2) indirekte Erfahrung durch Modellernen und sozialer Ver-

gleichsprozesse; (3) sprachliche Überzeugung z.B. durch Fremdbewertung oder durch Selbstinstruktion; (4) Wahrnehmung eigener Gefühlsregungen, Erregungsfeedback (Bandura, 1997). Direkte Erfahrungen stellen den effektivsten Weg dar, um Kompetenzerwartungen auszubilden. Da es nicht in jedem Fall ausreichend Möglichkeit gibt, eigene Erfahrungen zu sammeln, besteht auch die Möglichkeit an „Modellen“ beobachtetes Verhalten nachzuahmen. Dieses Modellernen ist das Prinzip, nach welchem *Peer Education* funktioniert.

Verhaltenskontrolle

Verhaltenskontrolle hat den Status eines weiten bipolaren "Superkonstrukte" der Persönlichkeit im Rahmen des Modells der Seelischen Gesundheit von Becker (s.o.). Sie beschreibt das Ausmaß, in dem ein Individuum vor Entscheidungen auf sein internes Kontrollsystem (starke Verhaltenskontrolle) zurückgreift oder sich von seinen perzeptorischen System und biologischen Motivationssystem lenken lässt (geringe Verhaltenskontrolle), d.h. Verhaltenskontrollierte reagieren besonnen, vorausschauend und vorsichtig. Geringe Verhaltenskontrolle meint dementsprechend ein spontanes, sorgloses, risikofreudiges und unberechenbares Verhalten (P. Becker & Minsel, 1986). Neben dem Konstrukt Verhaltenskontrolle, das sich auf den Aspekt der Selbstkontrolle bezieht, existiert noch jenes der Kontrollüberzeugungen ("Locus of Control of Reinforcement") nach Rotter (1966). Diese beschreiben „generalisierte Erwartungshaltungen“ einer Person beschreiben, die sich in zweierlei Ausprägungen ausdrücken: wenn ein Individuum der Überzeugung ist, durch eigenes Verhalten Verstärker und wichtige Ereignisse in ihrem Leben beeinflussen zu können, wird von internaler Kontrolle gesprochen, während externaler Kontrolle in der Überzeugung ausgedrückt, dass Ereignisse durch andere, äußere Umstände bestimmt werden und sich dem eigenen Einfluss entziehen (Rotter, 1966). Dieses Konstrukt prägte Rotter im Rahmen seiner sozialen Lerntheorie.

Becker und Minsel (1986) warnen vor einer „naiven Gleichsetzung von internalen Kontrollüberzeugung und Verhaltenskontrolle“, da jene zwei Konstrukte mit unterschiedlicher Perspektive bezogen auf das Kontrollmoment darstellen. In der Literatur sind keine weiteren Hinweise darauf zu finden, ob und in welchem Maße sich Menschen mit stark oder gering ausgeprägter Verhaltenskontrolle sich in ihren Kontrollüberzeugungen unterscheiden bzw. in welcher Beziehung sie zueinander stehen (P. Becker & Minsel, 1986).

Über das Zusammenwirken von Verhaltenskontrolle und universitärem Stress ist bisher wenig bekannt. Über Rolle der Verhaltenskontrolle im Sinne einer Persönlichkeitseigenschaft in einem solchen Setting gibt es bisher keine empirischen Daten. Anders verhält es sich mit Kontrollüberzeugungen. In ihrer Studie befragte Lu (1994) Studierende im ersten Semester eines unabhängigen College in Taiwan zu Stressoren innerhalb und außerhalb der Universität, Persönlichkeitseigenschaften und mentaler Gesundheit. Es stellte sich dabei heraus, dass Kontrollüberzeugungen eine wichtige Rolle im Umgang mit Stress spielen. Studierende mit ausgeprägten Kontrollüberzeugungen und Unabhängigkeit erleben weniger Stress in der universitären Transitionsphase im Vergleich zu Kollegen mit geringer ausgebildeten Kontrollüberzeugungen und neurotischer Tendenz (Lu, 1994). Sie bewerten diesen Übergang eher als Herausforderung denn als Bedrohung, was kongruent zu der ursprünglichen These Rotters (1966) ist, welche konstatiert, dass Individuen mit interner Kontrollüberzeugung („internal locus of control“) Lebensveränderungen eher als Herausforderung wahrnehmen denn als Bedrohung (Rotter, 1966).

Bei der nahen Verwandtschaft zu den Kontrollüberzeugungen stellt dieses Konzept der Verhaltenskontrolle einen interessanten Ansatz dar.

Autonomie

Autonomie (griech. für „Eigengesetzlichkeit“) formuliert die Tendenz, sich selbstständig und unabhängig zu fühlen und dementsprechend zu verhalten, d.h. es werden wichtige Entscheidungen selbstständig getroffen. Darunter fällt nicht nur der Autonomieanspruch, sondern auch die bereits etablierte Autonomie. Sie stellt einen weiteren Faktor der Selbstaktualisierung oder Selbstverwirklichung dar. Selbstaktualisierung bzw. Selbstverwirklichung meint in diesem Zusammenhang, dass das „Ich bei seinen Entscheidungen den Anforderungen des biologischen Motivationssystems im Vergleich zu den Anforderungen des Systems erworbener Werte besondere Aufmerksamkeit schenkt“. D.h. eine Person, die nach Selbstverwirklichung strebt, widersetzt sich Einschränkungen, vertraut in hohem Maße ihren spontanen Impulsen und beweist Flexibilität im Umgang mit veränderten Umständen. Persönliche Freiheit, Unabhängigkeit und Veränderungen besitzen höhere Priorität als Anpasstheit, Ordnung und Stabilität.

Autonomie bildet in Rahmen von Beckers Konzept der seelischen Gesundheit die Indikatorengruppe der Verhaltens- und Erlebensweisen, welche unter den Begriffen „Hilfesuchen und Abhängigkeit“ versus „Autonomie“ subsumiert werden (P. Becker & Minsel, 1986).

Der Zusammenhang zwischen seelischer Gesundheit und Autonomie lässt sich folgendermaßen umreißen: Ein typisches Kennzeichen für körperlich und seelisch Kranke, dass sie verstärkt nach Hilfe suchen und hilfsbedürftig sind. Gesunde hingegen streben nach Unabhängigkeit und Handlungsfreiheit. Ein weiterer Zusammenhang lässt sich mit internalen Kontrollüberzeugungen herstellen (P. Becker & Minsel, 1986):

„Statt sich Kräften in der Umwelt oder dem Schicksal mehr oder weniger hilflos ausgeliefert zu fühlen, vertreten sie [die Gesunden] eher eine interne Kontrollüberzeugung.“

In dieser Untersuchung richtet sich der Blick auf Hintergründe und mögliche Erklärungsansätze, die ausschlaggebend bei der Studiengangswahl sein könnten und maßgeblichen die Bewertung desselben beeinflusst hätten. In nicht veröffentlichten Interviews konnten Anzeichen dafür gefunden werden, dass Studierenden aus dem Reformstudiengang eine erhöhte Bereitschaft haben, sich in eine neue und unbekanntere Situation zu begeben wie sie durch den Reformstudiengang als Modellprojekt dargestellt wird.

Im Medizinstudium allgemein spielen Kontrollüberzeugungen eine bedeutende Rolle im Umgang mit Stress (s.o.). Das Konzept der Autonomie als ein Faktor der Selbstaktualisierung stellt unter diesem Aspekt einen viel versprechenden Ansatz dar, wobei insbesondere die Beziehung zwischen Wahl und Bewertung des jeweiligen Studiengangs und Autonomie in den Focus des Interesses rückt.

Liebesfähigkeit/Empathie

Liebesfähigkeit/Empathie bezeichnet einen speziellen Aspekt sozialer Kompetenz und ist als Indikator für seelische Gesundheit allgemein anerkannt, welches Becker (1997) in seiner vergleichenden Analyse verschiedener Theorien seelischer Gesundheit feststellen konnte. Gemäß z.B. Freud weist sich ein seelisch gesunder Mensch aus durch "Lieben" und "Arbeiten", hierbei besitzt "Lieben" einen "genitalen Charakter" und steht für die (sexuelle) Genussfähigkeit. Fromm (1960, S. 65) definiert seelische Gesundheit anhand der Fähigkeit zu lieben und schöpferisch zu sein: "Geistig-seelische Gesundheit ist gekennzeichnet durch die Fähigkeit, zu lieben und schöpferisch zu sein..." (Fromm, 1960). Liebesfähigkeit wird hier als die "produktive Liebe" verstanden und wird von mit den Attributen Fürsorge für den anderen, Verantwortungsgefühl, Achtung und Verständnis belegt.

Becker (1989) unternimmt den Versuch, Liebesfähigkeit zu operationalisieren. Einen Schritt in Richtung Diagnostik ging er mit der Konstruktion einer LF-Skala im Trierer Persönlichkeitsfragebogen (TPF). Hier wird sie als ein Faktor der *selbst- und fremdbezogenen Wertschätzung* definiert. Zum einen bedeutet sie das Ausmaß von Wertschätzung anderer. Zum anderen meint es die Fähigkeit sich in andere Personen hinein zu versetzen und auf andere Rücksicht nehmen zu können.

Der Zusammenhang zwischen seelischer Gesundheit und Liebefähigkeit lässt sich auf drei Wegen erklären:

1. Anhand der Faktorenanalyse kann im Rahmen des TPF der Faktor der selbst- und fremdbezogenen Wertschätzung definiert werden, der sich aus den beiden Skalen „Liebesfähigkeit“ und „Selbstwertgefühl“ bildet. Es wird von der Vorstellung ausgegangen, dass „Menschen, die sich selber achten auch in der Lage sind, andere Menschen zu achten, sich für sie interessieren und ihnen Liebe zu geben, während umgekehrt bei geringem Selbstwertgefühl sie Tendenz besteht, andere abzuwerten, um den eigenen angeschlagenen Selbstwert zu stabilisieren und zu erhöhen“ (P. Becker, 1995).
2. Es kann auch über das Ausmaß der zur Verfügung stehenden sozialen Unterstützung argumentiert werden. Menschen mit hoher seelischer Gesundheit verfügen über bessere soziale Unterstützung als solche mit geringerer Ausprägung seelischer Gesundheit vgl. (P. Becker, 1995). Eine Ursache dafür könnte darin liegen, dass seelisch gesunde höhere soziale Kompetenzen besitzen, wodurch ihnen eher soziale Unterstützung zuteil wird. Gute soziale Beziehungen steigern das Wohlbefinden und die allgemeine Zufriedenheit; allein lebende Menschen, darunter ältere Menschen, Verwitwete und Geschiedene, fühlen sich häufiger unglücklich und erkranken leichter (Schwarzer & Leppin, 1989).
3. In einigen Theorien zur seelischen Gesundheit ist ein wesentlicher Faktor die Suche und das Streben nach *Sinn* (Antonovsky, 1979). Um diese Bedürfnis zu erfüllen, gibt es nach Becker (1995) drei Wege: der erste verläuft über das *Schöpferischsein*, der zweite ist eine zwischen menschliche Beziehung, insbesondere eine „liebevoll“, die dem Leben Sinn verleihen kann. Gerade diese Möglichkeit ist in diesem Zusammenhang besonders wichtig, denn „Menschen mit erhöhter Liebesfähigkeit zeigen Interesse an ihren Mitmenschen und erschließen sich auf diesem Weg eine der wichtigsten Sinnquellen“ (ibid.). Der dritte Weg geht um die Bewältigung eines unabänderlichen Umstands, einer Krisensituation.

Diese Eigenschaft scheint gerade für Medizinstudierende von Bedeutung, denn der Kontakt zu anderen Menschen stellt im späteren Berufsleben für die meisten eine der wichtigsten Komponenten dar.

Sinnerfülltheit

Man kann darunter das Sinnstreben eines Menschen verstehen. Es wird angenommen, dass „nicht nur aktuelle Bedürfnisse Sollwerte des Handelns“ bestimmen, sondern dass ein Individuum sich auch zusätzliche Ziele setzt, welche in naher oder ferner Zukunft liegen.

Sinnerfülltheit ist ein Indikator zur Messung des seelisch-körperlichen Wohlbefindens, indem sie den Grad erfasst, in dem sich eine Person gebraucht fühlt und ein ausgefülltes Leben führt. Sie stellt einen hervorragenden Indikator für den Grad der seelischen Gesundheit dar, wie Becker (1989, 1997) belegen konnte. In der Eichstichprobe des TPF korreliert die Skala „Sinnerfülltheit“ gut (.74) mit der Skala „Seelische Gesundheit“, was sich analog zu anderen Untersuchungen verhält, die einen Zusammenhang zwischen Sinnverlust und psychischer Erkrankung nachweisen konnten (Antonovsky, 1979; Hobfoll & Buchwald, 2004; Udris et al., 1992).

Aus der handlungstheoretischen Perspektive betrachtet, bilden die „Bejahung bestimmter Ziele und Werte sowie das Zur-Verfügung-Stehen eines kohärenten Bezugs- und Orientierungssystems“ die Voraussetzung für planvolles und erfolgreiches Handeln (Peter Becker, 1997, S. 286). Ein Mensch, der keinen Sinn mehr in seinem Leben sieht, zieht sich zurück und entwickelt in Folge Depressionen oder andere psychische und physische Symptome.

Im Rahmen des Medizinstudiums erscheint dieses Konzept interessant, bedenkt man häufige Kritikpunkte wie mangelnde Transparenz in den Studienbedingungen, hohe zeitliche Belastung und Anforderung durch die Fülle des Lernstoffs, mangelnder Kontakt zu Lehrenden und, gerade zu Beginn, zu Mitstudierenden (vgl. Kapitel 2.6.).

Es lassen sich viele Fragen generieren, doch von primärem Interesse bleibt, einen Überblick zu gewinnen, um so einige Fragen beantworten und die Ergebnisse zur Diskussion zu stellen.

3.5.2 Soziale Ressourcen

„Soziale Ressourcen“ sind ein weit verbreiteter Begriff, unter welchen unterschiedliche Ansätze verstanden werden. Häufige Begriffe, die in diesem Zusammenhang verwendet werden, sind: *soziales Netz*, *soziale Integration* und *soziale Unterstützung*. Eine Person ist Teil sozialer Gefüge, in denen sie involviert ist. Das kann bspw. die Seminargruppe, die Hochschule oder auch der Freundeskreis sein.

Soziale Netzwerke bilden eine objektive Basis für soziale Integration und soziale Unterstützung, wohingegen *soziale Integration* und *soziale Unterstützung* theoretische Konstrukte darstellen, mit deren Hilfe Funktion und Qualität sozialer Netzwerke für ein Individuum beschrieben, erfasst und gedeutet werden können (House, 1987). Das *soziale Netz* wird als „Metapher für Menschen als Knoten im Netz und deren Beziehungen untereinander (als Verbindungslinien)“ eingesetzt (Bachmann, 1998; Bachmann et al., 1999). Dieses Netz kann in verschiedene Ebenen unterteilt werden:

1. Struktur des Netzes: Anzahl und Dichte der Personen im Netz.
2. Art der Beziehungen: „schwache Bindungen“ mit Personen am „Rande des Beziehungsnetzes“ oder „multiplexe Bindungen“, d.h. solche, die sich über mehr als einen Lebensbereich erstrecken, sowie Vertraute, „confidant“. Es ist zu erwarten, dass die diversen Beziehungsarten in unterschiedlichem Maße wichtigen Einfluss auf das Wohlbefinden nehmen (Bachmann, 1998).
3. Funktion des Sozialen Netzes: es können zwei unterschieden werden, die soziale Unterstützung und die soziale Kontrolle.

Soziale Integration meint die Existenz von sozialen Beziehungen in ihrer Gesamtheit. Darunter fallen sowohl die Struktur und Quantität sozialer Beziehungen wie Größe und Dichte eines sozialen Netzwerks, die Häufigkeit von Interaktionen. Bisweilen wird in diesem Zusammenhang auch das subjektive Gefühl von Eingebundenheit miteinbezogen.

Zum Themenbereich „Social Support“ und Gesundheit oder Wohlbefinden existieren mannigfaltige Studien und andere Veröffentlichungen, deren Zahl in den vergangenen zwei Jahrzehnten beinahe explosionsartig zugenommen hat. In dieser Arbeit richtet sich der Fokus auf soziale Unterstützung im Bereich der universitären Ausbildung. Ob der großen Anzahl der Publikationen kann kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben werden. Im Weiteren sollen exemplarisch einige Per-

spektiven vorgestellt werden, die in diesem Zusammenhang besonders relevant erscheinen. Neben bereits erwähnten Konstrukten soll ein besonderer Schwerpunkt auf die Wahrnehmung sozialer Unterstützung aus der Empfängerperspektive gelegt werden. *Soziale Unterstützung* kann aus verschiedenen Perspektiven definiert werden. Es können darunter Ressourcen verstanden werden, die von anderen zur Verfügung gestellt werden z.B. bei der Bewältigung von schwierigen Situationen oder in Form von Austausch wichtiger Ressourcen. Es lassen sich unterschiedliche Formen von sozialer Unterstützung identifizieren: instrumentelle (z.B. finanzielle Mittel), informelle (z.B. Beratung) und emotionale (z.B. Trost, Bestätigung) Unterstützung.

Es hat sich gezeigt, dass soziale Bindungen stressprotektive Wirkungen haben (Schwarzer & Leppin, 1989). Diese Wirkung begründet durch zwei Hypothesen. Eine erste mögliche Erklärung, die als „Puffer- oder „buffering“- Hypothese beschrieben wird, geht davon aus, dass soziale Unterstützung als Puffer fungiert und so eine Person vor der vollen Wirkung stressreicher Ereignisse schützt. Konkurrierend dazu steht die „Haupteffekt“-Hypothese, welche auf der Annahme basiert, dass sozialer Unterstützung generell eine gesundheitsfördernde Wirkung zugeschrieben wird, unabhängig von einer spezifischen Situation. Mittlerweile hat sich zeigen lassen, dass sich die beiden Erklärungsansätze nicht ausschließen, sondern ergänzen. Allerdings bleibt die Frage offen, wie welcher Effekt bedingt ist (vgl. Rosch Inglehart, 1988). Von den positiven Wirkungsweisen ist das Belastungspotential abzugrenzen, welches sozialen Beziehungen innewohnt. Denn neben einer unterstützenden Funktion, die sich in vielfältigem positiven Einfluss auf Wohlbefinden und Gesundheit manifestiert, stellen soziale Beziehungen auch einen hoch potenten Stressor dar (Hobfoll & Stokes, 1988; House, 1987; Rook, 1984; B. Sarason, Sarason, & Pierce, 1990; J. G. Sarason & Sarason, 1985; G. Sommer & Fydrich, 1989).

Vaux (1988) bezeichnet *soziale Unterstützung* als ein Metakonstrukt, das drei Komponenten umfasst: Unterstützungsnetz, Unterstützungsverhalten und Zufriedenheit mit sozialer Unterstützung. Das Unterstützungsnetz wird hierbei der Satz an Beziehungen eines Individuums verstanden, der das Individuum mit Unterstützung bei Bewältigung anforderungsreicher Situationen und beim Erreichen von Zielen versieht. Das Unterstützungsverhalten als zweite Komponente des Metakonstrukts meint die diversen Formen des Verhaltens, das als willentliche Anstrengung zu helfen erkannt wird. Jenes Verhalten wird weiter differenziert in erhaltene Unterstützung, welche die Menge, Frequenz oder Art als behavioralen Aspekt erfasst, und in erwartete Unterstützung, welche die generelle Erwartung als kognitiven Aspekt beschreibt. Eine letzte Komponente stellt die *Zufriedenheit mit sozialer Un-*

terstützung dar. Das Ausmaß von Zufriedenheit lässt sich im Spannungsfeld von tatsächlich erhaltener und der erwarteter Unterstützung erkennen und kann als die „subjektive Evaluation der Qualität der eigenen sozialen Ressourcen und der konkreten Interaktionen“ verstanden werden (Vaux, 1988).

Fydrich und Sommer (1988) grenzen soziale Unterstützung deutlich von den strukturellen Anteilen sozialer Beziehungen ab, indem sie persönliche Komponente betonen. Sie sprechen von sozialer Unterstützung bzw. sozialer Belastung als „subjektiv wahrgenommene soziale Unterstützung bzw. subjektiv wahrgenommene soziale Belastung“. Nach dieser Definition ist soziale Unterstützung „das Ergebnis von sozialen Interaktionen und derer Verarbeitung durch das Individuum“. Allerdings fließen in diese Rechnung strukturelle Merkmale des sozialen Netzwerks sowie Charakteristika der sozialen Beziehung ein, wobei die subjektive Wahrnehmung und Erleben sozialer Interaktionen sowie deren Interpretation durch das Individuum im Vordergrund stehen (Gert Sommer & Fydrich, 1988; G. Sommer & Fydrich, 1989).

Bei allen Ansätzen bildet die individuelle Wahrnehmung und Bewertung sozialer Unterstützung einen integralen Bestandteil des Konstrukts. Soziale Unterstützung im Sinne einer externen Ressourcen ist nicht per se vorhanden, sondern es hängt von den Handlungsressourcen und dem Verhalten einer Person ab, ob und in welchem Maße jene zur Verfügung steht. Um so deutlicher wird, dass soziale Unterstützung und Persönlichkeitsfaktoren nicht gänzlich unabhängig voneinander wirken, vielmehr kann von wechselseitigen Interaktionen ausgegangen werden (Richman & Flaherty, 1985; Rosch Inglehart, 1988; B. Sarason et al., 1990).