

INHALTSVERZEICHNIS

SELBSTÄNDIGKEITSERKLÄRUNG.....	4
VERZEICHNIS DER ABKÜRZUNGEN UND ABBILDUNGEN.....	6
Abkürzungen	6
Abbildungen.....	6
1 EINLEITUNG	7
2 METHODIK.....	12
2.1. Quellenkritik	12
2.2 Hermeneutik.....	18
2.3. Historisch-biographische Methode.....	20
2.4. Historisch-kritische Methode	22
2.5. Werkanalyse	24
3 SALUTOGENESE UND KOHÄRENZGEFÜHL – GRUNDLAGEN DES GESUNDHEITSWISSENSCHAFTLICHEN KONZEPTEES VON AARON ANTONOVSKY.....	26
3.1. Wissenschaftlicher und historischer Entstehungskontext	27
3.1.1. Der Begriff ‚Paradigma‘	29
3.1.2. Der Begriff ‚Pathogenese‘	30
3.1.3. Das biomedizinische Krankheitsparadigma	32
3.1.4. Das biopsychosoziale Krankheitsparadigma	35
3.1.5. Der Begriff ‚Salutogenese‘	38
3.1.6. Das Paradigma der Salutogenese.....	39
3.1.7. Fazit.....	48
3.2. Konzeptionelle Parallelen	49
3.2.1. Transaktionales Stressmodell von Lazarus	49
3.2.2. Hardiness.....	51

3.2.3. Selbstwirksamkeit.....	52
3.2.4. Dispositioneller Optimismus	54
3.2.5. Kontrollüberzeugung.....	54
3.2.6. Resilienz.....	55
3.2.7. Existenzanalyse.....	57
3.2.8. Individualpsychologie.....	58
3.2.9. Gestaltkreis.....	59
3.2.10. Situationskreis.....	60
3.2.11. Sinnkonzept bei Erwin Straus	61
3.2.12. Fazit.....	62
4 GESUNDHEIT PHÄNOMENOLOGISCH-ANTHROPOLOGISCH BETRACHTET - GRUNDLAGEN DES MEDIZINTHEORETISCHEN KONZEPTE VON ERWIN STRAUS	63
4.1. Wissenschaftstheoretische Einordnung.....	63
4.1.1. Was ist phänomenologisch-anthropologische Psychiatrie?	65
4.1.2. Der phänomenologische Ansatz	68
4.1.3. Hermeneutische Ansätze	70
4.1.4. Daseinsanalyse.....	71
4.1.5. Fazit.....	72
4.2. Biographischer Überblick.....	75
4.2.1. Herkunft und Studienjahre	75
4.2.2. Klinische und wissenschaftliche Arbeit an der Berliner Charité.....	76
4.2.3. Die Jahre nach der Emigration.....	79
4.3. Gesundheit und Krankheit bei Erwin Straus.....	83
4.3.1. Der Begriff Krankheit.....	86
4.3.2. Der Begriff Gesundheit.....	99
5 KONZEPTVERGLEICH ZWISCHEN ANTONOVSKY UND STRAUS.....	107

5.1. Gemeinsamkeiten	108
5.2. Unterschiede.....	118
6 ANTONOVSKYS IMPLIKATIONEN FÜR DIE HEUTIGE PSYCHIATRIE UND PSYCHOSOMATIK	130
6.1. Salutogenese im Bereich praktischer Gesundheitsförderung	131
6.2. Salutogenese im Bereich klinischer und experimenteller Forschung.....	135
6.2.1. Entwicklungspsychologie	135
6.2.2. Suchtmedizin.....	138
6.2.3. Psychoneuroimmunologie.....	140
6.2.4. Psychosomatik.....	140
6.3. Salutogenese im Spiegel philosophischer Betrachtungen.....	144
6.4. Fazit	145
7 STRAUS' IMPLIKATIONEN FÜR DIE HEUTIGE PSYCHIATRIE UND PSYCHOSOMATIK	147
7.1. Medizintheoretische und diagnostische Implikationen	150
7.2. Therapeutische Implikationen.....	154
7.3. Fazit	157
8 ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK.....	158
9 SUMMARY	161
10 ANHANG	164
10.1. Biographische Anmerkungen	164
10.2. Literaturverzeichnis	183
10.3. Bibliographie von Aaron Antonovsky.....	196
10.4. Bibliographie von Erwin Straus	199
LEBENS LAUF	208

SELBSTÄNDIGKEITSERKLÄRUNG

„Ich, MARIA KENSCHKE, erkläre, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Titel:

„Phänomenologie“ von Erwin Straus und „Salutogenese“ von Aaron Antonovsky – Vergleich zweier konstruktiver Konzepte zur Gesundheit und ihrer Bedeutung für die heutige Psychiatrie und Psychosomatik

selbst verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt, ohne die (unzulässige) Hilfe Dritter verfasst und auch in Teilen keine Kopien anderer Arbeiten dargestellt habe.“

Datum: 22. März 2010

Unterschrift:

SELBSTÄNDIGKEITSERKLÄRUNG

VERZEICHNIS DER ABKÜRZUNGEN UND ABBILDUNGEN

Abkürzungen

UAT	Universitätsarchiv der Eberhard Karls Universität Tübingen
UAH	Universitätsarchiv der Humboldt-Universität zu Berlin

Abbildungen

Abb. 1:	Wesentliche Grundannahmen des biomedizinischen Krankheitsmodells	S.31
Abb. 2:	Wesentliche Grundannahmen des biopsychosozialen Krankheitsmodells	S.35
Abb. 3:	Wesentliche Grundannahmen des Salutogenesemodells	S.38
Abb. 4:	Vereinfachte Darstellung zur Entstehung des SOC	S.45
Abb. 5:	Biosemiotische Modell nach Uexküll	S.59
Abb. 6:	Forschungsansätze und Themen der anthropologischen Psychiatrie.	S.71
Abb. 7:	Gesundheit und Krankheit bei Straus	S.84
Abb. 8:	„Kranksein“ bei Straus	S.86
Abb. 9:	Der Begriff Gesundheit bei Straus	S.99
Abb. 10:	Gesundheit unter dialektischer Perspektive bei Straus	S.101
Abb. 11:	Gemeinsame Thesen von Antonovsky und Straus	S.115
Abb. 12:	Gemeinsame Argumentationsprinzipien bei Antonovsky und Straus	S.115
Abb.13:	Bezugssysteme bei Antonovsky und Straus	S.116
Abb. 14:	Konzeptuelle Unterschiede bei Antonovsky und Straus	S.126
Abb. 15:	Moderationsebenen bei Straus	S.150

HINWEIS

Zu allen Personennamen, die im fortlaufenden Text fett markiert sind, finden sich in Kap. 10.1. kurze biographische Anmerkungen.

1 EINLEITUNG

Über Jahrhunderte ist man in der Medizin dem anscheinend Naheliegenden nachgegangen: Man hat sich gefragt, was krank macht und wie die pathogenen Faktoren durch Prävention und Therapie verhindert werden können.

Heute stößt man mit dieser Denkart und den daraus erwachsenden Konsequenzen vor allem im Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik zunehmend an seine Grenzen: Mittlerweile bestimmen seelische Krankheiten das Schicksal einer großen Anzahl von Menschen und sind in den letzten Jahren zu einer beträchtlichen Herausforderung für die Gesellschaft und das Gesundheitswesen geworden. Die dadurch gestiegenen Leistungen und Kosten sind kaum noch finanzierbar.

Aus diesem Grund entsteht die Notwendigkeit, Methodik und Gültigkeit der gegenwärtigen Medizin zu hinterfragen und andere Ansätze zu untersuchen.

Seit vergleichsweise kurzer Zeit ist man dabei, das pathogenetische Krankheitskonzept zu überdenken und sich mit dem weniger Offensichtlichen, womöglich aber Näherliegenden zu beschäftigen: Statt auf die Entstehung von Krankheit konzentriert man sich zunehmend darauf, die Entstehung von Gesundheit zu erforschen.

Der amerikanisch-israelische Medizinsoziologe Aaron Antonovsky ist es gewesen, der diesen Paradigmenwechsel entscheidend vorangetrieben hat. Im Jahre 1979 brachte er in dem Buch „Health, stress and coping“ sein Unbehagen gegenüber der Medizin als Reparaturbetrieb und dem ‚pathologisierenden‘ Blick auf den Menschen deutlich zum Ausdruck (vgl. ANTONOVSKY 1979). Alternativ bot er das Salutogenesekonzept an, das seither als theoretisches Fundament für eine Neuorientierung in den Bereichen Medizin, Psychologie und Sozialwissenschaften gesehen wird (vgl. KOLIP 2006, 11).

Inzwischen ist der Begriff Salutogenese auch in der Psychiatrie und Psychosomatik zu einem neuen Schlagwort geworden (vgl. GLAZINSKI 2007). Seine Implikationen stellen überall dort eine Leitorientierung dar, wo Gesundheit gefördert werden soll.

Im Zentrum des Salutogenesekonzeptes steht die Frage, warum Menschen gesund bleiben und welche Faktoren Gesundheit schützen. Gesundheit wird dabei nicht vornehmlich als Abwesenheit von Krankheit definiert, sondern als eine komplexe Qualität menschlichen Lebens aufgefasst. Das Modell sucht die Bedingungen von Gesundheit zu ergründen und die Faktoren zu identifizieren, die zu ihrer Aufrechterhaltung beitragen.

Die hierin beschriebenen Hypothesen sind sozialwissenschaftlich, gesundheitswissenschaftlich, medizinisch-therapeutisch und zunehmend auch neurobiologisch anschlussfähig (vgl. KOLIP 2000, 11). Damit schafft das Konzept eine multidisziplinäre Diskussionsbasis für klinische und wissenschaftliche Fragestellungen (ebd.).

Seit mehreren Jahren sind die Bereiche Gesundheitsförderung bzw. Public Health auch in der Arbeit mit seelischen Störungen etablierte Forschungs- und Ausbildungszweige (vgl. BERGER 2003, 16 ff.). Fokussiert wird auf den Aufbau von Gesundheitsressourcen, die Menschen zur Verfügung stehen oder fehlen können und die Gesundheitsexperten stärken und weiterentwickeln sollen (BRIESKORN-ZINKE 2000, 375ff.).

Befördert wurde diese Bewegung wesentlich durch die am 21. November 1986 in Ottawa verabschiedete Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO), die festlegt:

Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können (...) Gesundheit steht für ein positives Konzept, das die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit ebenso betont wie die körperlichen Fähigkeiten. Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur bei dem Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünderer Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden. (OTTAWA-CHARTA ZUR GESUNDHEITSFÖRDERUNG 1994)

Damit fordert die WHO nicht weniger als eine neue, ganzheitlich orientierte Medizin, die Ergänzung der Pathogenese durch die Salutogenese, den Einbezug von Verhaltens- und Verhältnisprävention sowie die Zusammenarbeit mit der Politik. Gesundheitsförderung als ein sozial-ökologisches Gesundheits- und Präventionsmodell betrachtet Gesundheit nicht als Ziel, sondern als Mittel, um Individuen zu befähigen, individuelles und gesellschaftliches Leben positiv zu gestalten. Bezieht man die bereits im Gründungsjahr der WHO (1948) getroffene Definition von Gesundheit als ein „Zustand vollkommenen körperlichen, geistig-seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur (...) [als der, Einfügung d. Verf.] Abwesenheit von Krankheit oder Gebrechen“ ein, ist spätestens seit 1986 zu einem politisch motiviertem Paradigmenwechsel aufgerufen worden (vgl. BUSCH 2006, 47).

Die Vorstellung von Antonovsky ist die eines ‚Gesundheits-Krankheits-Kontinuums‘ mit den Polen Gesundheit / körperliches Wohlbefinden auf der einen Seite und Krankheit / körperliches Mißempfinden auf der anderen (vgl. ANTONOVSKY 1997, 22). Der Soziologe ist davon überzeugt, dass jeder Mensch, auch wenn er sich überwiegend

krank fühlt, viele gesunde Anteile in sich trägt. Das Gleiche gilt für ihn im Umkehrschluss (ebd.).

In seinen Ausführungen kritisiert er die in der naturwissenschaftlichen Medizin dominierende „pathogenetisch-kurative Betrachtungsweise“ (ebd.). Dieses Prinzip nimmt an, dass sich der Mensch ursprünglich in einem Zustand der Homöostase befindet, d.h. in einem relativ konstanten Gleichgewicht, das durch unterschiedlichste Kontrollmechanismen und Regelkreise aufrecht erhalten wird (vgl. BRIESKORN-ZINKE 2000, 375ff.). ‚Kranksein‘ bedeutet in diesem Modell eine Störung dieser Balance, die unter Ausschaltung der zugrundeliegenden, sogenannten ‚krank machenden‘ Faktoren möglichst schnell behoben werden sollte (vgl. ebd.).

Antonovsky verfolgt einen anderen Ansatz: Er geht von der Annahme aus, dass der menschliche Organismus immer in einem Ungleichgewicht lebt (vgl. ANTONOVSKY 1997, 24). Für ihn ist der Mensch ein System, das wie alle biologischen Systeme der Kraft der Entropie ausgesetzt ist. Damit meint Antonovsky die Tendenz menschlicher Organismen, ihre organisierten Strukturen zu verlieren. Eine gesunde Lebensbewältigung sei dann gegeben, wenn es dem Individuum gelänge, mit eben dieser Entropie zurechtzukommen (ebd.).

Was genau bedeutet das?

In den Worten des Philosophen **Hans-Georg Gadamer** hieße die Frage vielleicht: „Aber was ist nun eigentlich die Gesundheit, dieses geheimnisvolle Etwas, das wir alle kennen und irgendwie gerade gar nicht kennen, weil es so wunderbar ist, gesund zu sein?“ (GADAMER 1993, 141). Hierauf antwortet Antonovsky sehr vorsichtig:

In dem Moment jedoch, in dem man sich der Frage stellt, was Gesundheit ist, ist man notwendigerweise mit zwei sehr komplexen ethischen Problemen konfrontiert, einem definitorischen und einem funktionalen. Alle Versuche, Gesundheit zu definieren, werfen unweigerlich die Gefahr auf, eigene Werte (...) als gesund auszugeben. (...) Der funktionale Aspekt ist mit dem definitorischen eng verknüpft: Denn er bedeutet, daß einerseits festgelegt werden kann, daß das, was funktional, nützlich und positiv für die Gesundheit ist, moralisch gut ist und vice versa. (ANTONOVSKY 1997, 188)

An diesem Punkt eröffnet sich ein komplexer Diskurs, denn die Definitionen von Gesundheit und Krankheit sind bis heute unscharf (vgl. ROTSCHUH 1975).

Will man in die Diskussion intensiver einsteigen, lohnt sich der Blick zu einem Psychiater, dessen Namen in diesem Zusammenhang bisher keine Erwähnung findet. Dabei enthält sein Werk – ebenso wie das von Antonovsky – profundes und umfangreiches Material, das zu einer systematischen Untersuchung von Begriffen wie Norm, Pathologie, Krankheit und Gesundheit herangezogen werden kann. Gemeint ist

der Berliner Psychiater Erwin Walter Maximilian Straus. Zu Beginn des letzten Jahrhunderts gehörte er einer Generation von Ärzten an, die sich aktiv an der Entstehung einer neuen theoretischen und praktischen Orientierung in der Medizin beteiligten (vgl. HOLZINGER 2006,1).

Ebenso wie Antonovsky war auch Straus davon überzeugt, dass Psychiatrie als rein empirisch-objektivierende Naturwissenschaft ihr eigentliches Interesse verfehlt:

Gegenstand psychiatrischen Handelns ist nicht das Gehirn, der Körper der Organismus; es soll der ganze Mensch sein, in der Einmaligkeit seines individuellen Daseins, wie es sich – unabhängig von der Unterscheidung gesund und krank – in existentieller Kommunikation erschließt. (STRAUS 1963, 927)

Die Arbeiten von Straus konzentrieren sich darauf, das subjektive Erleben von Patienten durch unmittelbares Beobachten zu verstehen. Dabei macht der Psychiater unmissverständlich deutlich, dass für ihn die Entwicklung einer Krankheit oder das ‚krank werden können‘ zum Wesen des Menschen dazu gehört (ebd.). Ihm zufolge hat man es auf dem Felde der Pathologie mit regelhaften Abwandlungen zu tun, die sich mehr oder weniger aus dem „Mensch-Sein“ selbst heraus ableiten lassen (vgl. STRAUS 1963, 994). Aus diesem Grund hat sich Straus eingehend damit beschäftigt, Begriffe wie gesund und krank phänomenologisch-anthropologisch zu beschreiben.

In dieser Arbeit sollen zahlreiche seiner Überlegungen aufgegriffen und in den aktuellen Diskurs um die Begriffe ‚Krankheit‘, ‚Gesundheit‘, ‚Salutogenese‘ und ‚Pathogenese‘ einbezogen werden. Dabei sollen sein Leben und Werk cursorisch zur Darstellung kommen.

Sowohl Antonovsky als auch Straus haben für die heutige Psychiatrie und Psychosomatik wichtige Arbeit geleistet, da sie begriffliche Grundlagen, Methoden und Arbeitsweisen der Fächer aus unterschiedlichen theoretischen Perspektiven beleuchteten und kritisch hinterfragten. Darüber hinaus kann ihr therapeutisches Herangehen heute überall dort eine Leitorientierung bieten, wo Krankheit bekämpft und Gesundheit gefördert werden soll.

Ziel dieser Erörterung ist es, das Werk beider Wissenschaftler in Programmatik, konkreter Ausprägung, Wirkung und Nachwirkung aufzuzeigen. Vor diesem Hintergrund sollen wesentliche Übereinstimmungen und Differenzen zwischen ihnen herausgearbeitet werden. Den Rahmen für die wissenschaftliche Diskussionsgestaltung bilden folgende Fragestellungen:

1. In welchen wissenschaftstheoretischen Kontext lassen sich die Konzepte von Antonovsky und Straus einordnen?

KAPITEL I: EINLEITUNG

2. Welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede sind in ihren Anschauungen erkennbar?
3. Welche Implikationen ergeben sich hieraus für die heutige Psychiatrie und Psychosomatik?

Das Studium dieses Textes soll es dem Leser ermöglichen, in der aktuellen Diskussion zu den Themen Salutogenese und Gesundheit gerade im Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik umfassend Stellung zu beziehen.

2 METHODIK

Zur Erstellung der vorliegenden Arbeit wurden verschiedene Methoden des wissenschaftlichen Erkenntnisgewinns genutzt. Diese sollen im Folgenden – unter Bezugnahme auf den jeweils zu bearbeitenden Sachverhalt – kurz dargestellt werden¹:

2.1. Quellenkritik

Die Quellenkritik ist eine der hauptsächlichen Arbeitsmethoden in der Geschichtswissenschaft. Sie versucht Herstellung, Intention und Autorenschaft von historischen Zeugnissen festzustellen. Ziel ist die Rekonstruktion der Genese des historischen Quellenmaterials (vgl. JORDAN 2002, 42 ff.).

Quellenkritik erforscht (vgl. ebd.):

- inwiefern die Überlieferungsverhältnisse der Quelle ihre Aussagen und deren Wahrheitsgehalt tangieren;
- inwiefern nichtexplizite Denkformen der Zeit die Aussagen der jeweiligen Quelle beeinflussen;
- inwiefern bewusste, politische oder ideologische Zwecksetzungen und Nutzenkalküle des Urhebers der Quelle in seine Darstellung eingehen.

Unterschieden wird die äußere von der inneren Quellenkritik: Die innere Kritik bezieht sich auf den Inhalt der Quelle und beantwortet Fragen nach der Autorenschaft, dem Textfluss, der Wortwahl, dem Stil, dem Adressaten, des Sinnzusammenhanges und so fort. Die äußere Kritik hingegen untersucht die physische Gestalt der Quelle. Insbesondere beurteilt sie die Art der Herstellung, die Materialwahl, das Alter, den Aufbewahrungsort, den Erhaltungszustand und die Frage nach der Vollständigkeit. Innere und äußere Kritik müssen stets miteinander in Verbindung gesetzt werden (vgl. ebd.).

Die Autorin dieser Arbeit versteht unter Quellen alle Dokumente, Texte, mündliche oder schriftliche Aussagen, Überlieferungen, Gegenstände und Tatsachen, aus denen sich Kenntnisse zur Beantwortung der der Analyse zugrundeliegenden Fragestellung ergeben.

¹ Die systematische Untersuchung und historisch-biographische Aufarbeitung des Lebens und des Werkes von Erwin Walter Maximilian Straus bildete für die vorliegende Arbeit die entscheidende Grundlage. Daher wird der Darstellung dieses Arbeitsprozesses hier Priorität eingeräumt.

In Anlehnung an die Einteilung von **Johann Gustav Bernhard Droysen** unterscheidet sie zwei Quellengattungen:

1. *Quellen aus dem Bereich der Tradition* (vgl. DROYSEN 1868):

Quellen dieser Gattung wurden zum Zweck der Erinnerung der Nachwelt hinterlassen. Sie haben einen hohen Grad an Bewusstsein. Der Vorteil dieser Quellen ist, dass sie einen hohen Grad an Reflexion besitzen. Der Nachteil wiederum ist, dass sie sehr subjektiv sind.

Die Hauptaufgabe der Quellenkritik besteht hier – abgesehen von der Rekonstruktion der Überlieferungsverhältnisse – in der Aufdeckung und Evaluierung der jeweiligen Absichten und Standpunkte der Autoren.

Im Rahmen der vorliegenden wissenschaftlichen Arbeit ist dieser Quellengattung folgendes Datenmaterial zuzuordnen:

- Primär- und Sekundärliteratur von Straus:

Quellenrecherche: Vorab sei erwähnt, dass die Literaturrecherche sehr arbeitsintensiv gewesen ist (vgl. HOLZINGER 2006, 4ff). Die Hauptwerke von Straus sind allesamt nur noch antiquarisch erhältlich. Viele seiner Aufsätze sind in medizinischen Fachzeitschriften erschienen, deren Vorkriegsjahrgänge in den deutschen Bibliotheken nur unvollständig archiviert sind. Von der Autorin aufgesucht wurden die Staatsbibliothek Berlin, die medizinischen Bibliotheken der Charité sowie die Universitätsbibliothek und Zweigbibliotheken der Wissenschaftsgeschichte, Psychologie und Philosophie der Humboldt-Universität zu Berlin. Darüber hinaus besuchte sie die Universitätsbibliotheken der Freien Universität und der Technischen Universität zu Berlin sowie diverse Zweigbibliotheken.

Ebenfalls durchgeführt wurde eine elektronische Literaturrecherche². Als Hauptwerkzeuge dienten hierbei das Web of Science, elektronische Suchmaschinen³, elektronische Bibliographien, Online-Zeitschriftensammlungen, Websites von speziellen Zeitungen und Zeitschriften. Folgende Datenbanken wurden zur Informationsgewinnung

² Die elektronische Literaturrecherche wurde von der Autorin in der Zeit vom 01.10.2008 bis zum 30.04.2009 durchgeführt.

³ Diese waren im Einzelnen: www.yahoo.com, www.google.com, www.altvista.de, www.excite.com, www.fireball.de, PsychSpider, PPsychInfoDirect.

herangezogen: THE COCHRANE LIBRARY, MEDLINE, EMBASE, BIOSIS, SCISEARCH, PUBMED VIA NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE, PSYCHINFO, Metasuchmaschine der VIRTUELLEN FACHBIBLIOTHEK PSYCHOLOGIE, PSYNDEX, PSYTKOM, PSYDOK UND AMED. Suchbegriffe waren unter anderem ‚Erwin Straus‘, ‚Phänomenologie‘ bzw. ‚phenomenology‘, ‚Anthropologie‘ bzw. ‚anthropology‘ oder ‚Psychiatrie‘ bzw. ‚psychiatry‘. Als logische Operatoren dienten hierbei die ‚AND-‘ bzw. ‚UND-Verknüpfung‘ und die ‚OR-‘ bzw. ‚ODER-Verknüpfung‘.

In diesem Rahmen konnte ein großer Teil an schriftlichen Dokumenten sichergestellt werden.

Weiteres Datenmaterial sammelte die Autorin bei einem Forschungsaufenthalt in den USA, welchen sie gemeinsam mit Max Ludwig⁴ in der Zeit vom 08.03.2003 bis zum 12.04.2003 durchführte. Hierbei sichteten sie unter anderem den Nachlass von Straus, der bis zum heutigen Zeitpunkt im Silverman Phenomenology Center⁵ der Duquesne University, Pittsburgh, Pennsylvania, USA verwaltet wird. In dem dortigen Archiv fanden sich zahlreiche unveröffentlichte Manuskripte sowie Notizen, Briefe, Fotos, Video-Bänder und Zeitungsartikel des Berliner Psychiaters. Insgesamt umfasste die Hinterlassenschaft zum Untersuchungszeitpunkt⁶ ca. 120000 Aufzeichnungsblätter und war weitgehend ungeordnet.

Im Rahmen des Forschungsaufenthaltes wurden 6000 Textseiten und 200 Fotos digitalisiert und nach Berlin gebracht. Auf diese Weise konnten in Ergänzung zu dem in Europa rekrutierten Informationsmaterial 18

⁴ Ausgehend von der Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie der Charité in Berlin hat sich im Jahre 2001 eine Arbeitsgruppe formiert, die unter Leitung von Herrn Prof. Danzer das Leben und Werk von Straus wissenschaftlich untersuchten und auf aktuelle medizintheoretische Fragestellungen hin erörterten. Die Mitglieder dieser Arbeitsgruppe waren neben der Autorin **Max Ludwig** (geb. 1980) und **Stefanie Holzinger** (geb. 1975). Stefanie Holzinger hat im Rahmen ihrer Forschungstätigkeit an der Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik der Charité in Berlin den Briefwechsel zwischen Ludwig Binswanger und Erwin Straus entdeckt und archiviert. Der Briefwechsel bildete die Grundlage für ihre im Jahre 2006 veröffentlichte Dissertationsschrift: ‚Die Arzt-Patienten-Beziehung in der Sicht von Erwin Straus unter besonderer Berücksichtigung seines Briefwechsels mit Ludwig Binswanger‘. Sowohl Stefanie Holzinger als auch Max Ludwig sind als Assistenzärzte an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Heidelberg tätig.

⁵ Diese Institution wurde im Jahre 1972 gegründet und gilt derzeit als das größte Zentrum für phänomenologische Forschung weltweit (URL: <http://www.janushead.org/silverman.cfm>, Stand 03.07.2009).

⁶ Die Sichtung des Nachlasses erfolgte in der Zeit vom 23.03.2003 bis zum 04.04.2003.

wissenschaftliche Aufsätze, 70 Manuskripte zu bisher unveröffentlichten Werken und 198 Dokumente Sekundärliteratur als Quellensammlung aus der Gruppe der Tradition in die Quellenkritik zusätzlich einbezogen werden.

- Primär- und Sekundärliteratur von Aaron Antonovsky

Quellenrecherche: Grundlage der Expertise bildete auch hier eine umfassende Literaturrecherche in gängigen Literaturdatenbanken sowie im Internet⁷: Mit den Suchstichworten ‚Saluto‘, ‚Salutogenese‘ bzw. ‚salutogenesis‘, ‚salutogenic‘, ‚sense of coherence‘, ‚Antonovsky‘, ‚Medical Sociology‘ oder ‚Public Health‘ wurden PSYNDEX (1977-2009), PSYCLIT (1990-2009), MEDLINE (1966-2009), CURRENT CONTENTS (1980-2009) durchgesehen. Auch die Datenbanken THE COCHRANE LIBRARY, EMBASE, BIOSIS, SCISEARCH, PUBMED VIA NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE, PsychINFO, Metasuchmaschine der VIRTUELLEN FACHBIBLIOTHEK PSYCHOLOGIE, PSYTKOM, PSYDOK und AMED wurden zur Informationsgewinnung herangezogen. Weitere Werkzeuge waren das Web of Science, elektronische Suchmaschinen⁸, elektronische Bibliographien, Online Zeitschriftensammlungen, Websites von speziellen Zeitungen und Zeitschriften. Als logische Operatoren dienten die ‚AND-‘ bzw. ‚UND- Verknüpfung‘ und die ‚OR-‘ bzw. ‚ODER-Verknüpfung‘. Ferner wurden gesundheitswissenschaftliche Zeitschriften (1970-2009) und Lehrbücher (Medizinische Psychologie und Soziologie, Klinische Psychologie, Psychosomatik und Psychotherapie, Gesundheitspsychologie, Persönlichkeitspsychologie) auf das Stichwort ‚Salutogenese‘ hin untersucht.

⁷ Die Literaturrecherche wurde von der Autorin in der Zeit vom 01.10.2008 bis zum 30.04.2009 durchgeführt.

⁸ Diese waren im Einzelnen: www.yahoo.com, www.google.com, www.altvista.de, www.excite.com, www.fireball.de, PsychSpider, PSychInfoDirect.

2. *Quellen aus dem Bereich des Überrests* (ebd.):

Diese Quellen sind unbeabsichtigt entstanden, also aus dem Alltags-, Arbeits-, Rechts-, oder Geschäftsleben. Quellen dieser Gattung sind nicht mit der Absicht entstanden, der Nachwelt ein bestimmtes Bild zu vermitteln.

Aufgabe der Quellenkritik dieser Quellengruppe besteht in der Rekonstruktion des jeweiligen Kontextes der Überreste, aus dem sich Aussagen über die Verallgemeinbarkeit der Quelle ergeben können.

Bei der vorliegenden Untersuchung ist dieser Quellengattung folgendes Datenmaterial zuzuordnen:

- Personalakte von Straus⁹

Quellenrecherche: Die Personalakte von Straus wurde im hiesigen Humboldt-Universitätsarchiv gesichtet. Dort zum Zeitpunkt der Durchführung ebenfalls auf Mikrofiche hinterlegt war das damalige Personalverzeichnis der Charité. Dessen Inspektion ermöglichte es, ein vollständiges Bild über die zeitgleich mit Straus an der Nervenklinik tätigen Ärzte zu gewinnen.

- Korrespondenz zwischen Straus und **Ludwig Binswanger**

Quellenrecherche: Dieser bedeutsame Fund gelang mit Hilfe des Binswanger-Experten **Gerhard Fichtner**, der bei einem Gespräch darauf verwies, dass im Tübinger Universitätsarchiv ein umfassender Briefwechsel zwischen Binswanger und Straus aufbewahrt werde. Bei weiteren Recherchen stellte sich heraus, dass die private und fachliche Korrespondenz der beiden Ärzte insgesamt 490 Briefe umfasst, die sie sich in einem Zeitraum von 1925 bis 1966 geschrieben haben. Der Austausch ist auf insgesamt 1200 Seiten festgehalten worden. Von Stefanie Holzinger wurde er mit einem Register versehen und zusammen mit zusätzlichem Sekundärmaterial in der Bibliothek der Medizinischen Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik und Psychotherapie an der Charité in Berlin archiviert.

⁹ Bei der Personalakte handelt es sich um ein 16 Seiten umfassendes Dokument mit folgenden Schriftstücken: Lebenslauf, Beurteilungen der Habilitationsschrift von Bonhoeffer und Bergmann, Vortragseinladungen, Beurlaubungsanträge, Ernennung zum außerordentlichen Professor, Entziehung der Lehrbefugnis sowie die Aufforderung zur Erbringung eines Abstammungsnachweises.

- Korrespondenz zwischen Straus und **Frederik Jacobus Johannes Buytendijk**
Quellenrecherche: Die Schriftwechsel beider Autoren fanden sich in Straus' Nachlass.
- 28 Zeitungsartikel über Straus
Quellenrecherche: Die Dokumente fanden sich ebenfalls in Straus' Nachlass.
- 250 Fotos und Urkunden von und mit Straus
Quellenrecherche: Die Dokumente fanden sich auch in Straus' Nachlass.
- ein Straus gewidmeter ‚Alkoven‘¹⁰
Quellenrecherche: Dieser Alkoven war am Silverman Phenomenology Center der Duquesne University in Pittsburgh einsehbar und beinhaltete Mobiliar des Arbeitszimmers von Straus mit umfassender Originalbibliothek.¹¹
- Wohnhaus, Grab und Arbeitsplatz (Veterans Administration Hospital) von Straus in Lexington, Kentucky, USA
Quellenrecherche: Der Besuch des unmittelbaren Lebens- und Arbeitsumfeldes von Straus erfolgte in der Zeit vom 05.04.2003 bis zum 07.04.2003. Alle Besichtigungen wurden auf Video aufgenommen und anschließend zu einem Kurzfilm zusammengefasst.

Systematisch sind bei der Quellenkritik zwei wesentliche Schritte zu differenzieren (vgl. JORDAN 2002, 42 ff):

Zunächst bestimmt der Untersucher den medialen Überlieferungsrahmen der jeweiligen Quelle. Hierbei erfragt werden der Entstehungsort, die Entstehungszeit, der Verfasser und die Version des vorliegenden historischen Dokumentes. Anschließend sind die inhaltlichen Überlieferungsbedingungen zu klären, wobei auf Intentionen und Authentizität von der Quelle zu entnehmenden Informationen gefragt wird.

¹⁰ Der Begriff Alkoven entstammt dem Arabischen ‚al-qubba‘ (in deutscher Übersetzung: Kuppel) und bezeichnet ursprünglich den Nebenraum in einem Zimmer, in welchem sich meistens eine Schlafgelegenheit befindet (vgl. VANICEK 2005).

¹¹ Der Besuch des Alkoven erfolgte am 27.03.2003.

Beide Arbeitsschritte wurden in der vorliegenden Untersuchung fortwährend aufeinander bezogen, so dass sich auf diese Weise eine hermeneutische Quellenerschließung ergab.

2.2 Hermeneutik¹²

Der Begriff Hermeneutik bezeichnet ursprünglich die Lehre vom Verstehen, Deuten oder Interpretieren von grundlegenden Texten (vgl. BETTI 1962, 63). In dieser Tradition diente sie in der Antike und im Mittelalter des Christentums der Auslegung (Exegese) historischer Dokumente. In der Neuzeit entfaltete sie sich zu einer Lehre von den Voraussetzungen und Methoden sachgerechter Interpretation und wurde zu einer ‚Philosophie des Verstehens‘ (ebd.). Es war **Friedrich Schleiermacher**, der die Kunst der Hermeneutik als eine philosophische Arbeitsweise bei der Textauslegung entwickelte.

Hermeneutik beschäftigt sich mit (vgl. SEIFFERT 1992, 45):

1. dem Text an sich und seinem Autor,
2. dem Medium, das die Botschaft übermittelt,
3. dem Subjekt der Betrachtung.

Texte werden stets als Ausdruck der Intention, des Lebens und der geschichtlichen Epoche des Autors verstanden. Verstehen bedeutet hierbei ein Wiedererleben des Bewusstseins, des Lebens und des geschichtlichen Moments, dem die Texte entstammen (vgl. ebd.). Hermeneutik befasst sich mit der Auslegung oder Interpretation der Lebenswirklichkeit in der Zeit (Vergangenheit – Gegenwart – Zukunft), die über das Erleben, den Ausdruck und das Verstehen vermittelt wird. Verstehen meint hierbei eine Erkenntnisform, die auf die Erfassung von Sinn, von Bedeutung hinzielt. Sinn wiederum zielt – im Gegensatz zu Zweck – auf die Inhalte des theoretischen oder praktischen Handelns oder Verhaltens.

Generell gilt bei dieser wissenschaftlichen Erkenntnismethode folgendes Prinzip: Das Verständnis des Ganzen ist die Grundlage für ein Verständnis der Einzelheiten in einer Quelle. Umgekehrt ergibt sich erst aus den Einzelheiten der Quellen ein Verständnis des Ganzen (vgl. BETTI 1962, 63). Diese Grundregel kann für das Verstehen im Allgemeinen, insbesondere aber für das Verstehen von Texten genutzt werden. Wer einen Text liest, geht zunächst einmal mit dem Horizont seines

¹² S. Kapitel 4.2..

eigenen Wissens und seiner Erfahrungen an den Text heran. Dieses erste Vorverständnis entwickelt sich nach dem erstmaligen Lesen (Primärrezeption des Textes) zu einem ersten Textverständnis. Das Lesen hinterlässt stets bewusste oder unbewusste Spuren im Denken und Fühlen eines Lesers, die sich unter Umständen als Leseindrücke festhalten lassen. Sie wirken sich in hohem Maße auf die Arbeiten aus, die im Rahmen einer Textinterpretation durchgeführt werden. Daher ist es hilfreich, die im Rahmen der Erstleseindrücke entstandenen Urteile, Deutungsansätze und Sinnkonstruktionen (erstes Textverständnis) wahrzunehmen. Dieses (erste) Textverständnis erweitert wiederum das Vorverständnis und erweitert damit auch den Horizont des Vorverständnisses (V1). In der Folge ergibt sich ein neues Vorverständnis (V2), das sich nochmals auf das Textverständnis auswirkt. Wird dieser Prozess weiter fortgeführt, findet ein fortlaufender Erkenntnisfortschritt statt, der prinzipiell unabgeschlossen ist. In Form einer Zirkelbewegung - hermeneutischer Zirkel genannt - die immer wieder zur Vertiefung, Erweiterung und Neukonstruktion dieses ersten Textverständnisses zurückführt, entwickelt sich das Textverständnis konsequent weiter. Im Zuge dessen verringert sich zusehends die hermeneutische Differenz (Distanz) zwischen den Horizonten des Interpreten und des Autors mit der Tendenz zur sogenannten Horizontverschmelzung. Schrittweise kann man sich auf diese Weise einer angemessenen Deutung von Quellen nähern (vgl. ebd.).

Bei der vorliegenden Untersuchung wurde die hermeneutische Erkenntnismethode sowohl bei der Textanalyse der Werke von Antonovsky und Straus angewandt als auch bei der Aufarbeitung des verfügbaren biographischen Materials.

Bei der Textanalyse wurde stets versucht, sich in das Denken der Autoren hineinzusetzen, um auf diese Weise den schöpferischen Akt nachzuvollziehen und anschließend den möglichen Sinn der jeweiligen Texte aufzudecken. Einzelne Facetten des Lebenslaufes und der Werke der Autoren wurden fortwährend in Beziehung gesetzt zu ihrer Gesamtindividualität. Der Textsinn, der sich hernach aus ihrem Œuvre ableiten ließ, wurde auf die zu bearbeitenden Fragestellungen hin überprüft und nutzbar gemacht.

2.3. Historisch-biographische Methode

Die biographische Methode ist ein Forschungsansatz, der ursprünglich der qualitativen Sozialforschung entstammt und sich methodologisch des Einzelfallapproaches bedient (vgl. FUCHS-HEINRITZ 2000, 7). Die Sammlung von biographischem Material kann sich hierbei auf unterschiedliche Quellengattungen erstrecken. Einbezogen werden sowohl schriftliche Dokumente (wie beispielsweise Briefe, Tagebücher oder Autobiographien), als auch Bildmaterial (zum Beispiel Fotos oder Videos) und nicht zuletzt mündliche Darstellungen (erwähnt seien an dieser Stelle lebens- und familiengeschichtliche Erzählungen oder Genealogien). Aus dem sich ergebenden deskriptivem Material können sich dann Ansatzpunkte für bestimmte Deutungsmuster oder Handlungsorientierungen ableiten lassen (vgl. ebd.).

Die klassisch-biographische Methode basiert auf einer Gegenüberstellung von Dokumenten verschiedener Personen. Gegenstand einer Einzelfallanalyse ist hingegen die intra-individuelle Gegenüberstellung von Dokumenten einer Person in verschiedenen Lebensphasen. Beide Herangehensweisen ermöglichen eine umfassende Sammlung von Datenmaterial, welches im Einzelfallapproach sinnvoll eingesetzt werden kann.

Für die Aufarbeitung des Lebens und Werkes von Straus bildet die historisch-biographische Herangehensweise die entscheidende Forschungsgrundlage. Es wurde sowohl klassisch-biographisch als auch einzelfallanalytisch vorgegangen. Die Sammlung des biographischen Materials erfolgte durch Rekrutierung aller oben genannten Quellengattungen.

An dieser Stelle sei erwähnt, dass sich neben intensiver Archiv- und Literaturarbeit eine lebhaft mündliche und schriftliche Korrespondenz mit mehr als 30 Medizinern, Philosophen, Psychologen, Soziologen und Historikern aus ganz Europa und Nordamerika entwickelte, die als Kollegen oder Schüler des Psychiaters entweder Straus noch persönlich gekannt oder erlebt haben oder aber ausführlich mit seinem Werk vertraut gewesen sind. Mit zahlreichen dieser Zeitzeugen wurden Interviews geführt, welche digital auf Video-Bändern festgehalten worden sind. Neben dem Direktor des Silverman Phenomenology Centers, dem Theologen, Psychologen und Straus-Kenner William F. Smith wurden in Pittsburgh die ehemaligen Straus-Schüler William F. Fischer und Constance T. Fischer aufgesucht – beide sind heute als

phänomenologische Psychologen an der Duquesne University tätig. Darüber hinaus konsultierte die Forschungsgruppe den ehemaligen Straus-Schüler und heutigen Psychologen James A. Beshai. In Boston folgten Gespräche mit dem an der Havard-University tätigen Ethiker Stuart F. Spicker und dem an der Yale-University tätigen Psychologen und Familientherapeuten Dan Daniels. Einen entscheidenden Fokus bildeten darüber hinaus Gespräche mit dem Mediziner und Theologen Edmund D. Pellegrino in Washington D.C., der als ehemaliger Kollege von Straus heute als ‚ethics-consultant‘ der Georgetown University tätig ist, und mit dem an der Vanderbilt University in Houston (Texas) tätigen Philosophen und Medizinethiker Richard M. Zaner. In Deutschland schlossen sich Gespräche mit **Roland Kuhn**, **Klaus Dörner**, **Walter Bräutigam**, **Hermann Schmitz**, **Bernhard Waldenfels** und **Thomas Fuchs** an. Jeder Interviewpartner wurde zu Person und Werk von Straus befragt und sollte schildern, inwieweit die eigene Arbeit durch das Werk von Straus beeinflusst worden war. Darüber hinaus wurden Stärken und Schwächen des Straus’schen Werkes diskutiert sowie dessen Bedeutung für aktuelle medizintheoretische Fragestellungen. Aus dem hieraus resultierenden Filmmaterial wurden themenspezifisch zwei Kurzfilme zusammengeschnitten. Die Dauer eines Kurzfilmes beträgt jeweils 20 Minuten.

Hinzuweisen ist an dieser Stelle auf den Vorschlag unserer Arbeitsgruppe, diese Kurzfilme zukünftig in der Ausbildung von Medizinstudenten einzusetzen, beispielsweise wenn im Rahmen des Curriculums medizinethische oder medizintheoretische Fragestellungen erörtert werden. Modellhaft Anwendung fanden sie bisher in der Lehre des Reformstudienganges für Medizin an der Charité in Berlin, in der Lehre am Universitätsklinikum Heidelberg und in der Lehre an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich.

Die Interviewgespräche bilden eine wichtige Grundlage für die in Kapitel 6 und 7 gegebene Argumentation. Befragt wurden im Einzelnen:

PERSON	ORT	DATUM
Roland Kuhn	Scherzingen, Schweiz	15.01.2003
Walter Bräutigam	Berlin, Deutschland	19.02.2003
Stuart Spicker	Yarmouth Port (Cape Cod), Massachusetts, USA	17.03.2003

Dan Daniels	Wallingford, Connecticut, USA	20.03.2003
Jim Beshai	Duquesne University, Pittsburgh, Pennsylvania, USA	23.03.2003
William F. Smith	Duquesne University, Pittsburgh, Pennsylvania, USA	24.03.2003
Constance Fischer	Duquesne University, Pittsburgh, Pennsylvania, USA	26.03.2003
Edmund D. Pellegrino	University of Washington, Washington, USA	31.03.2003
William F. Fischer	Duquesne University, Pittsburgh, Pennsylvania, USA	02.04.2003
Richard M. Zaner	Houston, Texas, USA	10.04.2003
Klaus Dörner	Hamburg, Deutschland	15.08.2003
Thure von Uexküll	Berlin, Deutschland	19.10.2003
Thomas Fuchs	Heidelberg, Baden-Württemberg, Deutschland	10.12.2003
Hermann Schmitz	Bremen, Deutschland	03.04.2004
Bernhard Waldenfels	Bochum, Nordrhein-Westfalen, Deutschland	19.03.2004

2.4. Historisch-kritische Methode

Die historisch-kritische Methode ist die Bezeichnung für einen Methodenapparat, der ursprünglich in der Theologie entwickelt wurde zur Untersuchung von historischen - in diesem Falle vor allem biblischen - Texten (vgl. MAIER 1974, 15). Die historisch-kritische Methode ist die bekannteste Form der biblischen Exegese. Angewandt werden kann sie überall dort, wo schriftlich überlieferte Traditionen in mehreren, voneinander abweichenden Varianten vorliegen oder wo ein Prozess der Verschriftlichung von paralleler mündlicher Überlieferung begleitet wird. Sie geht davon aus, dass es allgemein einsichtige Kriterien für die wissenschaftliche Untersuchung einer historischen Textgestalt gibt. Methodisches Vorgehen beinhaltet in diesem Fall die intersubjektive Nachprüfbarkeit der am Textmaterial gemachten Beobachtungen

(möglichst objektive, exakte Beschreibung der Texte), deren Auswertung nach einsehbaren Regeln, das Operieren mit dem Gegenstand angemessenen Begriffsapparaten und den Diskurs mit anderen Wissenschaften. Ziel ist es, den zu untersuchenden Text in seinem damaligen historischen Kontext zu verstehen, wobei die Rekonstruktion der vermuteten Vorgeschichte des Textes eine entscheidende Rolle spielt. Den Abschluss jeder historisch-kritischen Herangehensweise bildet eine umfassende Interpretation (vgl. ebd., 20).

Folgende Methodenschritte der historisch-kritischen Methode wurden in der vorliegenden Untersuchung bei der Analyse des zu bearbeitenden Textmaterials angewandt:

Textkritik	Jedes zu untersuchende Schriftstück wurde auf Quantität und Qualität überprüft.
Übersetzung	Übersetzungen wurden bei fremdsprachigen Texten vorgenommen.
Textanalyse	Textanalysen erfolgten mit dem Ziel, die Aussageintention des Textes zu erfassen.
Redaktionsgeschichte	Unter Einbeziehung der Redaktionsgeschichte sollte die Intention erschlossen werden, mit welcher der Autor die jeweilige Schrift abgefasst hat.
Formgeschichte	Die sprachliche Form der Texte wurde ausführlich analysiert.
Traditionsgeschichte	Im vielen Fällen konnte bei der Texterschließung im Verbund mit der Formgeschichte die mündliche Überlieferung nachgezeichnet werden, die den ersten Vorstufen des jeweiligen Textes voranging.
Motivgeschichte	Die Textanalyse erfolgte stets unter Berücksichtigung

der historischen Kontextsituation.

Interpretation Sie bildete den Abschluss jeder analytischen Auseinandersetzung.

Bei der Analyse der von Antonovsky und Straus verfassten Texte wurde versucht, denjenigen Sinn herauszuarbeiten, den die Autoren im historischen Ursprungskontext zum Ausdruck gebracht haben mögen und nicht den, welchen spätere Leserschaften ihnen zuerkannt haben oder zuerkennen. Aus diesem Grunde wurde vornehmlich mit Primärliteratur gearbeitet. Es war eine große Diskrepanz zwischen Aussagen aus Primär- und Sekundärliteratur festzustellen. Zu vermuten sind lebensgeschichtliche und zeitbedingte Verflechtungen beider Autoren, die dazu geführt haben mögen, dass ein großer Teil der Sekundärliteratur nicht von einer gewissen Wertung frei ist. Desweiteren eröffnen sich heute - im Rückblick - ganz andere Zusammenhänge auf einzelne Begebenheiten als es zu Lebzeiten beider Autoren möglich war. In die Auseinandersetzung mit dem Textmaterial wurden auch die Aussagen der Interviewpartner einbezogen, da sie vor allem zu Bereichen wie Traditionsgeschichte, Redaktionsgeschichte und Motivgeschichte bei Straus überaus wichtige Informationen beitragen konnten.

2.5. Werkanalyse

Die Werke von Straus sind – zumindest im deutschsprachigen Raum – nur noch antiquarisch erhältlich. Seine englischsprachigen Veröffentlichungen sind teilweise nur in Amerika verlegt worden. Trotz seines umfangreichen Werkes und einer Fülle an recherchierbarem Sekundärmaterial ist eine detaillierte Bearbeitung seiner Schriften bisher sowohl im historischen als auch im medizinischen Kontext kaum geschehen.^{13.}

13 Es liegen bisher vier größere Arbeiten vor, die sich eingehender mit Erwin Straus beschäftigt haben:

- eine sportwissenschaftliche Diplomarbeit von MARLOVITZ (2001), die vor allem das Thema der Bewegung bei Straus betrachtet.
- eine medizinische Dissertation von PASSIE (1992), die eine vergleichende Analyse der vier befreundeten Psychiater Minkowski, Binswanger, Straus und Gebattel anstellt, wobei der Schwerpunkt auf ihren jeweiligen Beiträgen zur anthropologischen Psychiatrie liegt.
- eine medizinische Dissertation von BOSSONG (1991), die Leben und Werk von STRAUS unter Aspekten der medizinische Psychologie betrachtet.
- eine medizinische Dissertation von HOLZINGER (2006), die eine historisch-biographische Aufarbeitung von Leben und Werk Straus' unter besonderer Berücksichtigung des Briefwechsels mit Ludwig Binswanger vorgenommen hat.

Das ist bei Antonovsky anders: Seine Schriften sind weltweit verlegt und es existiert eine Vielzahl an Sekundärliteratur. Bei dessen Analyse war festzustellen, dass seine Theorie von vielen Sozialwissenschaftlern, Psychologen und Medizinern aus der Gesundheitsforschung als forschungsleitende Idee akzeptiert wird und sich unter seiner Verwendung immer wieder neue Konzepte zur Gesundheitsförderung entwickeln. Zu konstatieren war gleichfalls, dass oft eine eindeutige Verbindung zwischen den in der Primär- und den in der Sekundärliteratur vertretenen Aussagen fehlte. Zu vermuten ist, dass sich diese Diskrepanz aus der geringen Präzision mancher Darstellungen des Soziologen ergibt.

Für die vorliegende Untersuchung wurde eine Auswahl an Texten beider Autoren getroffen. Diese erfolgte themenzentriert. Die Auswahl der Zitate beruhte auf Hinweisen, die aus den Texten selbst hervorgegangen sind und auf deren Relevanz für die jeweilige Fragestellung.

3 SALUTOGENESE UND KOHÄRENZGEFÜHL – GRUNDLAGEN DES GESUNDHEITSWISSENSCHAFTLICHEN KONZEPTES VON AARON ANTONOVSKY

„We are all terminal cases. And we all are, so long as there is a breath of life in us, in some measure healthy” (ANTONOVSKY 1988, 3).

Kurzbiographie



(Vgl. LINDSTRÖM; ERIKSSON 2005)

1923	Geburt in Brooklyn, New York, USA
1952	M.A. in der Abteilung für Soziologie der Yale Universität, New York, USA
1955	Ph. D. in der Abteilung für Soziologie der Yale Universität, New York, USA
1955-1959	Dozent am Brooklyn College, New York, USA
1956	Leiter der Forschungsabteilung des Anti-Diskriminierungsausschusses des Staates New York
1959-1960	Gastprofessur an der Universität Teheran, Iran
1960	Emigration nach Israel
1960-1972	Lehr- und Forschungstätigkeit am Institut für angewandte Sozialforschung ('Applied Social Research Institute') in Jerusalem, Israel Schwerpunktthemen: Epidemiologie der Multiplen Sklerose, psychosoziale Risiken jüdischer Emigranten aus den USA in Bezug auf koronare Herzerkrankungen, präventives Zahnpflegeverhalten, ethnische Unterschiede in der Verarbeitung der Menopause bei in Israel lebenden Frauen
1972	Mitbegründer der medizinischen Fakultät der Ben-Gurion-Universität in Negev, Israel
1977/78; 1983/84	Gastprofessuren an der Abteilung für Public Health der Universität Berkeley, USA

1993 Ehrendoktorwürde der Nordic School of Public Health, Schweden
1994 Tod in Beer-Sheva, Israel

3.1. Wissenschaftlicher und historischer Entstehungskontext

Die Idee, nach der Entstehung von Gesundheit zu fragen, war in den siebziger Jahren des letzten Jahrhunderts für die gesamte medizin- und sozialwissenschaftliche Forschung – insbesondere in Nord- und Osteuropa, Nordamerika, Israel, Australien und Neuseeland – von großem Interesse (vgl. BLÄTTNER 2007, 67).

Auch die Überlegungen Aaron Antonovsky's, der sich als Soziologe sehr für gesellschaftliche Zusammenhänge und deren Auswirkungen auf Gesundheits- und Krankheitsprozesse interessierte, waren Teil dieses Zeitgeistes. Beeinflusst unter anderem von der Sozialpsychologie, die in den USA nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges von sozialkritischen Emigranten aus Europa (z.B. von **Paul Felix Lazarsfeld**) weiterentwickelt wurde, ging es ihm neben der Untersuchung von sozialen Determinanten psychischer Gesundheit vor allem um eine anwendungsorientierte Forschung und sozialkritisches Handeln. Geistige und seelische Gesundheit war für ihn nicht unabhängig von gesellschaftlich bedingten Lebenserfahrungen denkbar (vgl. ebd.).

Im Jahre 1979 veröffentlichte er das Buch „Health, Stress and Coping“ und stellte hierin erstmals explizit sein Salutogenese-Konzept vor. Ihm zufolge ginge das Konstrukt zurück auf überraschende Ergebnisse einer empirischen Forschungsarbeit aus dem Jahre 1970 (vgl. ANTONOVSKY 1979): In dieser Zeit hätte er im Rahmen seiner wissenschaftlichen Tätigkeit am ‚Applied Social Research Institute‘¹⁴ in Jerusalem unter anderem die Adaptation von israelischen Frauen unterschiedlicher Abstammung und Herkunft an das Klimakterium untersucht. Seine Analysen hätten neben soziodemographischen Daten vor allem unterschiedliche Indikatoren für emotionale Gesundheit erfasst. In den jeweiligen Zielgruppen seien mehr als 300 Frauen gewesen, die in der Zeit zwischen 1914 und 1923 in Mitteleuropa geboren worden waren. Viele von ihnen hatten daher im zweiten Weltkrieg einen Teil ihrer Lebenszeit in Konzentrationslagern verbracht.

Bei seinen Untersuchungen hätte Antonovsky folgendes festgestellt: Eine nicht unerhebliche Minderheit dieser Frauen (29%) konnte sich trotz der Erfahrungen des Holocaust recht stabil auf eine neue Lebensphase einstellen. Trotzdem sie die

¹⁴ Deutsche Übersetzung: Institut für angewandte Sozialforschung.

Immigration nach Israel zu bewältigen und anschließend in ihrer neuen Heimat bereits mehrere Kriege erlebt hatten, wäre ihr emotionaler Gesundheitszustand stabil gewesen. Diese Feststellung habe den Soziologen sehr beeindruckt (vgl. ANTONOVSKY 1979, 20). Er schreibt hierzu folgendes:

Den absolut unvorstellbaren Horror des Lagers durchgestanden zu haben, anschließend jahrelang eine deplatzierte Person gewesen zu sein und sich dann ein neues Leben in einem Land neu aufgebaut zu haben, das (wiederum) drei Kriege erlebt (...) und dennoch in einem angemessenen Gesundheitszustand zu sein! Dies war für mich die dramatische Erfahrung, die mich bewusst auf den Weg brachte, das zu formulieren, was ich später als das salutogenetische Modell bezeichnet habe. (ANTONOVSKY 1997, 15)

Zeit seines Lebens ist Antonovsky selbst beruflich und privat mit widrigen gesellschaftlichen Entwicklungen konfrontiert gewesen (vgl. BLÄTTNER 2007, 68). Seine Kindheit war von dem Leben rassistisch-jüdischer Migranten in Brooklyn, der Armut gerade dieser Gruppe während der Weltwirtschaftskrise bis zur Mitte der 1930er Jahre und dem Wiederaufleben des Rassismus in breiten Bevölkerungsschichten der USA geprägt (vgl. ebd.). Das Studium in Yale hatte Antonovsky für den Dienst in der USA-Armee im zweiten Weltkrieg unterbrechen müssen. Seine spätere Tätigkeit an der gemeindeorientierten medizinischen Fakultät der Ben-Gurion-Universität in Israel wurde von der von militärischen Interventionen durchsetzten Geschichte des Staates Israel stark beeinflusst (vgl. ebd.). Er konnte unmittelbar beobachten, welche gesundheitlichen Folgen der Antisemitismus bei den jüdischen Überlebenden hervorgerufen hatte. Sicherlich hat dieser gesamtbiographische Kontext seine wissenschaftlichen Überlegungen und Forschungsarbeiten maßgeblich geprägt.

Bei seinen Untersuchungen ging Antonovsky zunächst der Leitfrage nach, was jene Frauen, die das unvorstellbare KZ-Grauen, eine Immigration und mehrere Kriege in Israel erlebt hatten und trotzdem gesund geblieben waren von denjenigen unterschied, die das Gleiche erlebt hatten und gesundheitliche Schäden davon getragen hatten (vgl. ANTONOVSKY 1979, 15).

Das Thema – Wie kommt es dazu, dass Menschen gesund bleiben, selbst wenn sie einem hohen Stress ausgesetzt sind? – wurde für ihn zum zentralen Forschungsinhalt:

Im menschlichen Leben sind Stressoren omnipräsent. Dennoch überleben viele Menschen, wenn auch bei weitem nicht die meisten, sogar mit einer hohen Stressorbelastung und kommen sogar gut zurecht. Abgesehen von Stressoren, die den Organismus direkt zerstören, ist es nicht vorhersehbar, wie sich die Gesundheit von Menschen entwickelt. Dies ist das Geheimnis, das die salutogenetische Orientierung zu enträtseln versucht. (ANTONOVSKY 1997, 16)

Um dieses Vorhaben realisieren zu können, bedürfe es eines grundsätzlichen Perspektivwechsels innerhalb der Gesundheitswissenschaften: Medizin, klinische Psychologie und Sozialwissenschaften seien vorwiegend ‚pathogenetisch‘ orientiert,

d.h. darauf ausgerichtet, nach spezifischen Ursachen zu suchen, die Menschen krank machen. Anstatt sich auf die Suche nach einer ‚Wunderwaffe‘ gegen jede Krankheit zu fixieren, sollten sich die Gesundheitswissenschaften hingegen darauf konzentrieren, Qualitäten zu identifizieren, die eine aktive Adaptation des Organismus an seine Umwelt fördern:

Eine pathologische Orientierung versucht zu erklären, warum Menschen krank werden, warum sie unter eine gegebene Krankheitskategorie fallen. Eine salutogenetische Orientierung, die sich auf die Ursprünge der Gesundheit orientiert, stellt eine radikal andere Frage: Warum befinden sich Menschen auf der positiven Seite des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums oder warum bewegen sie sich auf den positiven Pol zu, unabhängig von ihrer aktuellen Position? (Ebd.)

Um die Argumentation von Antonovsky richtig zu verstehen, sollte man zentrale Begriffe seines Konzeptes kennen und einordnen können. Diese sind:

3.1.1. Der Begriff ‚Paradigma‘

Das Wort *Paradigma*¹⁵ ist griechisch-lateinischen Ursprungs und bedeutet: Beispiel, Vorbild, Muster oder auch Abgrenzung, Vorurteil. Seit dem späten 18. Jahrhundert wird der Begriff als erkenntnistheoretischer Ausdruck benutzt, um wissenschaftliche Denkweisen zu beschreiben (vgl. PEINE 2006, 12).

Endgültig in die wissenschaftstheoretische Debatte eingeführt hat ihn der Physiker **Thomas Samuel Kuhn** im Jahre 1962. In seinem Buch „The Structure of Scientific Revolutions“¹⁶ (1962) definiert er ein wissenschaftliches Paradigma als

(...) die grundlegende Überzeugung einer Wissenschaft, die sie hinsichtlich der zu bearbeitenden Themen und Fragestellungen, hinsichtlich der zugrundeliegenden Theorien und hinsichtlich der angewendeten Methoden als sinnvoll erachtet. (...) Ein Paradigma ist das, was den Mitgliedern einer wissenschaftlichen Gemeinschaft gemeinsam ist, und umgekehrt besteht eine wissenschaftliche Gemeinschaft aus Menschen, die ein Paradigma teilen. (Ebd., 186)

Nach Kuhn beschreibt ein Paradigma das vorherrschende Denkmuster in einer bestimmten Zeit: Jedes Paradigma baue auf einer bestimmten Vorstellung der Realität und einem bestimmten Menschenbild (vgl. ebd.). Paradigmen würden einen allgemein anerkannten Konsens über Annahmen und Vorstellungen widerspiegeln, die es ermöglichen, für bestimmte Fragestellungen Lösungen zu bilden. Ein Paradigma sei solange anerkannt, bis Phänomene aufträten, die mit der bis dahin gültigen Lehrmeinung nicht vereinbar seien. Zu diesem Zeitpunkt würden dann neue Theorien aufgestellt werden, die meist zwischen den Verfechtern der unterschiedlichen

¹⁵ Griechisch: *parádeigma*, aus: griechisch: *pará* / deutsch: neben und griechisch: *deiknynai* / deutsch: zeigen, begreiflich machen (vgl. VANICEK 2005).

¹⁶ Deutsche Übersetzung: „Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen“.

Lehrmeinungen ausgefochten werden müssten. Setze sich dann eine neue Lehrmeinung durch, spräche man vom sogenannten Paradigmenwechsel (vgl. ebd.). Wissenschaft entwickelt sich Kuhn zufolge nicht kontinuierlich, sondern folgt den Stufen der Paradigmenkonzeption, der Paradigmenkrise und des Paradigmenwechsels. Die Phase der Entstehung und Etablierung eines neuen Paradigmas bezeichnet Kuhn als wissenschaftliche Revolution (vgl. ebd.).

3.1.2. Der Begriff ‚Pathogenese‘

Diesen Begriff verwendet Antonovsky ausgesprochen häufig. *Pathogenese* meint Folgendes: Zusammengesetzt aus den griechischen Worten ‚pathos‘¹⁷ und ‚genesis‘¹⁸ beschreibt dieser Terminus die Entstehung und Entwicklung einer Krankheit mit allen daran beteiligten Faktoren (vgl. WERMKE 2006).

Das Ziel pathogenetischer Überlegungen ist es, die Genese einer Krankheit mit ihren einzelnen Bestimmungsfaktoren wiedergeben zu können. Der mit naturwissenschaftlichen Methoden erfassbare Ablauf eines Krankheitsprozesses wird auch als Pathomechanismus bezeichnet. Die Ursachen einer Erkrankung hingegen werden in der Ätiologie abgehandelt. Unterschieden wird die kausale von der formalen Pathogenese. Während erstere verkürzt dargestellt die Veranlagung des Individuums zu erkranken meint, bezeichnet die formale Pathogenese die funktionellen und strukturellen Krankheitsprozesse im Individuum (vgl. ebd.).

Will man sich mit dem pathogenetischen Denkansatz in der Medizin auseinandersetzen, wird man Folgendes feststellen: Um den Begriff ‚Pathogenese‘ richtig einordnen zu können, ist ein grundsätzliches Verständnis des allgemeinen Krankheitsbegriffes notwendig, denn Pathogenesemodelle bauen ihrerseits auf einer spezifischen Vorstellung von Krankheit auf.

Schon der bekannte Anatom **Karl Albert Ludwig Aschoff** hat behauptet: „Die Geschichte der Medizin ist in erster Linie eine solche der geschichtlichen Erkenntnis des Krankheitsbegriffes“ (ASCHOFF 1938, 40) und damit angedeutet, wie schwierig es ist, Krankheit eindeutig zu determinieren.

¹⁷ Griechisch: pathos / deutsch: Leiden-(schaft), Sucht, Pathos (vgl. VANICEK 2005).

¹⁸ Griechisch: genesis / deutsch: Entstehung, Schöpfung, Geburt (vgl. VANICEK 2005).

So ist es nicht verwunderlich, dass das Sozialgesetzbuch auf seine exakte Definition verzichtet und nur die Rechtssprechung¹⁹ Krankheit verbindlich festlegt (vgl. BSG 1967). Nach ihr ist „Krankheit im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung ein regelwidriger körperlicher oder geistiger Zustand, dessen Eintritt entweder lediglich die Notwendigkeit einer Heilbehandlung oder zugleich oder ausschließlich die Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat“ (BSG 1967). Regelwidrig ist ein Körper- oder Geisteszustand dann, wenn er von der Norm, welche maßgeblich durch das Leitbild des gesunden Menschen bestimmt wird, abweicht (vgl. BLEY 1975). Behandlungsbedürftigkeit besteht dann, wenn der regelwidrige Zustand nicht ohne ärztliche Hilfe behoben, gebessert, oder vor Verschlimmerung bewahrt werden kann (vgl. ebd.). Arbeitsunfähigkeit liegt dann vor, wenn ein Versicherter infolge des regelwidrigen Körper- oder Geisteszustands nicht oder nur unter der Gefahr, diesen Zustand zu verschlimmern, imstande ist, seiner bisher ausgeübten Erwerbstätigkeit nachzugehen (vgl. ebd.).

Demnach beruht die Vorstellung von Krankheit auf einem spezifischen Denkmodell zur Deutung von erklärungsbedürftigen Abweichungen, d.h. auf einem Paradigma (vgl. ROTSCHUH 1975, 45). Im Gegensatz zu speziellen Krankheitsdefinitionen, die einzelne Krankheiten genauer beschreiben, ist der allgemeine Krankheitsbegriff relativ offen und unbestimmt, so dass er immer wieder auf neue Zustände und Erscheinungen angewandt werden kann.

Der Wissenschaftstheoretiker **Karl Eduard Rothsuh** hat in seinem Buch „Was ist Krankheit?“ (1975) verschiedene Krankheitsvorstellungen zusammengestellt und den Wechsel und die Vielfalt der Auffassungen in verschiedenen Zeiten herausgearbeitet. Für ihn ist der Begriff Krankheit ein Konstrukt, welches sich zusammensetzt aus (vgl. ebd.):

- den medizinischen Befunden und deren Beschreibung,
- den zur Untersuchung des Patienten verfügbaren Verfahren,
- der Wahrnehmung und Wertung der einzelnen Symptome durch den Patienten,
- der Wahrnehmung und Wertung der einzelnen Symptome durch den Arzt und Laborspezialisten und
- der Wahrnehmung und Wertung der einzelnen Symptome in der Gesellschaft.

¹⁹ Der Begriff Rechtssprechung ist die fachspezifische Bezeichnung für das sozialgerichtliche Urteil des Einzelfalls.

Krankheit sei vielfältig, so dass für ihre Definition im Sinne eines ‚interaktiven Dualismus‘ gleichermaßen objektive ärztliche wie subjektive patientenbezogene Kriterien Berücksichtigung finden müssten (vgl. ebd.).

Viele wissenschaftstheoretische Ausrichtungen haben es sich in der Vergangenheit zur Aufgabe gemacht, das Phänomen aus unterschiedlicher Perspektive zu beschreiben. Hieraus entstanden sind bestimmte Krankheitstheorien bzw. Krankheitsparadigmen, die auch heute noch als Orientierung für praktisches Handeln dienen. Die zwei bekanntesten pathogenetischen Krankheitsparadigmen sind das *biomedizinische* und das *biopsychosoziale Krankheitsmodell*.

3.1.3. Das biomedizinische Krankheitsparadigma

In traditionell biomedizinischer Perspektive wird Krankheit definiert als eine Störung von biologischen Prozessen (vgl. HAUSER 2004, 397ff.). Gesundheit gilt in diesem Paradigma als ‚Krankheitsfreiheit‘. Das biomedizinische Krankheitsparadigma impliziert eine ätiologische Herangehensweise, die darauf angelegt ist, jeder Krankheit eine Ursache (Noxe, Erreger, Stressor) zuzuschreiben. Ist diese Ursache bestimmt, richten sich die therapeutischen Bemühungen auf deren Beseitigung bzw. auf die Reparation ihrer gesundheitsschädlichen Implikationen. Eine Behandlung hat somit fremdbeeinflussenden Charakter mit dem Ziel, den ‚status quo ante‘²⁰ wieder herzustellen. Diese Vorgehensweise wird häufig auch als ‚retrospektiv‘, ‚reduktionistisch‘, ‚monofaktoriell‘ und ‚kausal‘ bezeichnet (vgl. ebd.).

Die Grundannahmen des Modells sind:

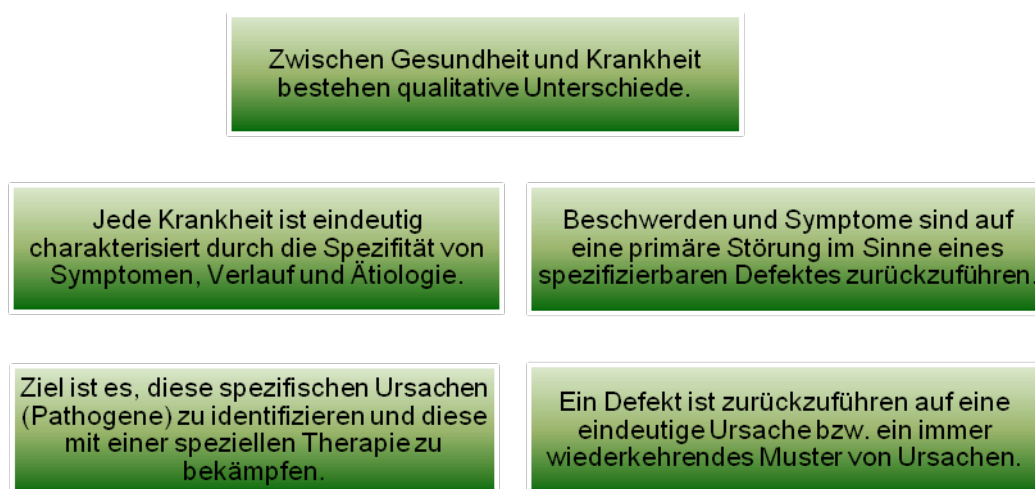


Abb. 1. Wesentliche Grundannahmen des biomedizinischen Krankheitsmodells.
²⁰ Lateinisch: Status quo, deutsch bestehende Angelegenheit (vgl. VANICEK 2005).

Das biomedizinische Modell fasst den Krankheitsbegriff in folgenden Dimensionen (vgl. SCHULTE 1997, 19 ff.):

Krankheitsursache Jede Krankheit ist auf eine eindeutige Ursache zurückzuführen (Monokausalität).

Krankheit Krankheit ist ein veränderter personeller Zustand. Dabei sind in der Regel pathologische Defekte im Körper der Person feststellbar (körperlicher Aspekt).
Bei einer Erkrankung handelt es sich stets um einen objektivierbaren und naturwissenschaftlich erklärbaren Prozess.
Das Individuum selbst ist für die Entstehung und den Verlauf seiner Krankheit nicht verantwortlich.

Kranksein Wenngleich die Krankheitsursache stets in organischen Veränderungen zu suchen ist, können psychische und soziale Faktoren als krankheitsauslösende Bedingungen wirken.
Die Befunderhebung stützt sich daher neben körperlichen Symptomen auch auf das berichtete Erleben von Beeinträchtigung und Unwohlsein (psychologischer Aspekt).

Krankenrolle Die Krankenrolle bezeichnet eine zugeschriebene Rolle mit besonderen Rechten und Pflichten (sozialer Aspekt).

Die Dimension ‚Krankenrolle‘ wird im biomedizinischen Modell zwar benannt, ist aber bei genauerer Betrachtung von untergeordneter Relevanz (vgl. ebd.). Das lässt sich nicht zuletzt daran erkennen, dass anstelle des Krankheitsbegriffs häufig der Begriff der ‚Störung‘ verwendet wird. Während ‚Krankheit‘ nämlich zum Teil berufs- und

versicherungsrechtliche sowie versorgungstechnische Konsequenzen impliziert, ist der Begriff ‚Störung‘ demgegenüber viel breiter angelegt und weniger belastet (vgl. ebd.).

Antonovsky lehnt das biomedizinische Modell weitestgehend ab. Seiner Ansicht nach führt der hier zugrunde liegende pathologiezentrierte Denkansatz zu einer unannehmbaren Dichotomisierung: Menschen würden hierin entweder als „völlig krank“ oder als „völlig gesund“ klassifiziert (vgl. Antonovsky 1997, 22). Die Dimensionen Gesundheit und Krankheit seien aber nicht kategorial unterscheidbare Zustände, sondern bildeten stattdessen ein prozessuales Geschehen, welches über den gesamten Lebenslauf betrachtet werden müsse (vgl. ebd.). Er konstatiert folgendes:

- Das biomedizinische Krankheitsmodell sei einseitig biologisch orientiert und könne daher nur einen Teil von Krankheitsursachen erfassen (vgl. ANTONOVSKY 1997, 29).
- In dem biomedizinischen Konzept werde der kranke Mensch als Subjekt und Handelnder weitgehend ausgeklammert. Als ein passives Objekt sei er physikalischen Prozessen „ausgeliefert“, auf die seine psychische und soziale Wirklichkeit und sein Verhalten keinen Einfluss haben würden (vgl. ebd.).
- Das biomedizinische Krankheitsmodell wäre für die Bewältigung von Krankheiten nur begrenzt effektiv, da es individuenzentriert und kurativ orientiert sei. Eine überwiegend biologische und auf den einzelnen Menschen begrenzte Sichtweise von Krankheit könne jedoch weder nichtbiologische noch außerhalb des einzelnen Menschen liegende Krankheitsursachen in den Griff bekommen. Das wiederum bedeute, dass der gesamte Bereich der Prävention ausgespart bleibe. Die Medizin werde in diesem Modell erst dann wirksam und kompetent, wenn Krankheit bereits eingetreten sei. Dadurch blieben nicht nur präventive sondern ebenso rehabilitative Maßnahmen unterentwickelt (vgl. ebd., 24).

Mit seiner Kritik war Antonovsky keinesfalls allein (vgl. NEUBAUER 2008, 45ff.).²¹ Vor allem der Einwand, das biomedizinische Konstrukt lege zu viel Wert darauf, Störungen und Erkrankungen ausschließlich durch Abweichungen von biologischen Prozessen zu definieren, war für viele Wissenschaftstheoretiker nachvollziehbar (vgl. ebd.). Gesucht

²¹ Kritik am biomedizinischen Krankheitsmodell wurde ebenfalls geübt von Thomas Szasz (USA), Ronald David Laing (England), Klaus Dörner (Deutschland), Michel Foucault (Frankreich) und Franco Basaglia (Italien) als Vertreter aus dem Bereich der Psychiatrie, von Erving Goffmann, Otto Scheff, Heiner Keupp, Ernst von Kardorff als Vertreter aus dem Bereich der Soziologie und von Heiner Keupp und Johannes Ullmann als Vertreter aus dem Bereich der klinischen Psychologie (vgl. NEUBAUER 2008).

wurde daher ein Krankheitsmodell, das integrativ und interdisziplinär konzipiert ist. Sowohl somatische als auch psychische und soziale Faktoren sollten hierbei Berücksichtigung finden. In dieser Tradition steht das biopsychosoziale Krankheitsmodell:

3.1.4. Das biopsychosoziale Krankheitsparadigma

Explizit ausformuliert und propagiert wurde es erstmals im Jahre 1976 durch den amerikanischen Medizinteoretiker **George Libman Engel**.

Seinen eigentlichen Ursprung hat es neben der somatischen vor allem in der psychosomatischen Medizin, der klassischen Sozialmedizin und Sozialhygiene. Innerhalb der Medizin gilt es heute als eine der bedeutendsten Theorien für die Beziehung zwischen Körper und Geist, da es das relativ geschlossene, naturwissenschaftlich medizinische, überwiegend auf den Körper, seine Funktionsweisen und -defizite bezogene Konzept von Krankheit, ihrer Entstehung und ihrem Verlauf um die seelische Komponente erweitert (vgl. EGGER 2005, 34). Erleben, Erlebnisverarbeitung und das Verhalten des Menschen bekommen hierin eine nicht mehr wegzudenkende Bedeutung.

Krankheit stellt sich nach diesem Konstrukt dann ein, wenn der Organismus die autoregulative Kompetenz zur Bewältigung von auftretenden Störungen auf beliebigen Ebenen des Systems ‚Mensch‘ nicht ausreichend zur Verfügung stellen kann und relevante Regelkreise für die Funktionstüchtigkeit des Individuums überfordert sind bzw. ausfallen. Gesundheit bedeutet wiederum die ausreichende Kompetenz, beliebige Störungen auf verschiedenen Systemebenen autoregulativ zu bewältigen.

Anders formuliert: „Health is not a state that once attained then remains stable, it is an unremitting capturing of health and overcoming of sickness“²² (DANZER 2002, 17). Gesundheit ist nach diesem Modell ein Prozess, der in jeder Sekunde des Lebens gestaltet werden muss.

Wegen der parallelen Verschaltung der Systemebenen ist es nicht so bedeutsam, auf welcher Ebene oder an welchem Ort eine Störung generiert oder augenscheinlich wird, sondern welchen Schaden diese auf der jeweiligen Systemebene, aber auch auf den unter- und übergeordneten Systemen zu bewirken imstande ist.

²² Übersetzung d. Verf.: „Gesundheit ist kein Zustand, welcher, ist er einmal erreicht, in der Zukunft automatisch fortbesteht. Gesundheit ist stets neu zu erobern, genauso wie Krankheit immer wieder aktiv überwunden werden muss.“

Als eine wichtige Folgerung aus dem biopsychosozialen Krankheitsmodell gilt, dass jedes Ereignis oder jeder Prozess, der an der Ätiologie, der Pathogenese, der symptomatischen Manifestation und der Behandlung von Störungen beteiligt ist, folgerichtig nicht entweder biologisch oder psychologisch ist, sondern sowohl biologisch als auch psychologisch (vgl. EGGER 2005, 15 ff.).

Die Grundannahmen des Modells sind:

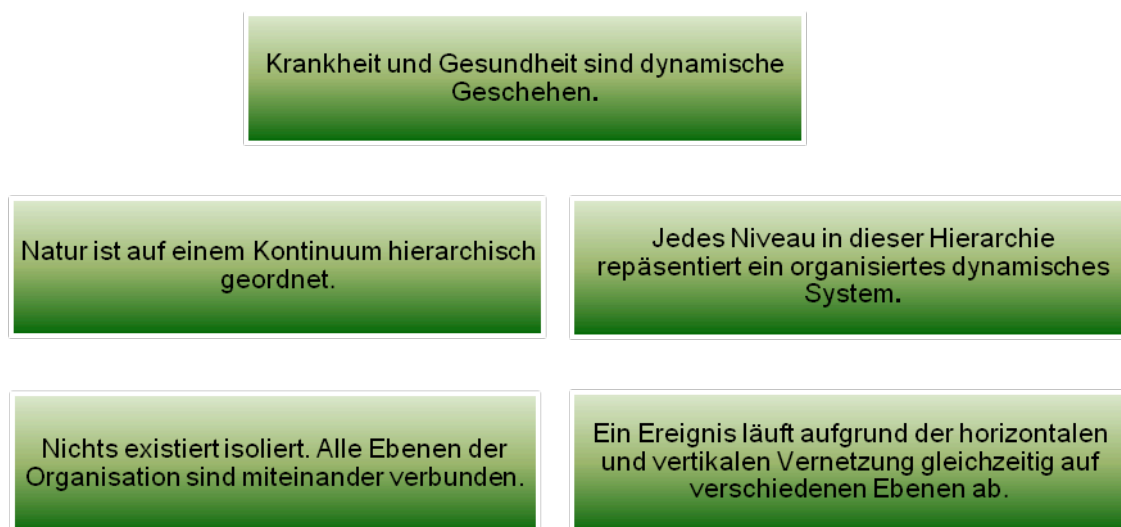


Abb. 2: Wesentliche Grundannahmen des biopsychosozialen Krankheitsmodells. (Erstellt von d. Verf. in Anlehnung an EGGER 2005)

Das biopsychosoziale Modell fasst den Krankheitsbegriff in folgenden Dimensionen (vgl. ebd., 20ff):

Krankheitsursache Krankheitsursachen sind multifaktoriell: Organische Befunde gehen einher mit Störungen des Erlebens und Verhaltens, welches seinerseits strukturelle Prozesse vor- und rückwirkend modulieren. Biologische, psychologische und soziale Faktoren stehen in unmittelbarer Wechselwirkung.

Krankheit Krankheit ist ein veränderter personeller Zustand. Sie entsteht bei fehlender Kompetenz des Systems ‚Mensch‘, beliebige Störungen auf beliebigen Systemebenen autoregulativ zu bewältigen. Das

Individuum ist demnach maßgeblich an der Entstehung und dem Verlauf seiner Krankheit beteiligt.

Kranksein

Kranksein umfasst mindestens drei Abstraktionsebenen:

1. biomedizinische Krankheitsdimension,
2. psychologische Krankheitsdimension,
3. öko-soziale Krankheitsdimension.

Alle drei werden in der Befunderhebung erfasst.

Krankenrolle

Die Krankenrolle bezeichnet eine zugeschriebene Rolle mit besonderen Rechten und Pflichten (sozialer Aspekt).

Auch das biopsychosoziale Modell weist für Antonovsky eine Vielzahl an Einschränkungen und Limitierungen auf. So würden die Themen Gesundheit und Krankheit hier nach wie vor biomedizinisch beherrscht werden. Wenngleich das Modell eine weitere Ursachenvariable einführe – nämlich das sog. ‚Psychische‘ – bliebe es doch individualistisch und kurativ orientiert (vgl. ANTONOVSKY 1997, 24). Mit dieser Perspektive allein ließe sich noch keine entscheidende Qualitätsverbesserung in der Patientenversorgung erzielen (vgl. ebd.).

Das biopsychosoziale Modell schreibe vor allem den Ärzten die Rolle als eigentliche Experten für Gesundheit und Krankheit zu. Damit hätten es andere Gesundheitsberufe schwer, im Gesundheitswesen entsprechend ihrer Bedeutung Fuß zu fassen. Psychosoziale Bedingungen von Gesundheit und Krankheit würden jedoch nicht ausschließlich durch das medizinische System bearbeitet werden können (vgl. ebd.). Hier könnten Mediziner bestenfalls als Ratgeber auftreten (vgl. ebd.).

Antonovsky ist davon überzeugt, dass die grundsätzliche Erweiterung um psychologische und soziologische Aspekte, die in diesem Konzept umgesetzt worden ist, nichts an seiner grundsätzlichen Orientierung an einem Defizitmodell des Menschen ändert. Das ist für ihn problematisch: „(...) it leads to a failure to understand the etiology of the person's state of health“²³ (ANTONOVSKY 1988, 4).

²³ Übersetzung d. Verf.: „(...) es führt dazu, dass man es versäumt, sich mit der Entstehung und dem Erhalt von Gesundheit auseinanderzusetzen.“

Antonovsky lehnt die Dominanz einer pathogenetischen Orientierung in Medizin, Psychologie und Sozialwissenschaften ab (vgl. ebd.). ‚Gesundheit stärken statt Krankheit bekämpfen‘ heißt stattdessen die Maxime, auf die sich das Gesundheitssystem seiner Ansicht nach zukünftig stützen sollte (vgl. GLAZINSKI 2007, 135). Klinisch-kurative Dimensionen würden durch eine auf Gesunderhaltung und individuelle Responsivität gerichtete Theorie und Praxis eine sinnvolle Ergänzung erfahren (vgl. ANTONOVSKY 1997, 24). Der erste Schritt in diese Richtung sei – wie bei der Pathogenese auch – die Beschreibung der Bedingungen und Determinanten einer Gesunderwicklung und Gesundheitserhaltung. Für diesen Prozess prägte er schließlich im Jahre 1979 den Begriff der ‚Salutogenese‘ (vgl. ANTONOVSKY 1979).

3.1.5. Der Begriff ‚Salutogenese‘

Das Wort *Salutogenese* setzt sich zusammen aus ‚salus‘²⁴ und ‚genesis‘²⁵ und bedeutet soviel wie ‚Gesundheitsentstehung‘ oder ‚Ursprung von Gesundheit‘ (vgl. WERMKE 2006). Es wurde von Antonovsky als Neologismus in den internationalen Sprachgebrauch eingeführt, um gezielt einen Gegenbegriff zum Terminus ‚Pathogenese‘ zu formulieren (vgl. LORENZ 2004, 34). Während jener sich mit der Entwicklung und Entstehung von Krankheit beschäftigt, stehen im Fokus salutogenetischer Überlegungen folgende Fragestellungen (vgl. GLAZINSKI 2007, 140):

1. Was erhält Menschen gesund?
2. Was fördert Gesundungsprozesse?
3. Warum werden unter gesundheitsgefährdenden Einflüssen manche Menschen nicht krank?

Die traditionelle pathologische Orientierung in der Medizin ist Antonovsky zufolge gekennzeichnet durch das Fehlen einer verbindlichen Modellvorstellung von Gesundheit und einem Mangel an konsensusgestützten Theorien zu Entwicklungsbedingungen von Gesundheit und Gesunderhaltung.

Die Übernahme des dichotomen Denkansatzes tendiert unweigerlich zu einer eingeschränkten (...) Sichtweise. Erstens wird die Aufmerksamkeit auf die Pathologie gerichtet, nicht auf den Menschen mit einem bestimmten medizinischen Problem. (...) Zweitens wird der Pathogenetiker zu einem beschränkten Spezialisten für eine bestimmte Krankheit, anstatt dass er ein Verständnis von Ent-Gesundung gewinnen würde, ganz zu schweigen von Gesundheit. (ANTONOVSKY 1997, 24)

²⁴ Lateinisch: salus, salutis / deutsch: Gesundheit, Wohlergehen (vgl. VANICEK 2005).

²⁵ Griechisch: genesis / deutsch: Entstehung, Schöpfung, Geburt (vgl. VANICEK 2005).

Sein Salutogenese-Konzept sei nicht einfach als eine Alternative zum Pathogenesemodell zu verstehen. Als ein selbständiger Denk- und Handlungsrahmen für Vorsorge und Kuration solle es die krankheitsorientierte Sicht- und Handlungsweise durch ein explizites Gesundheitsmodell ergänzen (vgl. ebd.).

3.1.6. Das Paradigma der Salutogenese

Gesundheitsbezogene Lebensqualität ist für Antonovsky ein multidimensionales Konstrukt, das körperliche, emotionale, mentale, soziale und verhaltensbezogene Komponenten des Wohlbefindens und der Funktionsfähigkeit aus Sicht des Individuums beinhaltet (vgl. LORENZ 2004, 24). Wie der Soziologe den Begriff Gesundheit definiert, ist in keiner seiner Schriften explizit ausgeführt (vgl. ebd.).

Folgende Erklärung kommt durch ihre Berücksichtigung von individuellen und vor allem salutogenetischen Aspekten seinen Vorstellungen nach Ansicht d. Verf. nahe:

Gesundheit wird als eine subjektiv erlebte und bewertete und zugleich external wahrnehmbare und bewertende, genuine Qualität der Lebensprozesse im Entwicklungsgeschehen des Leib-Subjektes und seiner Lebenswelt gesehen. Der gesunde Mensch nimmt sich selbst ganzheitlich und differentiell, in leiblicher Verbundenheit mit seinem Lebenszusammenhang (Kontext und Kontinuum) wahr. Im Wechselspiel von protektiven und Risikofaktoren, d.h. fördernder und entlastender Stilbildung, entsprechend seiner Vitalität/Vulnerabilität, Bewältigungspotentiale, Kompetenzen und Ressourcenlage ist er imstande, kritische Lebensereignisse bzw. Probleme zu handhaben, sich zu regulieren und zu erhalten. Auf dieser Grundlage kann er seine körperlichen, seelischen, geistigen, sozialen und ökologischen Potentiale kreativ und konstruktiv entfalten und so ein Gefühl von Kohärenz, Sinnhaftigkeit, Integrität und Wohlbefinden entwickeln (...), wobei in der Regel auch ein guter immunologischer und physischer Gesundheitszustand (Salutophysiologie) vorhanden ist – wenngleich er damit durchaus nicht immer vorhanden sein muss. (PETZOLD 2001, 76)

Gesundheit und Krankheit seien prozessuale Geschehen (vgl. ANTONOVSKY 1997, 22). Antonovsky spricht in diesem Zusammenhang von einem „multidimensionalen Gesundheits-Krankheits-Kontinuum“, dessen Entwicklung über den gesamten Lebensverlauf betrachtet werden muss (ebd.).

Versteht man Gesundheit als ein dynamisches Gleichgewicht, das vom Individuum immer wieder durch Selbstorganisationsprozesse im Austausch mit der Umwelt hergestellt wird, dann gewinnt die subjektive Identitätskonstruktion hier eine besondere Bedeutung. Gesundheit ist Ausdruck der individuellen Lebensgeschichte, Ergebnis der fortwährenden Auseinandersetzung mit den inneren Bedürfnissen und äußeren Anforderungen des Einzelnen (vgl. HÖFER 2006, 59).

Vor diesem Hintergrund ist ‚Salutogenese‘ keine kurative, an bestimmte Fachdisziplinen delegierbare Aufgabe, sondern vielmehr eine individuelle und gesamtgesellschaftliche Herausforderung (vgl. BLÄTTNER 2007, 71). Diese mehrperspektivische Sicht stellt die

Expertenschaft des Behandelnden in den Hintergrund zugunsten von mehr Souveränität des Patienten.

Die Berücksichtigung der individuellen Lebensgeschichte des Patienten macht es möglich, wichtige Ressourcen und Potentiale zu entdecken, die zur Gesundung beitragen, indem sie Selbstheilungskräfte – beispielsweise im Sinne von Kontrolle über gegebene Lebensbedingungen – mobilisieren.

Antonovsky's Denken zielt auf ein synthetisches Erfassen und Verstehen komplexer organismischer Eigenleistungen und Eigengesetzlichkeiten unter bewusster Miteinbeziehung lebensweltlicher Kontextfaktoren (ebd., 73).

Die Grundannahmen seines Modells sind:

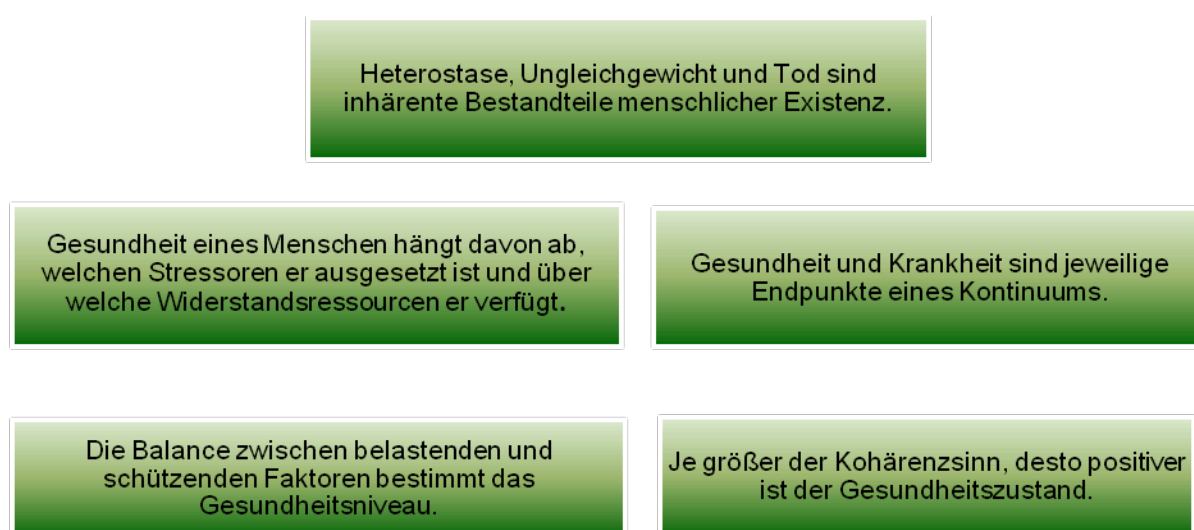


Abb 3: Wesentliche Grundannahmen des Salutogenesemodells.
(Erstellt von d. Verf. in Anlehnung an ANTONOVSKY 1979; 1991b; 1997).

Der „radikale Unterschied“ zwischen dem pathogenetischen Paradigma und dem salutogenetischen Paradigma sei folgender (vgl. ANTONOVSKY 1997, 25):

Das traditionelle Paradigma behauptete, dass der Mensch ursprünglich in einem Zustand der ‚Homöostase‘²⁶ leben würde. Das bedeute, er lebe in einem relativ konstanten Gleichgewicht, welches durch unterschiedlichste Kontrollmechanismen und Regelkreise

²⁶ Der Begriff Selbstregulation oder **Homöostase** hat in verschiedenen theoretischen und praktischen Zusammenhängen eine unterschiedliche Bedeutung: In der Systemtheorie und Kybernetik bezeichnet Selbstregulation die Fähigkeit eines Systems, sich durch Rückkopplung selbst innerhalb gewisser Grenzen in einem stabilen Zustand zu halten. Das Konzept der Homöostase wurde erstmals um 1860 von dem Physiologen Claude Bernard beschrieben, der Begriff wurde erst später geprägt durch Walter Cannon im Jahre 1929. In diesem Sinne wird der Terminus heute in zahlreichen wissenschaftlichen Disziplinen verwendet, deren Gegenstand Systeme sind, so z.B. in der Physik, Biologie, in den Wirtschaftswissenschaften, der Soziologie, der Psychologie oder in der Rechtswissenschaft. Im Lexikon der Psychologie Bertelsmann (1992) findet sich folgende Definition: „Fließgleichgewicht, die Fähigkeit eines Systems, besonders eines Organismus, sich trotz Störungen der Umwelt in einem stabilen Zustand zu halten“ (ebd., 173).

aufrecht erhalten werde. Nur in Ausnahmefällen – wie bei kritischen Lebensereignissen oder Krankheiten – komme es zu einer Beeinträchtigung dieses Zustandes. Dann müsse Energie aufgewendet werden, um die Homöostase wieder herzustellen.

Diese Auffassung kann der Soziologe nicht teilen: Seiner Ansicht nach würden sich Menschen stets zwischen den Zuständen von Gesund- und Kranksein bewegen. Sie bildeten ein Kontinuummodell, nach dem Bewegungen mehr oder weniger in alle Richtungen möglich seien (vgl. ebd.). Absolute Gesundheit gebe es hierin ebenso wenig wie völliges Kranksein (vgl. ebd.).

Aus diesem Grund ist Antonovsky auch der Idee der ‚Heterostase‘ verpflichtet, das heißt der Vorstellung, dass sich der Mensch meistens in einem Ungleichgewicht, in einer fehlenden Stabilität bewegen würde: „Ich gehe davon aus, dass Heterostase, Ungleichgewicht und Leid inhärente Bestandteile menschlicher Existenz sind, ebenso wie der Tod“ (ANTONOVSKY 1991, 112).

Der menschliche Organismus sei als System wie alle lebenden Systeme der Kraft der ‚Entropie‘²⁷ aufgeliefert. Pathogene seien ubiquitär, durchdringend, endemisch und weit verbreitet. Daher müsse ihnen beständig negative Entropie entgegengesetzt werden (vgl. ebd.).

Zusammengefasst formuliert heißt das:

- Seelische und körperliche Gesundheit steht für Antonovsky in unmittelbarem Zusammenhang mit effektiver Bewältigung von inneren und äußeren Anforderungen.
- Dieser Prozess verlangt vom Individuum unterschiedliche Fähigkeiten und Fertigkeiten, die auf Ebenen des Denkens, Fühlens und Verhaltens zum Einsatz kommen.

Um seine Argumentation metaphorisch zu veranschaulichen, gebraucht der Soziologe das Bild vom sogenannten ‚Fluss des Lebens‘ (vgl. ANTONOVSKY 1979; 1988; 1991b): „Wir alle befinden uns in verschiedenen Flüssen, deren Strömungen und Strudel oder

²⁷ **Entropie** ist ursprünglich als Terminus für eine abstrakte Funktion konzipiert worden, die Folgendes bezeichnet: (1) eine physikalische Zustandsgröße in der Thermodynamik und der statistischen Mathematik, (2) ein Maß für die Informationsdichte in der Informationstheorie, (3) eine Zufallsvariable in der Stochastik. Seit den Arbeiten des Physikers und Philosophen Ludwig Boltzmann gilt der Begriff allgemein als ein Maß für die Unordnung eines physikalischen Systems. In dieser Bedeutung findet er seither zunehmend populärwissenschaftlich Anwendung, vor allem dort, wo ordnende Prozesse und soziale Systeme erforscht werden. Die Gleichsetzung von ‚Entropie‘ mit dem Begriff ‚Unordnung‘ ist jedoch mittlerweile umstritten, da sie leicht zu Aussagen führt, die verwirrend, unklar oder anfechtbar sind (vgl. ZEYER 1997, 380 ff.). Antonovsky gebraucht ihn, um damit die prozessuale Zunahme an minderwertiger Energie zu beschreiben, die letztlich kumulieren kann im Kampf um Leben und Tod.

andere Gefahrenquellen variieren; niemand befindet sich jemals am sicheren Ufer“ (ANTONOVSKY 1997, 27). Zu Beginn unseres Lebens würden wir alle unseren Fuß in diesen Fluss setzen, der gefährliche Biegungen und Stromschnellen bereithalte. Gesund zu bleiben bedeute hier nichts anderes, als in diesem Fluss ein guter Schwimmer zu werden. Immer wieder komme man in Situationen, die die volle Aufmerksamkeit erfordern würden. Von dem Ursprung des Wasserquells bis zur Mündung stelle der Fluss unterschiedliche Anforderungen an den Menschen, der flexibel seine Fähig- und Fertigkeiten zum Einsatz bringen müsse, um jeweils adäquat reagieren zu können (vgl. ebd.).

In diesem metaphorisch dargestellten Belastungs- bzw. Bewältigungsmodell ist der Mensch externen Kräften nicht passiv ausgesetzt. Vielmehr kann er im Rahmen vorhandener Bewältigungsressourcen sein eigenes Leben aktiv beeinflussen.

Gesundheit wird somit kreiert als autopoetischer, konstruktiver Prozess von Selbst-Organisation und Selbsterneuerung. So wird Gesundheit als prozessuales Geschehen permanent neu geschaffen, als immunologisch verstandene Abwehr, als Anpassung an die gegebenen und sich wandelnden Umweltbedingungen und als zielgerichtete Veränderung durch das Individuum. (LORENZ 2004, 34)

Bisherige Erörterungen haben versucht, allgemeine terminologische Klärungen zu geben. Nun soll es darum gehen, explizit einzelne Determinanten des Salutogenesemodells vorzustellen. Ausgangspunkt der Analysen sind dabei folgende Überlegungen:

- Wodurch lassen sich salutogenetische Kernfragen beantworten?
- Welche Möglichkeiten gibt es für das Individuum, sich dem positiven Pol des Gesundheits- / Krankheitskontinuums zu nähern?
- Wie verarbeitet das Individuum Spannungszustände und bleibt dabei gesund?
- Wie lassen sich die Mechanismen einer gesunden Verarbeitung stärken?

Für Antonovsky ist die Beantwortung dieser Fragen eng gebunden an die Auseinandersetzung mit dem Thema, was die Adaptation an eine mit Stressoren gefüllte Umwelt fördert. Stressoren, d.h. äußere Einwirkungen, spielen in seinem Konzept eine wichtige Rolle. Ein Stressor ist für ihn ein Merkmal, „das Entropie in das System bringt, das heißt eine Lebenserfahrung, die durch Inkonsistenz, Unter- oder Überforderung und fehlende Teilhabe an Entscheidungsprozessen charakterisiert ist“ (ANTONOVSKY 1997, 45).

Stressoren würden im Individuum einen physiologischen Spannungszustand provozieren, den es körperlich und seelisch zu bewältigen gelte (vgl. ebd. 25). Wenn dies gelänge, dann sei der individuelle Selbstwert gestärkt. Gelänge dies nicht, dann würde wiederum Stress entstehen, der potentiell pathogen sein könne, aber, betont der

Soziologie nachhaltig, nicht unbedingt pathogen wirken müsse (vgl. ebd.). Sein Einfluss werde unter anderem gesteuert durch die Möglichkeiten des Individuums, protektive und restaurative Faktoren zu nutzen. Über diese könne die Person einerseits selbst verfügen und andererseits würden sie auch von der Umwelt bereitgestellt werden. In diesem Zusammenhang seien wiederum zwei Determinanten entscheidend:

1. die ‚generalisierten Widerstandsressourcen‘ und
2. das ‚individuelle Kohärenzgefühl‘.

3.1.6.1. Die Bedeutung der ‚generalisierten Widerstandsressourcen‘

Der Begriff ‚generalisierte Widerstandsressourcen‘ (engl. ‚*generalized resistance resources*‘, GRR) wurde im Jahre 1988 von Antonovsky in sein wissenschaftstheoretisches Konstrukt eingeführt (vgl. ANTONOVSKY 1997, 25). Der Soziologe wollte damit vor allem dem von ihm formulierten Terminus der übergeordneten psychosozialen ‚generalisierten Widerstandsdefizite‘ (engl. ‚*generalized resistance deficits*‘, GRD) eine Antwort gegenüberstellen (vgl. ebd.). GRD sind für Antonovsky alle Faktoren, die die Widerstandsfähigkeit eines Individuums schwächen. ‚Generalisiert‘ bedeutet, dass sie in unterschiedlichsten Situationen wirksam werden können. Unterschieden werden endogene von exogenen GRD. Zu den endogenen GRD zählen beispielsweise psychische Belastungen, innere Konflikte oder physische Belastungen. Zu den exogenen GRD zählen äußere Faktoren wie Unfälle oder bestimmte Umweltbedingungen, z. B. Lärm, verschmutzte Luft oder auch ein schlechter sozialer und ökonomischer Kontext (vgl. ANTONOVSKY 1988).

GRR sind für Antonovsky alle Wirkfaktoren, welche die erfolgreiche Spannungsbewältigung von Menschen unterstützen und somit einen nützlichen Einfluss auf den Erhalt oder die Verbesserung von Gesundheit haben. In seinen Texten präsentiert er ein breites Spektrum an Einflussgrößen, die positiv mit dem Gesundheitszustand korrelieren (vgl. ANTONOVSKY 1988; 1991a; 1993a). Man findet sie seiner Ansicht nach überall (vgl. BLÄTTNER 2007, 69ff.):

- Innerhalb des Individuums beschreiben sie gewisse körperliche und psychische Zustände. (Diese werden beispielsweise bestimmt durch das körpereigene Immunsystem, die Intelligenz, die Bildung und die individuell gelernten Bewältigungsstrategien.)
- In der sozialen Umwelt des Individuums bezeichnen sie die Qualität zwischenmenschlicher Beziehungen. (Hierzu zählen vor allem Dinge wie soziale

Zugehörigkeit, Einbettung und Unterstützung sowie der Zugang zu materiellen Widerstandsressourcen wie Geld, Arbeit oder Wohnung.)

- Im gesellschaftlich-kulturellen Kontext stehen sie unter anderem für die Einflussnahme und Teilhabe des Einzelnen an sozial anerkannten Entscheidungsprozessen. (Sie ergeben sich aus kultureller Stabilität, Durchschaubarkeit und Mitwirkungsmöglichkeit bei gesellschaftlichen Strukturentwicklungen.)

GRR beschreiben also das Wirksamwerden von spezifischen Krafftaktoren in allen Lebenslagen, die die Robustheit des Menschen im Sinne einer Spannungsbewältigung zu verbessern helfen. Sie unterstützen das Individuum dabei, Stressoren zu bewältigen, ohne von vornherein in eine Überlastung zu geraten.

GRR seien ebenso wie GRD auf einem Kontinuum angelegt (vgl. ANTONOVSKY 1997, 30ff.). Entscheidende Ressourcen wie soziale Unterstützung, Gefühle der Entspannung und des Wohlbefindens würden bereits in der Entwicklungszeit der Kindheit und Jugend ausgebildet werden. Mache der Mensch in dieser Zeit unverständliche und inkonsistente Lebenserfahrungen, werde er über- bzw. unterfordert oder könne für ihn keine altersgemäße Teilhabe an wesentlichen Entscheidungen des Lebens stattfinden, dann entwickelten sich Defizite, die seine spätere Lebensbewältigung deutlich einschränken könnten (vgl. ANTONOVSKY 1997, 30ff.).

Auf den Punkt gebracht heißt das: Spannungsbewältigung ist zunächst davon abhängig, welche GRR zur Verfügung stehen und inwiefern diese in der jeweiligen Situation genutzt werden können. GRR prägen kontinuierlich die Lebenserfahrung und wirken als Potential, das aktiviert werden kann, wenn es für die Bewältigung eines Spannungszustandes erforderlich ist.

Wie Antonovsky immer wieder betont, seien GRR nicht per se wirksam. Ihr Vorhandensein komme erst über eine zentrale individuelle Kompetenz zur Wirkung, dem ‚Gefühl von Kohärenz‘ bzw. ‚Kohärenzsinn‘ (vgl. ANTONOVSKY 1988; 1991a; 1993b).

3.1.6.2. Das Konzept des ‚Kohärenzgefühls‘

Für Antonovsky ist das sogenannte ‚Kohärenzgefühl‘ (engl. ‚*sense of coherence*‘, SOC) die wichtigste Determinante bzw. Moderatorvariable für Gesundheit und positive Lebensbewältigung (vgl. ANTONOVSKY 1997, 33). Der Begriff beschreibt bei ihm so etwas wie eine stabile Persönlichkeitsdisposition, die über die Wahrnehmung eigener

Bewältigungskompetenzen und effizientem Problemlöseverhalten zu geringerem Distress und damit zu verringerten Erkrankungsrisiken führt. Antonovsky definiert ihn wie folgt: Das Kohärenzgefühl bestehe in einer

Grundorientierung, die das Ausmaß eines umfassenden, dauerhaften und gleichzeitig dynamischen Gefühls des Vertrauens darin ausdrückt, dass

- die Stimuli aus der äußeren und inneren Umgebung des Lebens strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind,
- die Ressourcen verfügbar sind, um den durch die Stimuli gestellten Anforderungen gerecht zu werden,
- diese Anforderungen Herausforderungen sind, die ein inneres und äußeres Engagement lohnen. (ANTONOVSKY 1991,121)

Diese Erklärung ergänzt er an anderer Stelle noch mit dem Hinweis auf „eine globale Orientierung, eine Sichtweise auf die Welt, eine dispositionelle Orientierung“ (ANTONOVSKY 1997, 36).

Anders ausgedrückt kann das Kohärenzgefühl als eine ‚globale Stressbewältigungsressource‘ verstanden werden, ohne hierbei einen spezifischen Coping-Stil darzustellen (vgl. GEYER 2000, 72). Es führt einerseits zu günstigen Bewertungen von Situationen, die besondere Adaptationsleistungen erfordern. Darüber hinaus formt es zielgerichtete Emotionen, die eine motivationale Handlungsbasis für eine gelungene Bewältigung schaffen. Ein starkes Kohärenzgefühl schafft eine kognitiv-emotional günstige Ausgangslage, die es den betreffenden Personen ermöglicht, flexibel solche Coping-Strategien auszuwählen, die sich für die Bewältigung der jeweiligen Anforderungen zu eignen scheinen oder – in Antonovsky’s Worten – eine Person befähigen „aus dem Repertoire generalisierter und spezifischer Widerstandsressourcen, die ihr zur Verfügung stehen, die Kombination (auszuwählen), die am angemessensten zu sein scheint“ (ANTONOVSKY 1997, 130).

Dieser Grundorientierung im Erleben des Individuums ordnet der Soziologe drei Komponenten zu (vgl. ANTONOVSKY 1997, 34):

1. Verstehbarkeit (engl. ‚*sense of comprehensibility*‘),
2. Handhabbarkeit (engl. ‚*sense of manageability*‘),
3. Sinnhaftigkeit (engl. ‚*sense of meaningfulness*‘).

Der Aspekt ‚Verstehbarkeit‘ verlangt vom Individuum, Ereignisse der äußeren und inneren Welt in ihrer dimensionalen Ausprägung klar und strukturiert zu erfassen. Diese Ebene ist vor allem kognitiv und misst, ob der Mensch an ihn herangetragene Stimuli in ihrem Gefüge und ihrer Beschaffenheit erklären und verstehen kann. Es gilt das Prinzip:

Zunächst muss ich das Problem erkennen und definieren, bevor ich dessen Bewältigung erörtern kann (vgl. Lorenz 2004, 37).

„Handhabbarkeit“ beschäftigt sich konkret mit der Bewältigung eines Problems. Sie ist abhängig von den zur Verfügung stehenden Ressourcen des Individuums, während es sich mit den je gegebenen Stressoren auseinandersetzt. Die Ebene ist dann gewonnen, wenn der Mensch überzeugt ist, dass die Umstände klar und das anstehende Problem lösbar sind. Dabei gilt die Aufmerksamkeit nicht allein den persönlichkeitsbezogenen Ressourcen, sondern auch denen, die durch das Umfeld zur Verfügung gestellt werden können (vgl. ebd., 38).

Die Ebene „Sinnhaftigkeit“ bzw. „Bedeutsamkeit“ hebt sich von den anderen beiden Dimensionen noch einmal deutlich ab. Sie wendet sich eher einer individuenzentrierten Eigenschaft zu, die eine grundlegende Lebenseinstellung deutlich macht. Antonovsky beschreibt sie als das

(...) Ausmaß, in dem jemand fühlt, dass das Leben einen emotionalen Sinn hat, dass wenigstens einige der durch das Leben gestellten Probleme und Fragen es wert sind, dass man Energie in sie investiert, dass man sich für sie einsetzt (...), dass sie eher willkommene Herausforderungen sind als Lasten. (ANTONOVSKY 1997, 18)

Für den Soziologen ist diese Komponente die wichtigste überhaupt. Durch sie könne der Mensch – bei guter Ausprägung – das Leben auch in schwierigen Lagen als lebenswert betrachten und die Schwierigkeiten als Selbstverständlichkeiten der menschlichen Existenz annehmen (vgl. ebd.). Folgende Abbildung fasst zusammen:

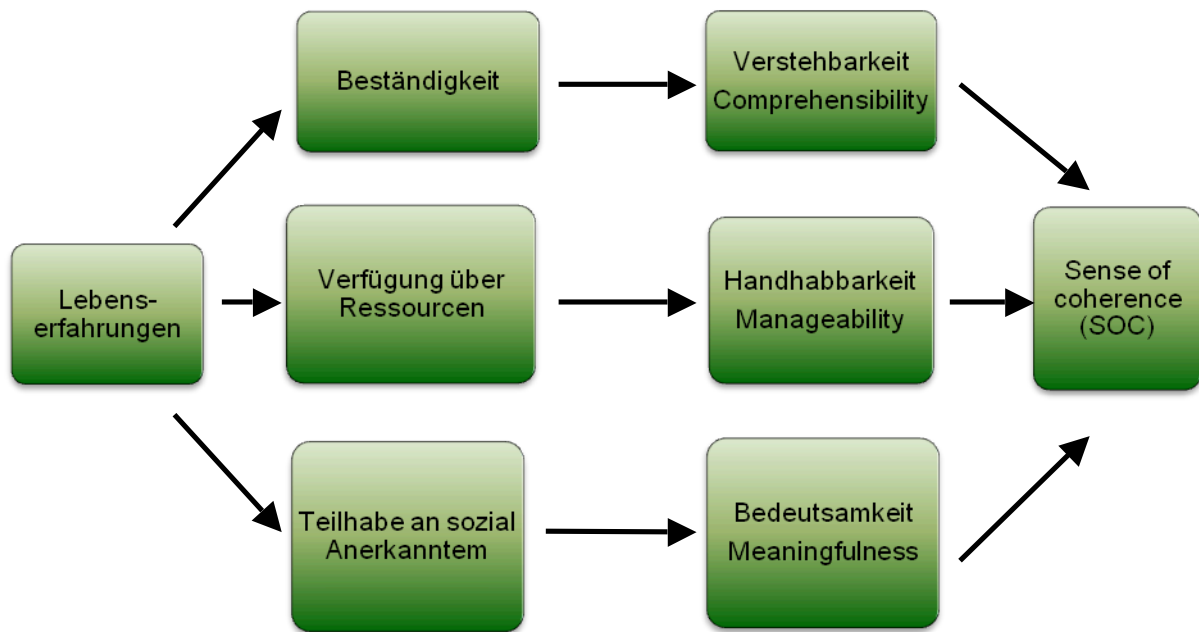


Abb. 4: Vereinfachte Darstellung zur Entstehung des SOC.
(Erstellt von d. Verf. in Anlehnung an BLÄTTNER 2007, 68).

Antonovsky ist davon überzeugt, dass sich der SOC nach dem Abschluss der Adoleszenz nur noch unter Ausnahmebedingungen verändert (vgl. ANTONOVSKY 1997, 40 ff.). Damit er sich in einer guten Weise entwickeln könne seien Erfahrungen situativer Kontrollierbarkeit sowie die Möglichkeit, bestimmte Ergebnisse und Konsequenzen zu antizipieren, ausschlaggebend. Ein starker SOC werde sich dann ausprägen, wenn die individuellen Lebenserfahrungen gekennzeichnet seien durch:

1. Widerspruchsfreiheit,
2. Anforderungen, die angesichts der verfügbaren Ressourcen als angemessen erschienen und
3. die Möglichkeit der Einflussnahme auf die Gestaltung zentraler Bereiche des eigenen Lebens (vgl. ebd.).

Als Kohärenzsinn wird also ein positives Bild der eigenen Handlungsfähigkeit verstanden, die von dem Gefühl der Bewältigbarkeit von externen und internen Lebensbedingungen, der Gewissheit der Selbststeuerungsfähigkeit und der Gestaltbarkeit der Lebensbedingungen getragen ist. Der Kohärenzsinn ist charakterisiert durch das Bestreben, den Lebensbedingungen einen subjektiven Sinn zu geben und sie mit den eigenen Wünschen und Bedürfnissen in Einklang bringen zu können. Nach den bisherigen Ausführungen ergibt sich folgendes Resümee:

3.1.7. Fazit

Die salutogenetische Sicht definiert den Menschen auf einem Weg, der als ‚Gesundheits-Krankheits-Kontinuum‘ unter verschiedenen Gesichtspunkten betrachtet werden muss. Dabei wendet sie sich von der dichotomen Sicht Gesundheit versus Krankheit ab und konzentriert sich auf die Frage, welche Faktoren, welche Coping-Ressourcen das Leben bewältigen helfen. Distanziert wird sich auch von einer negativen Sicht über Stressoren, die nach Ansicht Antonovskys sehr wohl als hilfreiche Signale im Leben eines Menschen aufgefasst werden können. Eine erfolgreiche Spannungsbewältigung besteht darin, in der Auseinandersetzung mit Stressoren individuelle Handlungsmöglichkeiten aktivieren zu können, die effektiv und der Situation angemessen sind. Gelingt dieser Prozess, ist das Selbstbewusstsein des Menschen – und damit auch seine Gesundheit - gestärkt. Stagniert oder misslingt dieser Entwicklungsgang, entstehen krank machende Stressgefühle. Die Relation von Person

und Umwelt ist für die Konzeption von Beanspruchungs- und Bewältigungsprozessen zentral, denn ihre Interpretation führt zu unterschiedlichen Fokussierungen und Vorstellungen im Bewertungsgeschehen (vgl. BLÄTTNER 2007, 69).

Mit seinen Grundannahmen steht der Soziologe eindeutig in der Tradition der Stressforschung, die seelische Gesundheit mit effektiver Bewältigung von inneren und äußeren Anforderungen gleichsetzt (vgl. ebd., 70). Viele seiner Gedanken knüpfen unmittelbar an das transaktionale Stressmodell des Psychologen **Richard Lazarus** an. Die Theorie von Lazarus ist jedoch nicht die Einzige, an der sich Antonovsky orientiert. Studiert man andere medizinische, psychologische und sozialwissenschaftliche Konzepte seiner Zeit, wird man schnell feststellen, dass sich vielerorts salutogenetische Grundüberzeugungen wiederfinden. Hat man diese Konzepte beim Lesen von Antonovsky's Texten im Hinterkopf, ist die Argumentation des Soziologen leichter nachzuvollziehen. Aus diesem Grunde werden einige dieser Theorien nun vorgestellt:²⁸

3.2. Konzeptionelle Parallelen

3.2.1. Transaktionales Stressmodell von Lazarus (vgl. LAZARUS 1991)

Das kognitiv-phänomenologische Konstrukt wurde im Jahre 1974 von Lazarus veröffentlicht. Hierin ist der von Antonovsky vielfach gebrauchte Begriff des ‚Coping‘²⁹ erstmals explizit beschrieben worden (vgl. LORENZ 2004, 88ff). Da viele Aspekte des Salutogenesemodells unmittelbar an die Überlegungen von Lazarus anknüpfen, wird es etwas ausführlicher erklärt:

Lazarus betrachtet Stresssituationen als komplexe Wechselwirkungsprozesse zwischen den Anforderungen der Situation und der handelnden Person. Stress ist für ihn

²⁸ D. Verf. erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Desweiteren wird von ihr darauf verwiesen, dass bei der Darstellung der verschiedenen Konzepte aus überaus komplexen physiologischen, psychologischen und sozialen Zusammenhängen nur sehr vereinfachte Aspekte herausgegriffen werden können. Weiterführende Informationen finden sich in der jeweils angegebenen Primär- und Sekundärliteratur.

²⁹ Englisch: to cope with / deutsch: bewältigen, überwinden (vgl. FRANKLIN 2009). ‚Coping‘ (Synonym: Bewältigungsstrategie) bezeichnet die Art des Umgang mit einem als bedeutsam und schwierig empfundenen Lebensereignis oder einer Lebensphase (vgl. KRAPP, WEIDEMANN 2001, 370).

(...) a relationship between the person and the environment that is appraised by the person as relevant to his or her well-being and in which the persons resources are taxed or exeed.³⁰
(FOLKMAN, LAZARUS 1985, 152)

Im Unterschied zu anderen – meist älteren – Stresstheorien sind bei Lazarus nicht die Beschaffenheit der Reize oder Situationen für eine Stressreaktion von Bedeutung, sondern deren individuelle kognitive Verarbeitung durch den Betroffenen. Stress entsteht also weniger durch die Ereignisse selbst als vielmehr dadurch, wie wir sie bewerten. Menschen können für einen bestimmten Stressor höchst unterschiedlich anfällig sein, d.h., was für den einen Stress bedeutet, wird von einem anderen noch lange nicht als Stress empfunden. Das Modell ist transaktional, da ein Bewertungsprozess zwischen Stressor und Stressreaktion zwischengeschaltet ist. Jeder Mensch bewertet Situationen und deren Belastung unterschiedlich, und damit auch deren Bedrohlichkeit. Lazarus unterscheidet drei Stufen (vgl. ebd.):

1. *Primary-appraisal* (Primärbewertung): Situationen können als positiv, irrelevant oder potenziell gefährlich (stressend) bewertet werden. Wenn eine Situation als stressend erlebt wird, kann diese Bewertung in drei verschiedenen Abstufungen erfolgen: als Herausforderung (,challenge‘), als Bedrohung (,threat‘) oder als Schädigung / Verlust (,harm‘/ ,loss‘).
2. *Secondary-appraisal* (Sekundärbewertung): In der Sekundärbewertung wird überprüft, ob die Situation mit den verfügbaren Ressourcen bewältigt werden kann. Nur wenn die Ressourcen nicht ausreichend sind, wird eine Stressreaktion ausgelöst. Es wird eine Bewältigungsstrategie entworfen, die abhängig von der Situation und von der Persönlichkeit und kognitiven Strukturen der Person ist. Dieser Umgang mit einer Bedrohung wird dann ‚Coping‘ genannt. Mögliche Verhaltensweisen sind z.B. Angriff oder Flucht, Verhaltensalternativen, Änderung der Bedingungen oder Verleugnung der Situation. Über Erfolgs- oder Misserfolgrückmeldungen lernt die Person mit der Zeit Bewältigungsstrategien selektiv einzusetzen.
3. *Re-appraisal* (Neubewertung): Nachdem die Person auf die Bedrohung reagiert hat, verändern sich die inneren und äußeren Bedingungen und es findet im Rückblick ein Vergleich mit der ursprünglichen Situation statt. Konnte die

³⁰ Übersetzung d. Verf.: Stress ist „die Beziehung zwischen einer Person und ihrer Umwelt, die von der Person als gesundheitsrelevant eingeschätzt wird und in welcher ihre persönlichen Ressourcen angegriffen werden“.

Ausgangssituation vor der Bedrohung nicht wieder erreicht werden, so findet eine Veränderung der Soll-Werte statt.

Lazarus führt drei Arten der Stressbewältigung an (vgl. ebd.): das *problemorientierte*, das *emotionsorientierte* und das *bewertungsorientierte Coping*. Unter problemorientiertem Coping ist zu verstehen, dass das Individuum versucht, durch Informationssuche, direkte Handlungen oder auch durch Unterlassen von Handlungen Schwierigkeiten zu überwinden oder sich den Gegebenheiten anzupassen. Diese Bewältigungsstrategie bezieht sich auf die Ebene der Situation bzw. des Reizes. Das emotionsorientierte Coping wird auch als intrapsychisches Coping bezeichnet. Hier wird in erster Linie versucht, die durch die Situation entstandene emotionale Erregung abzubauen, ohne sich mit der Ursache auseinandersetzen zu müssen. Das bewertungsorientierte Coping bezieht sich schließlich direkt auf den kognitiven Verarbeitungsprozess. Es beschäftigt sich damit, situationsabhängig Neudefinitionen vorzunehmen.

Auch Antonovsky definiert Stressoren als Anforderungen der internen und externen Umwelt eines Organismus, die sein Gleichgewicht stören (vgl. ANTONOVSKY 1979, 72). Anders als Lazarus meint er damit jedoch nicht ausschließlich negative Stimuli:

Das Versäumnis, die Definitionen von Stressoren auf alle Stimuli auszuweiten, die herausfordern, unabhängig davon, ob sie als gefährdend eingeschätzt werden, unterliegt dem weit verbreiteten Versäumnis, zwischen Spannung und Stress zu unterscheiden (und rührt von einer pathogenetischen Orientierung) (ANTONOVSKY 1997, 125).

3.2.2. Hardiness (vgl. KOBASA 1979)

Antonovsky selbst führt in seinem Buch „Unraveling the mystery of health – How people manage stress and stay well“ (1988) das Konzept der ‚Widerstandsfähigkeit‘ (engl. Hardiness) von **Suzanne C. Kobasa** an. Kobasa beschreibt hierin, wie es Menschen gelingt, negative Stressbelastungen elastisch abzufangen, ohne dabei körperliche oder psychische Symptome zu entwickeln.

Dabei geht sie der Frage nach, warum Menschen in objektiv gleichen Situationen unterschiedlich reagieren. Hohe Widerstandsfähigkeit führt nach Kobasas Auffassung dazu, Ereignisse des Lebens als Herausforderung zu akzeptieren, so dass auf die je gegebene Situation angemessen und flexibel reagiert werden kann.

Personen mit hoher Widerstandsfähigkeit würden sich im Wesentlichen durch drei Besonderheiten auszeichnen (vgl. ebd.):

1. Sie glauben, dass sie Ereignisse in ihrem Leben kontrollieren oder beeinflussen können (*control*).
2. Sie besitzen die Fähigkeit, sich mit ihren Lebensaktivitäten tief verbunden zu fühlen (*commitment*).
3. Sie fassen Veränderungen als eine bereichernde Herausforderung für ihre Weiterentwicklung auf (*challenge*).

„Hardiness“ ist also die Fähigkeit, Krankheiten, Problemen und Herausforderungen realistisch und kompetent zu begegnen, weil man über Verantwortungsgefühl, Vertrauen und Veränderungsbereitschaft verfügt.

In vielerlei Perspektive ist dieses Konzept dem Modell von Antonovsky sehr ähnlich (vgl. CASPER 2005, 20). Beispielsweise steht der Aspekt „Control“ dem Ansatz der „Handhabbarkeit“ nahe, der Aspekt des „Commitment“ wiederum dem der „Bedeutsamkeit“. Ein entscheidender Unterschied ist, dass Antonovsky in seinen Analysen eher das Verständnis für das Ereignis in den Vordergrund stellt, während Kobasa ihre Aufmerksamkeit vor allem auf Veränderungsmöglichkeiten richtet, die das Individuum zu verfolgen sucht (vgl. ebd.). Eine Abweichung findet sich auch in der Dimension „Handhabbarkeit“. „Handhabbarkeit“ umschreibt bei Antonovsky die Überzeugung, dass Probleme lösbar sind. In Kobasas Konzept beschreibt „Control“ nicht die Tatsache, dass Probleme lösbar, sondern dass die Umwelt und Ereignisse kontrollierbar sind. Desweiteren sind die von Kobasa beschriebenen Widerstandsfaktoren Persönlichkeitseigenschaften, deren Entwicklung - im Gegensatz zum SOC - nicht mit einem bestimmten Alter abgeschlossen sind. Kobasa geht davon aus, dass sie sich durch die Auseinandersetzung mit der Umwelt ständig fortentwickeln (vgl. ebd.).

3.2.3. Selbstwirksamkeit (vgl. BANDURA 1977)

Das Konzept der Selbstwirksamkeit wurde als Element von **Albert Banduras** Theorie des Modell-Lernens im Rahmen der sozialen Lerntheorie entwickelt.

„Selbstwirksamkeit“ (engl. *self efficacy*) ist die Überzeugung, in einer bestimmten Situation eine angemessene Leistung erbringen zu können. Damit ist nicht eine allgemeine Selbsteinschätzung gemeint, sondern ausschließlich bereichsspezifische Handlungskompetenz (vgl. LORENZ 2004, 84).

Selbstwirksamkeit sei das positive Gefühl in das eigene Können, das sich verbinde mit positiven Erwartungen für Ereignisse oder Herausforderungen (vgl. BANDURA 1977, 193). Es umfasse Vertrauen in die Fähigkeit, sich selbst und seine Umwelt im Griff zu haben und eine positive Bilanz der eigenen Ressourcen ziehen zu können (vgl. ebd.).

Die individuelle Einschätzung der Selbstwirksamkeit könne mit Hilfe von drei Dimensionen beschrieben werden (vgl. ebd.):

1. Stärke,
2. Generalität und
3. Aufgabenschwierigkeit.

Die Stärke der Selbstwirksamkeit werde daran gemessen, ob und wie die Überzeugung der Selbstwirksamkeit trotz widersprüchlicher Erfahrungen aufrechterhalten werde. Generalität beziehe sich darauf, ob sich eine Person in mehreren oder nur wenigen Bereichen als selbstwirksam erlebe. Die Aufgabenschwierigkeit sei letztlich ein Außenkriterium (vgl. ebd. 195ff.).

In seiner Theorie beschreibt Bandura sogenannte ‚Selbstwirksamkeitserwartungen‘, die das Individuum dazu befähigen, situationsangemessen geeignete Coping-Strategien zum Einsatz zu bringen (vgl. ebd.). Als ihre Quelle führt er eigene Leistungen, stellvertretende Erfahrungen, Überzeugungsarbeit und emotionale Erregung an. Er ist davon überzeugt, dass Selbstwirksamkeitserwartungen ein ganz entscheidender Prädiktor sind für die Bereitschaft, gesundes Verhalten zu praktizieren (vgl. ebd.).

Das Selbstwirksamkeitskonzept schreibt wie das Salutogenesekonzept der subjektiven Überzeugung eines Menschen - dass er infolge seines kontrollierten Handelns schwierige Situationen bewältigen kann - eine zentrale Rolle zu (vgl. LORENZ 2004, 85ff.). Allerdings reicht das Vorhersehen eines positiven Ereignisses hier nicht aus. Entscheidend ist die Überzeugung, dass eine anvisierte Handlung auch tatsächlich ausgeführt werden kann. Damit ist Banduras Selbstwirksamkeitskonzept im Wesentlichen situationsspezifisch aufgebaut und geht nicht von stabilen Persönlichkeitsdispositionen aus, wie sie Antonovsky im Kohärenzgefühl bestimmt (vgl. CASPER 2005, 20). Selbstwirksamkeitserwartungen variieren bei Bandura innerhalb ein und derselben Person von Aufgabenstellung zu Aufgabenstellung (vgl. ebd.). Damit variieren auch die Ergebnisse der jeweiligen Stressbewältigung (vgl. ebd.).

3.2.4. Dispositioneller Optimismus (vgl. SCHEIER, CARVER 1987)

Im Gegensatz zu Banduras Selbstwirksamkeitskonzept beschreibt der dispositionelle Optimismus eine stabile Persönlichkeitseigenschaft, die es erlaubt, hinsichtlich eines positiven Ergebnisses eine positive Erwartungshaltung zu generieren (vgl. CASPER 2005, 21). Dabei werden mittels Selbstaufmerksamkeit Abweichungen zwischen aktuellem Verhalten und angestrebten Verhaltenszielen beurteilt (vgl. ebd.). Blockaden und Barrieren werden ermittelt und in der Bewertung des zu erwartenden Ergebnisses berücksichtigt. Im Falle einer negativen Ergebnisanalyse werden die Anstrengungen zur Ergebniserreichung minimiert, im Falle einer positiven Ergebnisanalyse werden die Bemühungen intensiviert (vgl. ebd.).

Das Modell postuliert, dass eine durch Optimismus getragene Einstellung zu den Herausforderungen des Lebens positiv auf das Gesundheitsverhalten von Menschen wirkt, sofern die eigene Gefährdung nicht durch verzerrende Kognitionen fehlinterpretiert wird (vgl. LORENZ 2004, 85ff.). Anders formuliert: Optimisten wird hier eine hoffnungsvolle und zuversichtliche Grundhaltung im Verhältnis zu den Ereignissen des Lebens zugeschrieben. Gute Stimmungslagen fördern gleichermaßen den Gebrauch von Problemlösestrategien und die Bereitschaft, der Intuition zu folgen und kreative Prozesse in Gang zu bringen.

Damit ist das Konzept handlungsrelevant und wirkt als Ursache von Verhalten. Parallelen zum Salutogenesemodell finden sich vor allem in der SOC-Komponente Handhabbarkeit (vgl. ebd.). Insgesamt ist das Konstrukt jedoch wesentlich einfacher strukturiert als das von Antonovsky. Außerdem geht der Soziologe grundsätzlich nicht davon aus, dass Personen mit einem hohen SOC häufig positive Handlungsergebnisse erwarten (vgl. CASPER 2005, 22).

3.2.5. Kontrollüberzeugung (vgl. ROTTER 1966)

Ein weiteres verwandtes Konzept ist das der Kontrollüberzeugung von **Julian B. Rotter**. Es wurde bereits im Jahre 1966 veröffentlicht und gründet auf der Überzeugung, dass das eigene Handeln den Erhalt eines Verstärkers beeinflusst bzw. nicht beeinflusst. Vor diesem Hintergrund werden Kontrollüberzeugungen als eine der Determinanten der Erfolgserwartung gesehen.

Der Begriff ‚Kontrollüberzeugung‘ (engl. ‚*locus of control*‘) beschreibt die Gewissheit, das Erreichen eines Zieles durch das eigene Handeln beeinflussen zu können,

unabhängig von der spezifischen Natur des Zieles bzw. des Verstärkers. Rotter ist davon überzeugt, dass Menschen, die durch eine hohe internale Kontrollüberzeugung motiviert sind, weniger ängstlich sind und sich in ihren sozialen Aktivitäten weniger beeinträchtigt fühlen. Eine internale Kontrollüberzeugung liegt dann vor, wenn ein Individuum ein positives oder negatives Ereignis als Konsequenz des eigenen Verhaltens wahrnimmt, während eine externale Kontrollüberzeugung vorliegt, wenn dieses Ereignis vom eigenen Verhalten als unabhängig wahrgenommen wird (vgl. CASPER 2005, 18).

Antonovsky selbst sieht in diesem Modell durchaus einige Parallelen zu seinem eigenen Konzept (vgl. ANTONOVSKY 1997, 67ff.). Was er vermisst, seien die sogenannten stressmindernden externen Kontrollattributionen in Form von Gruppen, Gemeinschaften oder religiösen Überzeugungen. Außerdem beziehe sich das Modell ausschließlich auf spezifische Copingstrategien oder Copingstile. Dies wiederum stände eindeutig im Gegensatz zu seiner Auffassung, dass es gerade eine stabile Persönlichkeitsposition sei, welche es ermögliche, flexibel auf belastende Situationen zu reagieren (vgl. ebd.).

3.2.6. Resilienz (vgl. CICHETTI, BLENDER 2006)

Das Konzept der Resilienz ist wie das der Salutogenese ein ressourcenorientiertes Modell, das die Fähigkeit eines Individuums beschreibt, auf Anforderungen wechselnder Situationen flexibel zu reagieren (vgl. WUSTERMANN 2004, 18). Von allen bisher genannten Modellen hat es sicherlich den größten Bezug zum dem von Antonovsky, denn seine Fragestellung ist fast identisch: Warum bleiben manche Menschen trotz ausgeprägter Belastungen und Risiken gesund oder erholen sich relativ leicht von Störungen, während andere unter vergleichbaren Bedingungen besonders anfällig sind?

„Resilienz“ leitet sich ab vom englischen ‚*resilience*‘ (dtsch. Widerstandsfähigkeit, vgl. FRANKLIN 2009) bzw. dem lateinischen ‚*resilere*‘ (dtsch. abprallen, vgl. VANICEK 2005). In die Psychologie eingeführt hat den Begriff der Psychologe **Jack Block** im Jahre 1950.

Als eigenständige Bewegung geht die Resilienzforschung zurück auf Längsschnittuntersuchungen der US-amerikanischen Entwicklungspsychologin **Emmi Werner**. Im Rahmen einer Studie begleitete Werner über einen Zeitraum von mehr als 30 Jahren 698 Kindern auf der Hawaiiinsel Kauai. Dabei konnte sie beobachten, dass

nicht alle Kinder, die in extrem belastenden Verhältnissen aufwachsen mussten, in ihrer Entwicklung automatisch beeinträchtigt wurden. Nicht alle hatten später, als Erwachsene, zwangsläufig mit den Folgen ihrer Kindheitsereignisse zu kämpfen. In diesem Zusammenhang zog sie den Begriff der ‚Resilienz‘ heran und beschrieb damit die psychische Widerstandsfähigkeit von Kindern gegenüber biologischen, psychologischen und psychosozialen Entwicklungsrisiken (vgl. WERNER, SCHMITH 1982).

Heute zielt ‚Resilienz‘ ab auf *psychische Gesundheit* trotz Risikobelastungen, d.h. auf Bewältigungskompetenz. Ziel der aktuellen Resilienzforschung ist es, ein besseres Verständnis darüber zu erlangen, welche Bedingungen psychische Gesundheit und Stabilität bei Individuen, die besonderen Entwicklungsrisiken ausgesetzt sind, erhalten und fördern.

Resilient functioning (...) is among the most intriguing (...) phenomena of human development. (...) Research of this nature would entail a consideration of psychological, biological, and environmental contextual processes from which pathways to resilience might eventuate (...) as well as those that result in diverse outcomes among individuals who have achieved resilient. (...) If we are to grasp resilience in its full complexity, then we must adopt a multiple-levels-of-analysis approach.³¹ (CICCHETTI, BLENDER 2006, 258)

Unter ‚Resilienz‘ subsumiert werden dabei drei Erscheinungen (vgl. WUSTERMANN 2004, 20 ff.):

1. die positive, gesunde Entwicklung trotz hohem Risikostatus,
2. die beständige Kompetenz unter extremen Stressbedingungen und
3. die positive bzw. schnelle Erholung nach traumatischen Erlebnissen.

Die salutogenetische Perspektive ist offensichtlich: Fokussiert wird auf den konstruktiven Umgang mit Risikosituationen.

Dennoch gibt es einen entscheidenden Unterschied. Im Resilienzmodell wird postuliert, dass resiliente Denk- und Verhaltensweisen im Prinzip in jedem Alter erlernt werden können (vgl. ebd.). Diese Grundannahme weist maßgeblich über Antonovsky hinaus, nach dessen Ansicht die Entwicklung des Kohärenzgefühls mit dem frühen Erwachsenenalter abgeschlossen ist (vgl. ANTONOVSKY 1997, 33ff).

Die bisherigen Ausführungen ergeben Folgendes:

³¹ Übersetzung d. Verf.: „Resilienz ist eines der faszinierendsten (...) Phänomene in der menschlichen Entwicklung. Ihre Erforschung muss eine Vielzahl an psychologischen, biologischen und soziologischen Prozessen einbeziehen, die Rückschlüsse darauf geben können, auf welche Weise sie entsteht und durch welche Eigenschaften sie gekennzeichnet ist. (...) Wenn wir das Phänomen Resilienz in seiner vollen Komplexität erfassen wollen, braucht es daher eine multidisziplinäre Herangehensweise.“

Das Konzept von Antonovsky kann mit zahlreichen aktuellen ressourcenorientierten Konstrukten aus Medizin, Psychologie und Sozialwissenschaften verknüpft werden, ohne allerdings mit ihnen identisch zu sein. Die Liste der bereits angeführten Theorien ließe sich nach Ansicht d. Verf. noch wesentlich erweitern, unter anderem um das durch den Sozialwissenschaftler Julian Rappaport geprägte Konzept des ‚*Empowerment*‘ oder das im Jahre 1986 von der Arbeitsgruppe um Becker veröffentlichte ‚*Konzept der seelischen Gesundheit*‘. Da eine solche Wiedergabe jedoch nicht den Fokus dieser Erörterung darstellt, soll an dieser Stelle darauf verzichtet werden.

Allen Konzepten ist gemeinsam, dass die Frage nach der Beziehung zwischen Gesundheit und Krankheit aufgeworfen wird, unabhängig davon, wie Gesundheit und Krankheit jeweils operationalisiert werden.

Dahinter stehen Ideen, die auf der philosophischen Basis des Existentialismus, Humanismus und der Anthropologie aufgebaut sind. Einstellungen, die beispielsweise besagen, dass der Mensch die Verantwortung für seine persönliche Entwicklung tragen sollte.

Dass das Vorhandensein von tragfähigen Sinnorientierungen die Bewältigung extremer Belastungen erleichtert, ist spätestens seit den Arbeiten von **Viktor Emil Frankl** bekannt. Dessen These: „Der Mensch [kann, Einfügung d. Verf.] seelisch krank werden (...) durch das Sinnlosigkeitsgefühl, durch die Frustration seines Sinnanspruchs ans Dasein, seines Bestrebens und Ringens darum, möglichst viel Sinn zu investieren in sein Dasein und möglichst viel Werte zu realisieren in seinem Leben“ (FRANKL 1967, 120) hat Antonovsky’s Arbeit maßgeblich geprägt, wie folgender Kommentar zeigt:

Selbst wenn man hohe Werte sowohl in Verstehbarkeit als auch in Handhabbarkeit aufweist (...) wird man ohne ein tatsächliches Interesse bald mit seinem Verständnis in Verzug geraten und die Verfügungsgewalt über seine eigenen Ressourcen verlieren. Im Gegensatz dazu ist jemand mit niedrigen Werten in Verstehbarkeit und Handhabbarkeit, aber hohen in Bedeutsamkeit vielleicht der interessanteste Fall. (...) Dies ist genau die Geschichte von Viktor Frankl und einer erstaunlichen Zahl anderer. (ANTONOVSKY 1997, 38)

Frankl begründete bereits im Jahre 1926 die sogenannte Logotherapie bzw. Existenzanalyse.

3.2.7. Existenzanalyse (vgl. FRANKL 1967)

Diese psychotherapeutische Methodik geht von der Annahme aus, dass die gesunde Lebensgestaltung des Menschen auf eine existentielle Sinnerfüllung ausgerichtet ist. Frankl ist davon überzeugt, dass nicht erfülltes Sinnerleben mit psychischen Krankheiten einhergeht und dass psychische Erkrankungen stets von einem

eingeschränkten individuellen Sinnbezug begleitet sind (vgl. FRANKL 1967, 45ff.). Die Sinnfrage ist bei ihm die zentrale Kategorie in der Diskussion um Termini wie Gesundheit, Krankheit und Lebensglück. Damit knüpft er unmittelbar an Vorstellungen des Individualpsychologen **Alfred Adler** an, der in seinem Werk die generelle Sinnorientierung des Menschen ebenfalls als lebenswichtig postuliert (vgl. RATTNER 2000, 10ff.).

3.2.8. Individualpsychologie (vgl. ADLER 1933)

Der Ausdruck ‚Sinn des Lebens‘ hat bei Adler zwei verschiedene Bedeutungen: Einmal den Sinn, den ein bestimmter Mensch in seinem Leben sucht und findet und der aufs engste zusammenhängt mit der Meinung, die er von sich, seinen Mitmenschen und der Welt hat. Zweitens gäbe es den sog. ‚wahren Sinn des Lebens‘, jener, der außerhalb der Erfahrung des Menschen liege und der auch von dem verfehlt werden könne, der fest davon überzeugt sei zu wissen, worauf es im Leben ankomme (vgl. RATTNER 2000, 20).

Das Streben nach Vollkommenheit sei die Grundlage für die Entwicklung des Menschen:

Die Individualpsychologie erblickt ihre Aufgabe darin, dass ihre Lehren (...) über die Grenze der Krankenhausbehandlung und der individuellen Erziehung hinaustreten, dass sie Prophylaxe werden und Weltanschauung. Im Banne des Kosmos, verhaftet auf dieser nicht überreichlich spendenden Erdkruste, verknüpft durch die Schwäche seines Organismus, noch mehr durch seine Zugehörigkeit zur Gemeinschaft in Sprache, Vernunft, Ethik, Ästhetik und Erotik, zwingt das Leben den Menschen zur Antwort auf zwangsläufig entwickelte Fragen. (...) Sein Mut, sein Optimismus und seine trainierte Leistungsfähigkeit sind notwendige Antworten. (ADLER 1933, 40 ff.)

Sowohl für Adler als auch für Frankl gilt: Menschen müssen ihrem Leben Sinn geben, damit sie sich (gesund) entwickeln können. Antonovsky knüpft an diese Überlegungen an, wenn er behauptet, dass ein gesunder Mensch die Vorgänge der inneren und äußeren Welt als sinnhaft erfährt – und zwar nicht nur kognitiv, sondern auch emotional (vgl. ANTONOVSKY 1997, 35ff.).

Natürlich sind Frankl und Adler nicht die Einzigen, die für das Salutogenesemodell entscheidende Vorarbeit leisteten. Ein weiterer Zeitgenosse, **Viktor Freiherr von Weizsäcker**, formulierte zum Beispiel Folgendes:

Die Gesundheit des Menschen ist eben nicht ein Kapital, das man aufzehren kann, sondern sie ist überhaupt nur dort vorhanden, wo sie in jedem Augenblick des Lebens erzeugt wird. Wird sie nicht erzeugt, dann ist der Mensch bereits krank. Man kann den Sozialkranken daher auch als einen Menschen bezeichnen, bei dem die beständige Erzeugung von Gesundheit nicht mehr richtig erfolgt. (WEIZSÄCKER 1947, 84)

Weizsäcker gilt als Begründer der sogenannten Gestaltkreistheorie.

3.2.9. Gestaltkreis (vgl. WEIZSÄCKER 1947)

Der Gestaltkreis beschreibt die Beziehung von Umwelt und Organismus als ein funktional geschlossenes Wirkgefüge. Weizsäcker ist davon überzeugt, dass sich Mensch und Umwelt in einem selbstreferentiellen, kreisförmigen und untrennbaren System befinden. Sein zentraler Gedanke ist, „dass die objektiv beobachtbare Bewegung und die subjektive Wahrnehmung einander vertreten können, wenn beide im Dienste der Leistung ‚Körpergleichgewicht‘ stehen“ (WEIZSÄCKER 1956, 21). Physiologische oder auch neuronale Funktionen seien stets einer „Lebensmetamorphose“ unterworfen und daher niemals in der Starrheit von mathematischen Funktionsregelkreisläufen zu begreifen (ebd. 21): „Um Lebendes zu erforschen (...) [muss, Einf. d. Verf.] man sich am Leben beteiligen“ lauten die einleitenden Worte zu seinem Hauptwerk aus dem Jahre 1947 (vgl. ebd.).

Die Grundannahmen der Gestaltkreistheorie sind (vgl. ebd.):

1. Mensch und Welt bilden eine unauflösbare dialektische Einheit.
2. Wahrnehmen und Bewegen sind Teilprozesse, die sich wechselseitig bedingen.
3. Bewegungen sind apriori Bedeutungsträger.
4. Das Subjekt konstituiert sich aus dem relationalen Bezug zur Welt.

Die Gestaltkreistheorie ist ein phänomenologisches Modell, welches die Einheit von objektivem Ziel (Umwelt) und subjektivem Weg (Mensch) in den Fokus der Aufmerksamkeit stellt (vgl. STOFFELS 2003, 90). Im Zusammenspiel zwischen Mensch und Umwelt werde ein gesundheitsförderndes oder hemmendes Kräftespiel vollzogen, dessen Gestaltung individuell sehr unterschiedlich sein könne (vgl. WEIZSÄCKER 1947, 40). Entscheidend für eine konstruktive Lebensgestaltung sei eine dispositionelle Grundorientierung, die ein umfassendes Gefühl des Vertrauens ausdrücken würde (ebd.). Es scheint, als habe Weizsäcker hier bereits vorweggenommen, was Antonovsky später als Kohärenzsinn formuliert.

Weizsäcker selbst hat Ende der zwanziger Jahre eine Psychotherapieform entwickelt, die er ‚*Situationstherapie*‘³² nannte (vgl. STOFFELS 2003, 93). 50 Jahre später

³² Die **Situationstherapie** ist die Konsequenz der Weizsäckerschen Krankheitstheorie, nach der der Patient seine Krankheit nicht nur hat, sondern auch macht (vgl. STOFFELS 2003, 95). Sie basiert auf drei Prinzipien: „Das erste ist die Benutzung eines gemeinsamen Lebens in der Abteilung der Klinik zur Erzielung gewisser Gemeinschaftserlebnisse (...). Das zweite ist die reichliche Einbeziehung der Umwelt zur Herstellung therapeutisch günstiger Situationen in Anwesenheit des Arztes (...). Das dritte ist die (...)

begegnet man dem Begriff des Situationskreises. Er stammt wiederum von **Thure von Uexküll** und bildet die zentrale Grundlage seiner Theorie der Humanmedizin, die ebenfalls salutogenetische Überlegungen beinhaltet:

3.2.10. Situationskreis (vgl. UEXKÜLL, WESIACK 1990)

Das Situationskreismodell wurde in Weiterführung des von **Jakob von Uexküll** begründeten Funktionskreises entwickelt und schließlich im Jahre 1987 veröffentlicht. Es beschreibt den Aufbau der individuellen Wirklichkeit als eine Integrationsleistung, welche die Informationen, die aus dem Körper und der Umgebung stammen, unter dem Aspekt ihrer Bedeutung für die Bedürfnisse lebender Systeme und deren Verhaltensmöglichkeiten integrativ zusammenfasst (vgl. KRAMPEN 2004, 422ff.).

Externe Stimuli werden als situative Anforderungen wahrgenommen und gemäß der individuellen Konstitution und geschichtlich erworbenen Disposition verarbeitet (vgl. ebd.):

Dies raffinierte Gleichgewicht zwischen den kreativen Potenzen eines Lebewesens und den fördernden und hindernden Gegebenheiten der Umgebung beschreibt den Begriff der Situation. Eine Situation ist weder durch die Eigenschaften des Subjekts noch durch die objektiven Gegebenheiten allein definiert, sondern nur dadurch, wie gut oder wie schlecht beide zueinander passen und sich zu einem raumzeitlichen Gebilde ergänzen, zu einer belebten Bühne, die Lebens- und Überlebenschancen bietet. (UEXKÜLL, WESIACK 1990, 89)

So lange das Ausmaß der Anforderungen (Problemsituationen, Konfrontationen) mit dem gegebenen, momentanen Potential an Lösungsmöglichkeiten übereinstimmt, ist das System im Gleichgewicht. Bei systemimmanenten Dysbalancen kommt es zu einer ‚Maladaptation‘ und der Mensch wird krank (vgl. ebd.).

möglichst vollständig erstrebte Beeinflussung der Personen und Verhältnisse, mit und in denen lebend der Kranke seine Neurose gebildet hat.“ (WEIZSÄCKER 1947, 51)

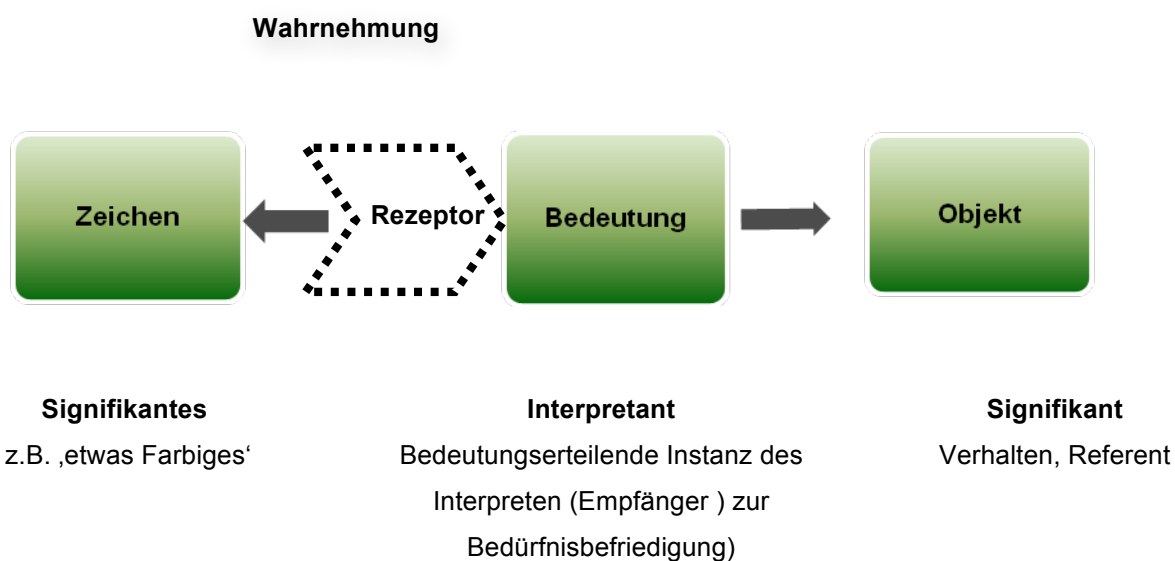


Abb. 5: Biosemiotisches Modell zur Zeichenverarbeitung in lebenden Systemen. (Erstellt von d. Verf. in Anlehnung an UEXKÜLL & WESIAK 1996).

Uexküll und Antonovsky teilen folgende Grundannahme: Ihrer Ansicht nach betrachtet und bewertet der Mensch seine Gesundheit eingebunden in seine leiblichen Aktivitäten, sein soziales wie berufliches Umfeld, seine Bedürfnislage und seine aktuelle Lebenssituation. Für sie ist er dann gesund, wenn er in der Lage ist, die Realität angemessen zu beurteilen und außerdem über ausreichend Fertigkeiten verfügt, mit den vielfältigen Anforderungen des Lebens umzugehen.

3.2.11. Sinnkonzept bei Erwin Straus (vgl. STRAUS 1926a; 1928; 1930)

Dass auch Straus dem Kreis der bisher genannten Wissenschaftler zugerechnet werden kann, soll an dieser Stelle nicht unerwähnt bleiben. Auch er ist davon überzeugt, dass eine gesunde Entwicklung des Individuums stets auf die Bildung eines „erlebnisweltlichen Sinnkontinuums“ (STRAUS 1930, 97) hin ausgerichtet sei:

Das Bewusstsein der individuellen Person entfaltet sich als das Erlebnis ihrer inneren Geschichte. Jeder einzelne Moment ist eine Phase ihres historischen Werdens. Alles, was in einem bestimmten Augenblick in das Bewußtsein tritt, ist dadurch bestimmt, wie es sich diesem Werdegang einfügt oder ihn aufhält. (STRAUS 1930, 97)

Seien diese Sinnstrukturen fragil oder würden sie durch äußere starke Einflüsse angegriffen, dann könne das dazu führen, dass der Zusammenhang der „Werdensgeschichte einer Person“ zerrissen werde (vgl. ebd.). Damit sei das entschlossene „Ausgreifen“ in Welt und Gemeinschaft im Sinne der

Selbstverwirklichung behindert und es käme zu einer ängstlichen Abwendung von Welt und Mitwelt (vgl. ebd.).

Ein ausführlicher Vergleich zwischen Antonovsky und Straus erfolgt jedoch in Kapitel 5 und wird daher in diesem Zusammenhang nur kurz angedeutet.

Vorab ergibt sich folgende Bilanz:

3.2.12. Fazit

Hat Antonovsky dem Konzept Salutogenese sowohl den Namen als auch den theoretischen Überbau gegeben – grundsätzlich neu sind die darin aufgestellten Thesen nicht. Die postulierte Grundannahme – Gesundheit hat wie Krankheit einen individuellen Bezugsrahmen – basiert auf vielfach bekannten biologischen, psychosozialen und philosophischen Überlegungen.

Gemeinsam ist allen Betrachtungen, dass sie Gesundheit beschreiben als eine subjektiv erlebte und bewertete und zugleich external wahrnehmbare und bewertende, genuine Qualität menschlichen Lebens. Gesucht wird nach übergreifenden Faktoren, die das Gesundheitsverhalten förderlich beeinflussen. Dabei werden vornehmlich Denkrichtungen verfolgt, die sich mit der Interaktion zwischen Persönlichkeitsmerkmalen und sozialer und kultureller Umwelt befassen.

4 GESUNDHEIT PHÄNOMENOLOGISCH-ANTHROPOLOGISCH BETRACHTET - GRUNDLAGEN DES MEDIZINTHEORETISCHEN KONZEPTE VON ERWIN STRAUS

„Gesundheit und Eudämonie, das sogenannte gute Leben (...) gehören unmittelbar zusammen“ (STRAUS 1963, 940).

4.1. Wissenschaftstheoretische Einordnung

Erwin Walter Maximilian Straus war Teil einer medizintheoretischen Bewegung, die zu Beginn des 20. Jahrhunderts innerhalb der Psychiatrie eine umfangreiche Wirkung entfaltete (vgl. SCHMIDT-DEGENHARD 1997, 474). Begründet wurde sie neben Straus vor allem durch die Psychiater **Ludwig Binswanger**, **Eugène Minkowski** und **Viktor Emil von Gebattel** (vgl. PASSIE 1995, 21). Die vier Ärzte werden heute auch unter der Bezeichnung ‚*Wengener-Kreis*‘ zusammengefasst, da sie etwa 40 Jahre freundschaftlich verbunden waren und in regem wissenschaftlichen Austausch miteinander standen. Sie widmeten sich nicht nur gegenseitig einige ihrer Werke, sondern haben sich in ihren Arbeiten vielfach aufeinander bezogen (vgl. ebd., 17). Alle hatten ein sie gemeinsames Ziel: Sie wollten den seelisch Kranken in einer neuen Weise in den Blick bringen und hierbei insbesondere anthropologische Aspekte seelischen Andersseins aufzeigen. Ihre Vorstellung war, dass man über die Beschreibung von klinisch beobachtbaren Erlebens- und Verhaltensauffälligkeiten „das sich im Symptombild ausdrückende Selbst- und Weltverhältnis des Kranken und seine Existenzweise“ (SCHMIDT-DEGENHARD 2003, 306) begreifen könne. Dieser ‚phänomenologisch-anthropologische‘ Erfahrungsansatz war für die damalige Forschung neu (vgl. ebd.).

Problemgeschichtlich wie systematisch lässt sich seine Entwicklung nur vor dem Hintergrund der wissenschaftstheoretischen Gesamtsituation Ende des 19. bzw. zu Beginn des 20. Jahrhunderts verstehen: Der Naturalismus hatte als Strömung seit dem 17. Jahrhundert dazu geführt, dass das mechanisch-kausale Naturverständnis zunehmend auch auf das Innenleben des Menschen übertragen wurde, also seinem Geistes- und Gefühlsvermögen dieselben kausalen Gesetze unterstellt wurden, wie man sie bei der physikalischen Beschreibung der Natur vorfand (vgl. PASSIE 1995,

11ff.). In der Psychiatrie herrschte die Meinung vor, es wäre nur eine Frage der Zeit, bis man die histopathologischen Substrate von Geisteskrankheiten ausfindig gemacht hätte und eine dementsprechend optimale Therapie anbieten könnte. Das legendäre Postulat **Wilhelm Griesingers** „Geisteskrankheiten sind Gehirnkrankheiten“ (1845) spiegelt diesen naturwissenschaftlichen Zeitgeist gut wider.³³

Dennoch musste man sehr bald feststellen, dass sich das formulierte Vorhaben mit den verfügbaren Methoden auf absehbare Zeit nicht erreichen ließ (vgl. PASSIE 1995, 11ff.). Also begnügte man sich vorab damit, die Beschreibung und Klassifikationen von seelischen Krankheitsformen weiter zu differenzieren. Die Hoffnung bestand darin, auf diesem Wege auch ihrer Ätiologie näherzukommen.

Zunächst war es vor allem **Robert Eugen Gaupp**, der in zahlreichen Kasuistiken die Unverzichtbarkeit einer Einbeziehung der inneren Erfahrung der Patienten für den Fortschritt der psychiatrischen Wissenschaft herausstellte (vgl. KOLLE 1970, 141). An ihn anknüpfend gab es in den folgenden Jahren stärkere wissenschaftliche Bestrebungen, über eine Orientierung an den subjektiven Erlebensqualitäten die Unvollkommenheit einer ausschließlich gehirnzentrierten Psychopathologie aufzuzeigen. In dieser Zeit versuchte beispielsweise **Karl Jaspers** in seiner „Allgemeinen Psychopathologie“ (1913) die von Wilhelm Dilthey verdeutlichten methodischen Prinzipien von Erklären und Verstehen in ihrer Bedeutung für die Psychopathologie zu erschließen.

Im Zuge dieser Entwicklungen gewann der psychologische Gesichtspunkt in der Psychopathologie zunehmend die Oberhand:

Während sich in der Psychologie bereits zu Beginn des Jahrhunderts Bestrebungen gegen die Assoziationspsychologie – die ‚Psychologie ohne Ich‘ geltend machten, musste diese Entwicklung in der Psychopathologie erst noch vollzogen werden. (PASSIE 1995, 14)

³³ Anmerkung d. Verf.: Es ist interessant, dass der Satz „**Geisteskrankheiten sind Gehirnkrankheiten**“ in diesem Wortlaut in Griesingers Schriften gar nicht vorkommt. In seinem im Jahre 1845 veröffentlichten Lehrbuch „Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten“ ist hierzu im ersten Kapitel („Über den Sitz der psychischen Krankheiten und die Methode ihres Studiums“) lediglich zu lesen: „Welches Organ muß also überall und immer notwendig erkrankt sein, wo Irresein vorhanden ist? (...) Zeigen uns physiologische und pathologische Thatsachen, daß dieses Organ nur das Gehirn sein kann, so haben wir vor allem in den psychischen Krankheiten jedesmal Erkrankungen des Gehirns zu erkennen“ (Griesinger 1845, 1). In diesem Sinne könne „nur das Gehirn der Sitz normaler und krankhafter geistiger Tätigkeiten sein“ (ebd., 3). Der Akzent liegt also auf Gehirn. Bezüglich der Kausalität macht Griesinger jedoch Einschränkungen: „Die inneren Hergänge des Vorstellens und Wollens sind so wenig als die des Empfindens aus der Organisation des Gehirns zu begreifen“ (ebd., 2). Die immer wieder zitierte Formulierung „Geisteskrankheiten sind Gehirnkrankheiten“ wird Griesingers Vorstellungen also nicht vollständig gerecht.

Begriffliche Grundlagen, Methoden und Arbeitsweisen des Faches wurden fortan kritisch hinterfragt. Verlangt wurde ein anspruchsvoller Gegenentwurf zum geltenden Wissenschaftsverständnis und seinem Welt- und Menschbild, das zu jener Zeit vor allem durch eine Trennung zwischen Natur und Geisteswissenschaften bestimmt war. Die Psychiater suchten nach einer Vorgehensweise, die es erlaubte, sich erst einmal mit Hingabe den unmittelbar von den Patienten berichteten Erlebens- und Verhaltensweisen zu widmen, bevor man diese einem objektiven System zuordnet. Auf diesem Wege entstand die phänomenologisch-anthropologische Forschung, die vor allem im deutschsprachigen Raum großes Interesse weckte (vgl. SCHMIDT-DEGENHARD 1997, 478).

Was ist nun aber mit ‚phänomenologisch-anthropologischer Psychiatrie‘ gemeint?

Um die Gedanken von Straus und seinen Zeitgenossen einordnen zu können, ist es zunächst einmal wichtig, sie in ihren Grundzügen zu verstehen. Aus diesem Grunde werden nun zentrale inhaltliche und methodische Aspekte erläutert.³⁴

4.1.1. Was ist phänomenologisch-anthropologische Psychiatrie?

Phänomenologisch-anthropologische Psychiatrie versteht seelische Erkrankungen als regelhafte Abwandlungen menschlichen Sich-Befindens, Erlebens und Verhaltens. Sie geht davon aus, dass sich (psychische) Störungen annäherungsweise aus der (gesunden) Wesensart des Menschen ableiten lassen (vgl. ebd.).

Phänomenologisch-anthropologische Forschung ist vor allem qualitative Einzelfallforschung, die ihren Ursprung in der Klinik hat und diagnostisch und therapeutisch dahin zurückwirkt. Daher wird sie auch für die Klinik validiert. Phänomenologische Methoden fokussieren auf das Erleben des Patienten und suchen nach anthropologischen Gesetzmäßigkeiten von psychischen Erkrankungen. Diese dienen dann als Ausgangsbasis für weiterführende qualitative oder neurobiologische Untersuchungen (vgl. BLANKENBURG 1991, 93).

‚Phänomenologisch‘³⁵ bezieht sich auf die Tatsache, dass der Ursprung der Erkenntnisgewinnung in den unmittelbar gegebenen Erscheinungen des Kranken gesehen wird

³⁴ Von d. Verf. wird kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben. Des Weiteren wird von ihr darauf verwiesen, dass bei der Darstellung der verschiedenen Konzepte aus überaus komplexen Zusammenhängen nur sehr vereinfachte Aspekte herausgegriffen werden können. Weiterführende Informationen finden sich in der jeweils angegebenen Primär- und Sekundärliteratur.

³⁵ Griechisch: phainomenon / deutsch: Sichtbares, Erscheinung. Griechisch: logos / deutsch: Rede, Lehre (vgl. VANICEK 2005).

und demzufolge vornehmlich Zusammenhänge zwischen diesen Erscheinungen untersucht werden. Auf die Zuhilfenahme von Theorien wird bewusst verzichtet. Es besteht Zurückhaltung in (vor-) schneller Interpretation. Nach **Edmund Husserl** ist es das Prinzip, die ‚*Sache selbst*‘ zu beschreiben (vgl. HUSSERL 1891).³⁶ Prämisse soll sein, die Autonomie des anderen zu achten. Dabei steht der konkrete Erfahrungsbereich des Alltags im Fokus der Aufmerksamkeit. In diesem Sinne ist Phänomenologie zunächst einmal keine bestimmte Lehre, sondern beschreibt vielmehr eine charakteristische Einstellung oder Methodik (vgl. BLANKENBURG 1991, 95).

‚*Anthropologisch*‘³⁷ bezeichnet nun einerseits den Gegenstand dieses Forschens, den Menschen. Darüber hinaus ist es aber auch „das Bemühen, einen der Eigenart menschlichen Wesen, dem spezifisch menschheitlichen des Menschen (...) angemessenen Logos des wissenschaftlichen Vorgehens zu finden“ (SCHMIDT-DEGENHARD 1997, 473). Anthropologie baut auf der Annahme auf, dass sich der Mensch durch seine Persönlichkeit, das heißt durch seine relative Entscheidungsfreiheit und seine Möglichkeit zur Selbstbestimmung, von anderen Organismen qualitativ unterscheidet und daher auch gesondert betrachtet werden muss (vgl. GUTMANN 2006, 5).

Phänomenologisch-anthropologische Medizin will sich am Subjekt des Kranken ausrichten und seine persönliche Lebensgeschichte und -situation zum Ausgangspunkt ihres diagnostischen und therapeutischen Handelns machen. Grundlage ist das in der interpersonalen Begegnung erfahrene und reflektierte individuelle Kranksein des Patienten. Das übergeordnete Anliegen anthropologisch-psychiatrischer Forschung ist die Besinnung auf den Kranken als Individuum und auf die existentielle Dimension

³⁶ ‚**Phänomen**‘ beschreibt schon im Altgriechischen die Erscheinung selbst. Der Begriff ‚Phänomenologie‘ oder ‚phänomenologisch‘ geht auf das 18. Jahrhundert zurück und bezeichnete beispielsweise bei dem Theologen Friedrich Christoph Oetinger (1702-1782) und dem Mathematiker und Philosophen Johann Heinrich Lambert (1728-1777) die ‚Lehre des Scheins‘ im Gegensatz zu der ‚Lehre der Wahrheit‘. Immanuel Kant (1724-1804) gebrauchte den Begriff zur Benennung einer ‚Lehre von den Grenzen der Sinnlichkeit‘. Im Werk des Philosophen Georg Wilhelm Friedrich Hegel (1770-1831) steht der Begriff für die Gesamtheit der Erscheinungen des Geistes im Bewusstsein, Geschichte und Denken. Die „Phänomenologie des Geistes“ (1807) versteht sich als Wissenschaft der Erfahrung des Bewusstseins, welches zunächst noch absolute Unmittelbarkeit ist, später aber zum absoluten Wissen zurückkehrt. Seit dem 20. Jahrhundert bringt man den Begriff ‚Phänomenologie‘ vor allem in Verbindung mit dem Namen Edmund Husserl (vgl. DANZER 1995, 99ff.).

³⁷ Griechisch: anthropos / deutsch Mensch. Griechisch: logos / deutsch: Rede, Lehre (vgl. Vanicek 2005).

seines seelischen Krankseins. Hierbei kommt der Einzelfallstudie eine besondere Bedeutung zu.

Die Suche nach dem Eigenwesen des Menschen und seinen psychopathologisch relevanten Abwandlungsmöglichkeiten ist wiederum der philosophischen Anthropologie sehr nahe.³⁸ Deren bedeutsamste Vertreter – **Max Scheler** und **Helmuth Plessner** – hatten zu Beginn des 20. Jahrhunderts großen Einfluss auf das anthropologische Forschen in der Psychiatrie ausgeübt.³⁹ Auch die Einflüsse der phänomenologischen Bewegung in der Nachfolge von **Edmund Husserl**, die Lebensphilosophie **Henri-Louis Bergsons**, die deskriptive Psychologie **Franz Clemens Brentanos**, die philosophische Hermeneutik **Wilhelm Diltheys** sowie die Daseinsanalytik **Martin Heideggers** spielten eine wichtige Rolle.

Methodologisch lassen sich innerhalb des Erfahrungs- und Forschungsfeldes der anthropologischen Psychiatrie zwei Vorgehensweisen unterscheiden (vgl. SCHMIDT-DEGENHARD 1997, 473):

1. Dem sogenannten phänomenologischen Ansatz geht es um die Analyse von spezifischen Störungsmustern in der „transzendentalen Organisation psychotischer Subjektivität“ (ebd.).
2. Die interpretativen Ansätze gliedern sich wiederum in die Daseinsanalyse als einen hermeneutischen Zugang zur inneren Lebensgeschichte des seelisch Kranken sowie in die Versuche des Sinnverstehens psychotischer Erlebensweisen.

Ist der phänomenologische Ansatz eher deskriptiv und am Gegenstand orientiert, untersuchen die interpretativen Ansätze vornehmlich die Konstitutionsleistungen des Bewusstseins (vgl. SCHMIDT-DEGENHARD 2003, 308). Das Verbindende aller Herangehensweisen ist eine im Phänomenologie-Begriff angelegte Polarität von vorgestelltem Gegenstand und vorstellendem Bewusstsein (vgl. BLANKENBURG 1991, 94). Dabei können sich die einzelnen Strategien durchaus ergänzen.

³⁸ In der anthropologisch-phänomenologischen Forschung gibt es nach Ansicht d. Verf. eine interessante Schnittstelle zwischen Philosophie und Psychiatrie: Ist Erstere für den Gang ihres Denkens auf bestimmte klinisch-psychiatrische Erfahrungstatsachen angewiesen, erfordert Letztere stets eine selbstkritische, philosophische Besinnung ihrer Grundbegriffe (vgl. SCHMIDT-DEGENHARD 2003, 316).

³⁹ Zum Beispiel prägte Plessner's anthropologisches Theorem der sog. ‚exzentrischen Positionalität‘ entscheidend die Bestimmung der spezifisch-menschlichen Physis bei Straus (vgl. SCHMIDT-DEGENHARD 1997, 476).

4.1.2. Der phänomenologische Ansatz

In der Psychiatrie war es zuallererst **Karl Jaspers**, der diese Art des Arbeitens mit dem Patienten explizit beschrieben hat. In seinem berühmten Werk „Allgemeine Psychopathologie“ aus dem Jahre 1913 formulierte er Folgendes: Der Arzt könne sich die Erlebnisse eines Kranken anschaulich vergegenwärtigen, wenn er sich „empathisch-imaginativ“ in ihn hineinversetze (vgl. JASPERS 1913, 50). Dabei solle er sich ausschließlich beziehen auf die „Aktvollzüge und seelischen Zustände“, die der Kranke in seinem Bewusstsein erlebe, sowie auf die formalen Weisen, in denen ihm dieses Erlebte gegeben sei (vgl. ebd., 34).

Das bedeutet: Der phänomenologische Erkenntnisweg will vorurteilslos das Erleben von Kranken beschreiben. Ziel ist es, seine Dimensionen allgemeingültig zu veranschaulichen und so eine Phänomenologie des Seelisch anderen zu entwerfen.

Die phänomenologische Orientierung in der Medizin knüpft direkt an die philosophische Bewegung der Phänomenologie im 20. Jahrhundert an. Deren Begründer **Edmund Husserl** hatte bereits im Jahre 1911 die Philosophie dazu aufgefordert, sich vorschneller Weltdeutungen zu enthalten und sich bei der analytischen Betrachtung der Dinge an das zu halten, was dem Bewusstsein unmittelbar (phänomenal) erscheint (vgl. DANZER 1995, 100ff.).

Ausgangspunkt der Phänomenologie Husserl's war die Annahme einer Korrelation von Bewusstsein und Welt, die der Philosoph mit dem Terminus ‚*Intentionalität*‘ umschrieb (vgl. ebd.).

Husserl proklamierte Folgendes (vgl. HUSSERL 1911):

1. Bewusstsein ist immer Bewusstsein von etwas.
2. Alles raumzeitliche Sein der Wirklichkeit ist nur insofern, als es auf ein erfahrendes, wahrnehmendes, denkendes, fühlendes Bewusstsein bezogen ist.
3. Intentionalität ist die Gerichtetheit des Bewusstseins auf einen Gegenstand oder Sachverhalt).
4. Es gibt kein reines Subjekt und kein reines Objekt („*Noema*“⁴⁰). Beide sind stets verbunden durch den Akt des Bewusstwerdens („*Noesis*“), indem die Gegenstände konstituiert werden.

⁴⁰ Das ‚*Noema*‘ (Griechisch: noema / deutsch: das Gedachte, vgl. VANICEK 2005) ist bei Husserl der Inhalt des Denkens, Sehens, Phantasierens oder Meinens (zum Beispiel der gedachte Baum, der gesehene Mensch etc.). ‚*Noema*‘ beschreibt Sinngehalt eines Gegenstandes. Husserl unterscheidet zwischen einem gesehenen und einem geträumten Baum und gibt zu verstehen, dass sich ein ‚*Noema*‘ von dem real existierenden Gegenstand häufig unterscheidet (vgl. DANZER 1995, 102).

Die Welt war für Husserl das ‚*noematische*‘ Korrelat von sinnstiftenden (‚*noetischen*‘) Bewusstseinsleistungen (vgl. DANZER 1995, 100ff.). Diese ermöglichten seiner Ansicht nach das Verstehen der Welt in ihren Bedeutungsdimensionen. Um den wahren Wesensgehalt eines Gegenstandes zu erkennen, müssten wir unsere Einstellung zu ihm ändern (vgl. ebd.). Wir müssten uns jeglichen (Vor-) Urteils ihm gegenüber enthalten, denn erst durch Ausschaltung aller Setzungen würde uns die Welt in ihren tatsächlichen Strukturen erscheinen. Dieses ‚*Sich zurücknehmen*‘ nannte Husserl ‚*Epoché*‘ bzw. Einklammerung (vgl. ebd.).

Seine Erkenntnismethode folgt einem Prozess, der auch als ‚*transzendental-phenomenologische Reduktion*‘ bezeichnet wird (vgl. ebd.): Dabei werden alle Vorstellungen, die in der natürlichen Einstellung der Alltagswelt vorkommen, zunächst einmal ‚eingeklammert‘. Auf diese Weise, so die Hypothese, können dann die sinnkonstituierenden Leistungen des Bewusstseins aufgezeigt werden. Der phänomenologische Ansatz in der Philosophie sieht seine Aufgabe vornehmlich darin, allgemeine Strukturen von Bewusstseinsleistungen zu beschreiben, die die Konstitution einer möglichen Welt begründen (vgl. DANZER 1995, 100ff).

In der Psychiatrie wollte man diese Methode nutzen, um „psychotische Seinsverfassungen“ sozusagen auf ihre „innere Gangstruktur“, d.h. ihre Ermöglichungsgründe und Aufbauweisen hin zu befragen (vgl. SCHMIDT-DEGENHARD 2003, 309). Auf diese Weise wollte man herausfinden, wie sich das Selbsterleben eines (psychisch) kranken Menschen konstituiert bzw. verändert (vgl. ebd.).

Neben Karl Jaspers waren es vor allem **Kurt Schneider**, der späte **Ludwig Binswanger** und **Wolfgang Blankenburg**, die diese Erkenntnismethode in die Psychiatrie einbrachten. Bei der Untersuchung der subjektiven Lebensweltbezogenheit des Kranken ging es ihnen vor allem um die Analyse seiner Lebenspraxis und Daseinsbewältigung in der mitmenschlichen Wirklichkeit (ebd., 310).

Heute ist es beispielsweise der Psychiater **Josef Parnas**, der in einem größeren europäischen Forschungsprojekt⁴¹ genau diese Art des wissenschaftlichen Vorgehens

41 Gemeint ist das multinationale Forschungsprojekt DISCOS („Disorders of Coherence of the Embodied Self“, Laufzeit: 2007-2011). Es zielt darauf ab, die Fundamente der menschlichen Persönlichkeit und deren krankhafte Störungen interdisziplinär zu erforschen. Unter Führung der Universität Heidelberg (Psychiatrie) und der TU München (Psychosomatik) haben sich hierzu sieben europäische Fakultäten aus sechs Ländern zusammengeschlossen. Gefördert wird es durch die Europäische Gemeinschaft, das Marie Curie Research Training Networks (RTN) und Sixth EU

nutzt, um spezifische Anwandlungen des Selbsterlebens bei der beginnenden Schizophrenie zu erforschen (vgl. WEBER 2006, 120).

4.1.3. Hermeneutische Ansätze⁴²

Hermeneutische Ansätze in der Psychiatrie orientieren sich an der Idee, dass der Mensch und seine psychische Störung eine sinnhafte Gestalt bilden. Das psychopathologische Syndrom wird dabei als ein komplex konstituiertes seelisch-geistiges Sinngebilde gesehen, das keinesfalls nur unter rein defizitären Gesichtspunkten betrachtet werden darf (vgl. SCHMIDT-DEGENHARD 1997, 476).

Hermeneutisch arbeitende Psychiater sind ausgesprochen interessiert an einer interdisziplinären Zusammenarbeit mit den Geisteswissenschaften (v.a. mit der Philosophie, den Religions- und Geschichtswissenschaften). Wie für die Phänomenologen bilden die philosophische Anthropologie **Scheler's**, **Plessner's** und **Gehlen's** sowie der transzendental phänomenologische Ansatz **Husserl's** hier das Fundament, auf dem sich ihre Tätigkeit aufbaut. Außerdem suchten sie Anregungen in der Fundamentalontologie **Martin Heidegger's** und der Existenzphilosophie **Jean-Paul Sartre's**, **Maurice Merleau-Ponty's** und **Paul Ricoeur's** (vgl. DANZER 1995, 207ff.).

Die Wurzeln der Hermeneutik gehen – zumindest im deutschsprachigen Raum – zurück auf den Philosophen **Wilhelm Dilthey**. Dieser hatte bereits Ende des 19. Jahrhunderts der kausal-erklärenden Methode der Naturwissenschaften zum ersten Mal die erklärend-verstehende Methode der Geisteswissenschaften explizit gegenübergestellt und damit die noch heute übliche Unterscheidung zwischen Naturwissenschaften und Geisteswissenschaften eingeführt (vgl. ebd.). Dilthey postulierte Folgendes: Während das wissenschaftliche Prinzip der Naturwissenschaften das des Erklärens sei, müsse den Geisteswissenschaften das Prinzip des Verstehens zugrunde gelegt werden (vgl. ebd.). Eine hermeneutisch-verstehende Erkenntnisquelle könne daher nicht durch objektive und kausal erklärbare Daten ersetzt werden, sondern müsse sich eigenständig und gleichberechtigt etablieren (vgl. ebd.).

Die Gedanken des Geisteswissenschaftlers wurden einhundert Jahre später von Karl Jaspers erneut aufgegriffen und ‚phänomenologisch-deskriptiv‘ für die Psychiatrie bearbeitet. Jaspers entwickelte damit einen Erkenntnisweg, der das Verstehen von

Framework Programme (vgl. Homepage des Universitätsklinikums Heidelberg. URL: <http://www.klinikum.uni-heidelberg.de/105815.pdf>; Stand 18.06.2009).

⁴² Vgl. Kap. 2.2..

Fremdseelischem in den Vordergrund stellt und die Fähigkeit des Einfühlens voraussetzt (vgl. ebd., 207ff.).

Für die Psychiatrie zu Beginn des 20. Jahrhunderts hatte das weitreichende Konsequenzen: In der Psychopathologie verhalf die Methode dazu, dass die subjektiven Erlebnisweisen der Kranken aus sich selbst heraus angemessener und differenzierter beschrieben werden konnten (vgl. PASSIE 1995, 25). Ein anderer wichtiger Aspekt, der fortan für wichtig erachtet wurde, war die überragende Bedeutung der Zwischenmenschlichkeit bzw. der mitmenschlichen Kommunikation für das Verständnis von seelischen Erkrankungen (vgl. ebd.). Die betroffenen Personen wurden selbst nach dem Sinn gefragt, den sie als handelnde Subjekte ihrem Handeln geben und nach den Regeln, nach denen sie diesen Sinn hervorbringen.

Als Therapierichtung bekam die hermeneutische Erkenntnismethode einen wichtigen Platz in der Daseinsanalyse. Ihre Vertreter waren zum Beispiel **Ludwig Binswanger**, **Medard Boss** und **Wolfgang Blankenburg**.

4.1.4. Daseinsanalyse

Bis heute versteht sich die Daseinsanalyse als eine Weiterentwicklung der auf der Heideggerschen Philosophie beruhenden Daseinsanalytik, d.h. der Existenzanalyse (vgl. SCHARFETTER 1999, 197).

Ihr Erkenntnisweg gliedert sich in die Stufen der ‚strukturell-normativen Deskription‘ und der ‚existentiellen Deutung‘ (vgl. SCHMIDT-DEGENHARD 2003, 313ff.).

Daseinsanalyse beschäftigt sich mit der Hermeneutik der inneren Lebensgeschichte des Menschen (vgl. ebd.). Dabei sollen neue methodische Voraussetzungen für eine lebendigere Begegnung mit dem Patienten geschaffen werden.

Das ‚Wesen‘ des Menschen ist der eigentliche Ausgangspunkt der Betrachtungen. ‚Wesen‘ meint im daseinsanalytischen Verständnis nicht nur die Frage nach dem ‚Was‘, sondern zugleich auch nach dem ‚Wer‘: Wer ist dieser Mensch, der da vor mir steht? Wie werde ich ihm gerecht? Wie will er verstanden, wie wissenschaftlich erforscht, wie therapeutisch behandelt werden?

Daseinsanalyse versteht sich als einen methodischen Versuch, einen unmittelbaren Zugang zur Welt des Kranken zu eröffnen. Es geht „um die Erschließung des Sinnzusammenhangs der in der Kontinuität ihres Lebens und Erlebens sich geschichtlich entfaltenden Person“ (SCHMIDT-DEGENHARD 1997, 475) Dabei wird der Mensch auf seinen „individuellen Weltentwurf“ hin befragt (vgl. ebd.). Die Untersuchung

der jeweiligen Struktur dieses Weltentwurfs und seiner lebensgeschichtlichen Abwandlungen erfolgt am Leitfaden einer konzeptimmanenten (normativen) Vorstellung von einem „geglückten Dasein“ oder Lebensentwurf (vgl. ebd.).

Heutige Psychiater sehen in der Daseinsanalyse die Möglichkeit zu einer „in einem erweiterten Verstehen fundierten Humanisierung des Umgehens mit seelisch Kranken“ (SCHMIDT-DEGENHARD 2003, 313). Für viele ist sie die Grundlage für eine Auseinandersetzung mit psychiatrisch-philosophischen Themen wie Leib (**Wolfgang Blankenburg, Thomas Fuchs, Hermann Schmitz**), Zeit- und Raumerleben (**Viktor Emil von Gebsattel, Hubertus Tellenbach**), Sinnverstehen bei Psychosen wie der Schizophrenie (**Thomas Fuchs**), Identität und soziale Rolle bei Manisch-Depressiven (**Michael Schmidt-Degenhardt**) oder Interpersonalität (**Wolfgang Blankenburg, Walter Ritter von Baeyer, Ronald David Laing**).

4.1.5. Fazit

- Phänomenologisch-anthropologische Forschung ist ein Zusammenspiel aus lebensweltlich verankerter qualitativ-natürlicher Erfahrung einerseits und übergeordnetem konzeptuellem Entwurf andererseits.
- In diesem Prozess kommt der methodologischen Reflexion eine zentrale Bedeutung zu.
- Die phänomenologische Methode ist eingebunden in eine anthropologische Grundhaltung, die in der Psychiatrie nach dem In-der-Welt-Sein des psychisch kranken Menschen fragt.
- Am Einzelfall soll die regelhafte Anwendung des Menschseins in den einzelnen Krankheitsbildern, das heißt das Wesen der Erkrankung erarbeitet werden.
- Phänomenologisch-anthropologische Forschung zielt auf die deskriptiv-hermeneutische Freilegung anthropologischer Grundstrukturen, z.B. durch die Erarbeitung spezifischer Kernsyndrome, Krankheitstypen, interpersoneller Gestalten und Begriffsklärungen.
- Allen phänomenologisch-anthropologisch orientierten Psychiatern ist gemeinsam, dass sie sich über eine Deskription von psychopathologischen Phänomenen dem subjektiven Erleben des Patienten widmen wollen. Die Methodik, mit der sie jeweils arbeiten, ist wiederum sehr verschieden, was unter anderem an dem differenten Spektrum ihrer theoretischen Ausgangspunkte liegt.

Graphisch lassen sich die unterschiedlichen Vorgehensweisen phänomenologisch-anthropologischer Forschung wie folgt darstellen:

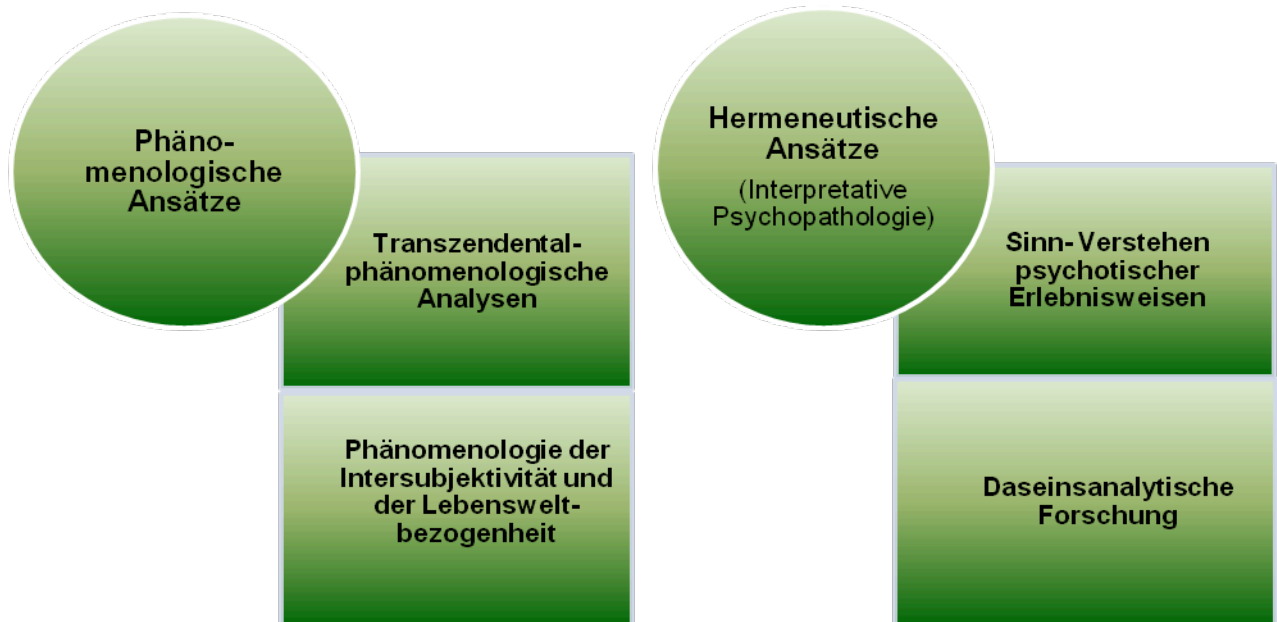


Abb. 6: Forschungsansätze und Themen der anthropologischen Psychiatrie.
(Erstellt von d. Verf. in Anlehnung an SCHMIDT-DEGENHARD 2003, 315).

Vor diesem Hintergrund soll nun – analog zu der Darstellung bei Antonovsky – das medizintheoretische Konzept von Straus genauer vorgestellt werden. Dabei konzentriert sich die Autorin auf die Art und Weise, mit der Straus die Termini Gesundheit und Krankheit verwendet und diskutiert. Da sowohl die Person als auch das Werk von Straus der heutigen Psychiatrie und Psychosomatik weitgehend unbekannt sind, erfolgt zunächst ein biographischer Überblick.

Erwin Walter Maximilian Straus (1891–1975)



Erwin W. Straus

(Vgl. NACHLASS VON ERWIN WALTER MAXIMILIAN STRAUS)

11.10.1891	Geburt in Frankfurt am Main
1910-1917	Medizinstudium in Berlin, Göttingen, Zürich und München
1917	Approbation
12.04.1919	Promotion: „Zur Pathogenese des chronischen Morphinismus“
1919-1930	Nervenarzt unter K. Bonhoeffer, R. Cassirer
1927	Habilitation: „Untersuchungen über die postchoreatischen Motilitätsstörungen, insbesondere die Beziehungen der Chorea minor zum Tic“
1928	Mitbegründer der Zeitschrift ‚Der Nervenarzt‘
1931	Extraordinarius für Psychiatrie an der Charité, Berlin
1938	Emigration
1938-1944	Professor für Psychologie am Black Mountain College in North Carolina
1944-1946	Wissenschaftliche Tätigkeit an der Johns- Hopkins University in Baltimore, Absolvierung des amerikanischen Staatsexamens
1946-1961	Direktor des Veterans Administration Hospital in Lexington, Kentucky
1961	Gastprofessur Würzburg
1961, 1963, 1971	Ehrendoktorwürden an den Universitäten in Würzburg (D), Kentucky (USA) und Transsylvania (USA)
1963-1974	Veranstalter der ‚Lexington Conferences on Pure and Applied Phenomenology‘(1963; 1964; 1967; 1970; 1974)
1971	Bundesverdienstkreuz
20.05.1975	Tod in Lexington, Kentucky

4.2. Biographischer Überblick

4.2.1. Herkunft und Studienjahre

Erwin Walter Maximilian Straus wurde am 11. Oktober 1891 in Frankfurt am Main geboren.⁴³ Sein Vater, Caesar Straus, war als Bankier tätig, seine Mutter, geb. Tony Negbaur, führte ein Antiquitätengeschäft (vgl. BOSSONG 1991,11). In wohlhabenden jüdischen Verhältnissen aufwachsend, konnte Straus seine schulische Ausbildung am renommierten Lessing-Gymnasium absolvieren. Damit legte er das Fundament für umfassende Kenntnisse in der griechischen und lateinischen Sprachwelt sowie in Literatur-, Sozial- und Naturwissenschaften. Im Jahre 1909 schloss er seine schulische Ausbildung mit der Reifeprüfung ab.⁴⁴

Die Entscheidung des jungen Abiturienten, nach einem zunächst begonnenem Praktikum in einem technischen Betrieb schließlich ein Medizinstudium anzustreben, fiel im Frühjahr des Jahres 1910.⁴⁵ Zunächst an der Friedrich-Wilhelms-Universität in Berlin eingeschrieben⁴⁶, wechselte Straus nach zwei Semestern in die Stadt Zürich⁴⁷, dann nach München und schließlich nach Göttingen.⁴⁸

Schon während seiner theoretischen Grundausbildung galt das besondere Interesse des Studenten den Fächern Psychiatrie und Nervenheilkunde (vgl. HOLZINGER 2006, 12ff.). Angeregt durch den Besuch von Vorlesungen damaliger Meister dieses Faches wie **Paul Eugen Bleuler**, **Carl Gustav Jung** und **Emil Kraepelin** setzte sich der angehende Arzt neben seiner naturwissenschaftlichen Ausbildung zunehmend auch mit psychologischen und philosophischen Fragestellungen auseinander (vgl. BOSSONG 1991, 11ff.). Der Besuch von Lehrveranstaltungen bei **Theodor Lipps** und **Moritz**

⁴³ Vgl. Lebenslauf aus der Personalakte des UAH, Uk PA St 98.

⁴⁴ Auf einem Vortrag anlässlich des 100. Geburtstages von Straus hat Hubertus Tellenbach berichtet, dass Erwin Straus bereits in seiner Abiturprüfung eine umfassende Hamletinterpretation vorgelegt haben soll. Diese sei so eindrucksvoll für das Publikum gewesen, dass Straus sie viele Jahre später (im Jahre 1971) bei einem Besuch seiner alten Schule erneut aufgegriffen und in einer modifizierten Version vorgetragen haben soll (vgl. HOLZINGER 2006, 12 ff.).

⁴⁵ Vgl. Lebenslauf aus der Personalakte des UAH, Uk PA St 98.

⁴⁶ Vgl. Immatrikulationsverzeichnis für das Sommersemester im Jahre 1910 an der Friedrich-Wilhelms-Universität -Berlin, UAH.

⁴⁷ Vgl. Matrikelverzeichnis der Universität Zürich, Nr.20344.

⁴⁸ Vgl. Lebenslauf aus der Personalakte des UAH, Uk PA St 98.

Geiger sind hierfür kennzeichnende Beispiele.⁴⁹ Darüber hinaus kam Straus in Göttingen auch erstmals in Berührung mit den Gedanken von **Husserl**, die seinen wissenschaftstheoretischen Hintergrund nachhaltig prägten.⁵⁰ Der Kreis seines Umfeldes ließe sich sicherlich noch um viele Vertreter aus Philosophie und Naturwissenschaft erweitern, exemplarisch seien an dieser Stelle nur noch erwähnt: **Adolf Reinach, Max Scheler, und Carl Stumpf**.

Während des Ersten Weltkrieges musste Straus sein Studium zeitweilig unterbrechen, um stattdessen als Truppenarzt bei Infanterie und Feldartillerie zu dienen.⁵¹ An wissenschaftliche Arbeit war in jener Zeit nicht zu denken, zumal er im Jahre 1918 eine schwere Verwundung erlitt, die ihn ein halbes Jahr lang beanspruchte.⁵²

Dennoch erlangte Straus im Jahre 1919 seine Approbation und begann anschließend seine ärztliche Tätigkeit als Volontär bei **Karl Ludwig Bonhoeffer** an der Nervenlinik der Charité in Berlin.⁵³

4.2.2. Klinische und wissenschaftliche Arbeit an der Berliner Charité

Die kommenden Jahre waren für den jungen Arzt zu einer Zeit überaus fruchtbarer klinischer und wissenschaftlicher Tätigkeit. Zunächst veröffentlichte er seine Dissertationsschrift ‚Zur Pathogenese des chronischen Morphinismus‘(1919), die mit der Note ‚2‘ bewertet wurde.⁵⁴ Zwei Jahre später ließ sich Straus vorübergehend in einer nervenärztlichen Praxis in Berlin-Charlottenburg nieder und arbeitete parallel als Assistent an der neurologischen Poliklinik von **Richard Cassirer**.

Der wissenschaftliche Einfluss von **Cassirer** auf die Tätigkeit des jungen Psychiaters ist unter anderem erkennbar an der Themenwahl seiner Habilitationsschrift, die im Jahre 1927 unter folgendem Titel erschien: ‚Untersuchungen über die postchoreatischen Motilitätsstörungen, insbesondere die Beziehungen der Chorea minor zum Tic‘. In

⁴⁹ Vgl. Studentenverzeichnis der Ludwig-Maximilian-Universität München, zahlreiche im Archiv hinterlegte Belegbücher und Lebenslauf aus der Personalakte des UAH, Uk PA St 98.

⁵⁰ Vgl. Abgangszeugnis der Georg-August-Universität-Göttingen. In: Personalakte des UAH, Uk PA St 98.

⁵¹ Im Lebenslauf ist dokumentiert, dass diese Tätigkeit den Zeitraum von August 1914 bis Januar 1919 umfasst haben muss (vgl. Lebenslauf aus der Personalakte des UAH, Uk PA St 98).

⁵² Vgl. ebd..

⁵³ Vgl. Personalakte, UAH, Uk PA St 98.

⁵⁴ Vgl. ebd..

dieser Arbeit zeichnete sich eine für damalige Fachkollegen neue wissenschaftliche Grundauffassung ab, die in der Beurteilung durch **Karl Bonhoeffer** und **Gustav von Bergmann** folgende Charakterisierung fand: „(...) nicht eine ‚Grenzberichtigung‘ zweier Gebiete liegt vor, sondern eine veränderte Auffassung der Struktur des Organischen und des Psychogenen wird entwickelt.“⁵⁵ Beide Mediziner sahen in der Arbeit von Straus wichtige Ansätze zur Lösung der Aufgabe, Organisches und Psychisches gleichzeitig zu erfassen und zu deuten. Straus sei ihrer Ansicht nach schon damals ein Wissenschaftler gewesen, „...der ein großes Problem unserer Zeit gründlich und tief in sich erarbeitet hat und andererseits den Sinn nicht im Spekulativen [erfasst, Einfügung d. Verf.], sondern in der Ermittlung von klinisch wesentlichen Tatsachenbefunden“ (ebd.).

Wer diese überaus positive Einschätzung des Werkes von Straus durch die Vorgesetzten kennt, den wird es nicht verwundern, dass dieser noch am 26. November desselben Jahres als Privatdozent seine Antrittsvorlesung halten durfte. Als Thema wählte er: ‚Fragen der Grenzen von Neurosen und Psychosen‘ (1927). Viele Vorlesungen in den Fächern Psychiatrie und medizinische Psychologie folgten.⁵⁶ Dabei griff der junge Dozent insbesondere Fragestellungen auf über Indikationen und Grenzen psychotherapeutischer Behandlung. Dieser Diskurs beschäftigte damals weite Bereiche von Medizin, Natur- und Geisteswissenschaften (vgl. HARTMANN 1998, 20). Parallel dazu verfasste Straus in jener Zeit eine ganze Reihe an wissenschaftlichen Arbeiten, die sowohl neurologische (vgl. STRAUS 1924; 1926b) als auch psychiatrische (vgl. STRAUS 1928; 1929b) Themen bearbeiteten.

Das Klima an der damaligen Charité war geprägt von Innovation und konstruktivem Austausch. Unter der Obhut von Karl Ludwig Bonhoeffer wurde versucht, eine Verbindung herzustellen zwischen den medizinischen Subdisziplinen Neurologie, Psychiatrie und Psychologie (vgl. HARTMANN 1998, 20). Dabei wurden zunehmend auch allgemeine anthropologische Themen aufgegriffen und wissenschaftlich erörtert (vgl. STRAUS 1926; 1927a).

Auch die zu jener Zeit veröffentlichten Schriften von Straus beinhalteten bereits viele metaphysisch-philosophische Überlegungen. In Werken wie ‚Geschehnis und Erlebnis‘

⁵⁵ Vgl. Habilitationsakte, UAH, Med. Fak. 1359.

⁵⁶ Vgl. Vorlesungsverzeichnis der Friedrich-Wilhelms-Universität aus dem Max-Planck-Institut für Wissenschaftsgeschichte.

(1930) oder ‚Die Formen des Räumlichen‘ (1930) beschrieb er eindrucksvoll, warum die menschliche Seins- und Erlebensweise in einem rein naturwissenschaftlich orientierten Weltkonzept nur unzureichend erfasst werden könne und erst interdisziplinäre Betrachtungsweisen aus Psychologie, Psychiatrie, Neurologie und Philosophie entscheidenden Erkenntniszuwachs möglich machten (vgl. ebd.).

Diese Überlegungen waren kennzeichnender Ausdruck eines neuen Wissenschaftsverständnisses, welches unter **Bonhoeffer** einen zunehmend höheren Stellenwert einnehmen konnte (vgl. HOLZINGER 2006, 13ff.).

Als Straus im Jahre 1928 neben **Jürg Zutt**, **Kurt Beringer**, **Willi Mayer Gross** und **Karl Hansen** Mitbegründer des ‚Nervenarztes‘ wurde, geschah das unter anderem mit folgendem Ziel: Diese Fachzeitschrift sollte einerseits zum Beleg werden für das Bewusstsein von auseinanderstrebenden Entwicklungen in einerseits naturwissenschaftlich und andererseits geistes- und sozialwissenschaftlich orientierte Teildisziplinen. Gleichzeitig sollte sie stellvertretend stehen für die intensive Bereitschaft und das offene Engagement zur institutionalisierten Reflexion und Integration dieser Tendenzen (vgl. BRUCH, KADERAS 2002, 48). Als Organ „für alle Gebiete der nervenärztlichen Tätigkeit mit besonderer Berücksichtigung der psychosomatischen Beziehungen“ setzte sie bereits damals einen wichtigen Akzent und ist bis zum heutigen Tage ein international angesehenes Publikationsorgan der ‚Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde‘ und der ‚Deutschen Gesellschaft für Neurologie‘.⁵⁷

Im Jahre 1931 wurde Straus zum Extraordinarius für Psychiatrie an der Charité ernannt und war damit vorerst am Höhepunkt seiner wissenschaftlichen Laufbahn angelangt.⁵⁸

Die Machtergreifung Hitlers im Jahre 1933 setzte seiner klinischen und wissenschaftlichen Tätigkeit in Deutschland ein plötzliches Ende. Bereits im April desselben Jahres führte das Arbeitsverbot jüdischer Ärzte und Wissenschaftler an der Charité zu einer großen Zahl von Zwangsentlassungen (vgl. PEIFFER 1998, 99). Von 1933 bis 1936 wurden mehr als 30 jüdisch- medizinische Ordinarien emeritiert (vgl. ebd.). Die Vertreibung betraf bald auch den Status der Extraordinarien. Am 22. Februar 1936 wurde Straus – ebenso wie übrigens **Herbert Herxheimer** und **Paul Strassmann**

⁵⁷ Derzeit sind die Herausgeber: T. Brandt; W. Hacke; D. Kömpf; W. Maier; H-J. Möller; J. Noth; H. Saß. Das Zitat ist dem damaligen Untertitel entnommen.

⁵⁸ Vgl. Lebenslauf aus der Personalakte des UAH, Uk PA St 98.

– die Lehrbefugnis entzogen. Zwei Jahre später sah sich der Wissenschaftler endgültig gezwungen, seinem bisherigen Wirkungsfeld in Deutschland den Rücken zuzukehren und emigrierte im September des Jahres 1938 über Holland nach Amerika (vgl. HOLZINGER 2006, 15).⁵⁹

4.2.3. Die Jahre nach der Emigration

In Amerika unterrichtete Straus zunächst als Professor für Psychologie am Black Mountain College in North Carolina. Bereits während des ersten Semesters hielt er dort über 24 Vorlesungen (vgl. HOLZINGER 2006, 21). Schnell gelang es ihm, sich die englische Sprache anzueignen. Seine Vorlesungen hielt er von Beginn an fast ausschließlich in frei gesprochenem Englisch (vgl. HOLZINGER 2006, 21). Seine Publikationen tragen ab dem Jahre 1938 fast ausschließlich englische Arbeitstitel (vgl. Bibliographie).

Nach sechsjähriger Lehrtätigkeit am Black Mountain College erhielt Straus ein Forschungsstipendium an der Johns Hopkins University in Baltimore. In diesem Rahmen konnte er als sogenannter ‚Research Fellow‘ im Jahre 1945 das für die Ausübung einer ärztlichen Tätigkeit notwendige amerikanische Staatsexamen ablegen (vgl. HOLZINGER 2006, 22). Ein Jahr später wurde ihm eine Stelle als Ärztlicher Direktor am Veterans Administration Hospital in Lexington angeboten, so dass er noch im September des Jahres 1946 nach Kentucky übersiedelte und die Arbeit annahm (vgl. ebd., 23; Brief 346 an Ludwig Binswanger aus dem Jahre 1946, UAT 443/30). Sein Ansehen in der wissenschaftlichen Welt Amerikas wuchs. Edmund D. Pellegrino – ein bedeutsamer amerikanischer Psychiater und Kollege von Straus – schrieb in einem Brief an **Ludwig Binswanger** Folgendes:

I myself consider him [Straus; Anm. d. Verf.] for many decades as one of my closest affiliates in founding a new modern psychiatric school. (...) the importance of his scientific work is very great. He is one of the most quoted authors in international psychiatry. His originality and scientific influence derive mainly from the newness, clarity and stringency of his scientific thinking. (PELLEGRINO Brief 470 (1964), UAT 443/30)⁶⁰

⁵⁹ Anmerkung d. Verf.: Die Auswirkungen der damaligen politischen Entwicklung auf das persönliche Leben von Straus sind gut dokumentiert in dem bereits erwähnten Briefwechsel mit Ludwig Binswanger. Die Korrespondenz beider Ärzte findet sich im Archiv der Bibliothek der Medizinischen Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik und Psychotherapie an der Charité in Berlin.

⁶⁰ Übersetzung d. Verf.: „Ich selbst halte ihn für viele Jahrzehnte für einen meiner engsten Mitstreiter bei der Gründung einer neuen psychiatrischen Schule. (...) Die Bedeutung seiner wissenschaftlichen Arbeit ist sehr groß. Er ist einer der meistzitierten Autoren in der internationalen Psychiatrie. Seine Originalität und sein wissenschaftlicher Einfluss erwächst hauptsächlich aus der Neuheit, Klarheit und Stringenz seines wissenschaftlichen Denkens.“

Im Jahre 1956 wurde Straus in Lexington Dozent an der dortigen Universität von Kentucky (vgl. HOLZINGER 2006, 23).

Er selbst schien beeindruckt gewesen zu sein von der revolutionären Entwicklung, die sich in der amerikanischen Psychiatrie seit dem Ende des zweiten Weltkrieges abzeichnete. Eine 1950 veröffentlichte Arbeit trägt den Titel: ‚Die Entwicklung der amerikanischen Psychiatrie zwischen den Weltkriegen‘. In dieser Schrift sucht Straus zu rekonstruieren, welche Bedingungen den von ihm konstatierten entscheidenden Wandel „vom Deskriptiven zum Dynamischen; vom Strukturellen zum Funktionellen; vom Intramuralen zum Extramuralen; vom Psychotischen zum Neurotischen; von der Verwahrung zur Behandlung und Prophylaxe; von der Krankheit zum Kranken; von der Konstitution zum Milieu“ möglich werden ließen (vgl. STRAUS 1950, 1). Dabei hatte sich der Wissenschaftler mittlerweile – anknüpfend an das in seinem Studium gelegte Fundament – eindeutig in dem Bereich der sogenannten geisteswissenschaftlich begründeten Psychiatrie positioniert.⁶¹

In dem strukturierten Vorgehen der phänomenologischen Erkenntnismethode sah Straus eine Art Grundhaltung verwirklicht, die es ihm ermöglichte, den Menschen in seiner ganzen Wesensart wahrzunehmen und zu verstehen (vgl. STRAUS 1958; 1960a). Zielstrebig suchte er seine Ideen zu publizieren und den jeweiligen Interessensträgern zur praktischen Anwendung vorzulegen (vgl. STRAUS 1961a; 1962).

An diese Arbeit anknüpfend, initiierte Straus im April des Jahres 1963 erstmals die sogenannten ‚Lexington Conferences on Pure and Applied Phenomenology‘. Diese Tagung bildete den Auftakt eines populären Veranstaltungszyklus, der bis zum Jahre 1974 unter verschiedener Schwerpunktsetzung insgesamt fünfmal stattfand.⁶² Die

⁶¹ Mit **geisteswissenschaftlicher Psychiatrie** ist jene mit den Namen L. Binswanger oder K. Jaspers verbundene Richtung psychiatrischen Denkens und Handelns angesprochen, die bis zum Ausbruch des Zweiten Weltkrieges in Deutschland – neben der dominierenden naturwissenschaftlichen und der psychoanalytischen Auffassung – Bestand hatte. Das Zentrum einzelner Entwürfe bildete die Daseinsanalyse L. Binswanger's. Im weiten Sinn gemeinsam war allen Vertretern der Rückbezug auf die lebensphilosophischen Grundlagen von F. Nietzsche, auf die Phänomenologie E. Husserl's und vor allem auf die existentialphilosophischen Gedanken von M. Heidegger. Der Zweite Weltkrieg und die amerikanisch-behavioristische Psychologie machten es der geisteswissenschaftlichen Psychiatrie schwer, hernach als eigenständiger psychiatrischer Bereich anerkannt zu werden. Weitergeführt wurden daseinsanalytische Ansätze in psychiatrischen Kreisen etwa von W. Blankenburg, R. Kuhn und H. Tellenbach, in psychosomatischer Hinsicht von W. Bräutigam und D. Wyss. In der französischen Psychiatrie und Philosophie erlangten diese Gedanken größere Bedeutung und wurden in den Werken von M. Merleau-Ponty, E. Minkowski und H. Bergson weiterentwickelt (vgl. MARLOVITZ 2001, 7).

⁶² Die Themen waren im Einzelnen:

Kleinstadt Lexington wurde an jenen Tagen zu einem wichtigen Diskussionsforum für Vertreter aus unterschiedlichsten Disziplinen der Philosophie, Medizin, Psychologie und Kunstwissenschaften. Es sollten Implikationen von phänomenologischen Erkenntnismethoden für unterschiedliche Bereiche der Natur- und Geisteswissenschaften erarbeitet werden. Auf diese Weise suchte man sich integrativ mit allgemeinen anthropologischen Fragestellungen auseinanderzusetzen.⁶³ Straus' Einladung folgten unter anderem **Maurice Natanson**, **Paul Ricœur**, **Helmuth Plessner**, **Edmund D. Pellegrino** und **Herbert Spiegelberg**.

Die zunehmende Bedeutung, die Straus in seinem philosophischen und medizinischen Umfeld in Amerika zuteil wurde, zeigte sich nicht zuletzt daran, dass ihm im Jahre 1961 die Ehrendoktorwürde der Universität von Kentucky verliehen wurde. Zehn Jahre später erhielt er die gleiche Auszeichnung von der Universität von Transsylvania (vgl. BOSSONG 1991, 14).

Sein schon im Jahre 1935 erschienenes Hauptwerk ‚Vom Sinn der Sinne‘ wurde im Jahre 1965 ins Englische übersetzt. Zahlreiche seiner kleineren Aufsätze wurden ebenfalls in die englische Sprache übernommen und 1966 in einem Sammelband unter dem Titel ‚Phenomenological Psychology‘ veröffentlicht.

Auch in Deutschland schien man wieder zunehmend an Straus und der Wiederbelebung seines wissenschaftlichen Werkes interessiert. Bereits im Jahre 1946 hatte ihm die Universität Berlin einen wissenschaftlichen Lehrstuhl für Psychotherapie angeboten, welchen er zu jenem Zeitpunkt klar abgelehnt haben soll (vgl. BOSSONG 1991, 15). Darüber hinaus war er auch in die engere Auswahl für die Besetzung des Münchner Lehrstuhles für Psychiatrie gekommen. Zusammen mit **Ernst Kretschmer**, **Carl Schneider** und **Kurt Kolle** war er für die Nachfolge von **Georg Stertz** vorgesehen

-
- 1963: ‚First Lexington Conference on Pure and Applied Phenomenology - Phenomenology: Pure and Applied‘.
 - 1964 ‚Second Lexington Conference on Pure and Applied Phenomenology - Phenomenology Of Will And Action‘.
 - 1967 ‚Third Lexington Conference on Pure and Applied Phenomenology - Phenomenology of Memory‘.
 - 1970 ‚Fourth Lexington Conference on Pure and Applied Phenomenology - Aisthesis and Aesthetics‘.
 - 1974 ‚Fifth Lexington Conference on Pure and Applied Phenomenology - Language and Language Disturbances‘.

⁶³ Sämtliche Beiträge sind von der Duquesne University Press in Pittsburgh veröffentlicht worden.

gewesen. Auch dieses Angebot wurde von ihm abgelehnt.⁶⁴ Erst im Jahre 1961 übernahm Straus eine Gastprofessur an der philosophischen Fakultät der Universität von Würzburg, nachdem diese ihm unmittelbar zuvor die Ehrendoktorwürde ausgesprochen hatte.⁶⁵

Zehn Jahre später wurde ihm von der Regierung der Bundesrepublik Deutschland das Große Bundesverdienstkreuz verliehen – sicherlich die wichtigste Honorierung seiner wissenschaftlichen, klinischen und politischen Leistungen durch das ursprüngliche Heimatland.⁶⁶ In der Vorschlagsbegründung des Auswärtigen Amtes hieß es:

Professor Dr. Straus unterhält zu anderen Fachgelehrten enge Beziehungen und genießt als Wissenschaftler deutschen Ursprungs in amerikanischen Kreisen wie in der deutschstämmigen Bevölkerung Lexingtons und darüber hinaus höchste Achtung und Anerkennung. Er hat sich damit um das Ansehen der deutschen Wissenschaft im Ausland verdient gemacht.⁶⁷

Die Verleihung des Verdienstordens fand in seiner Wahlheimat Lexington statt (HOLZINGER 2006, 22).

Als Straus am 20. Mai des Jahres 1975 im Alter von 83 Jahren ebendort verstarb, scheint es wiederum, als sei seine Bekanntheit nur noch historische Reminiszenz. Nur bescheidene zwei Artikel in lokalen Tageszeitungen geben in einer kurzen Charakterisierung seiner Person Würdigung.⁶⁸

Dabei hat uns Straus ein Werk hinterlassen, welches insgesamt 88 veröffentlichte und darüber hinaus mehr als 40 unveröffentlichte größere wissenschaftliche Arbeiten umfasst.

Es finden sich hierin zahlreiche Anregungen zu einer neuen methodischen Grundlegung von Psychiatrie, Psychologie und Psychosomatik.

Deren Inhalt soll im Folgenden – unter Bezug auf die dieser Arbeit zugrundeliegende Fragestellung - vorgestellt werden.⁶⁹

⁶⁴ Vgl. Briefwechsel mit Ludwig Binswanger (Straus, Brief 394 (1952), UAT 443/30).

⁶⁵ Vgl. Briefwechsel mit Ludwig Binswanger (Straus, Brief 450 (1960), UAT 443/30).

⁶⁶ Vgl. Lebenslauf aus der Personalakte des UAH, Uk PA St 98.

⁶⁷ Vgl. Bundesarchiv Koblenz, B 122/38768 (HOLZINGER 2006, Anhang Nr. 11).

⁶⁸ Ein Artikel trägt den Titel: „Doktor who fled Germany, E.W. Straus dies at 83“ und ist am 20.05.1975 in der Tageszeitung „The Lexington Leader“ erschienen. Der zweite Artikel - „A man of special sensitivity“ – erschien am 25.05.1975 in der Tageszeitung „Sunday Herald-Leader“ (vgl. HOLZINGER 2006, Anhang Nr. 10).

⁶⁹ Die Verf. erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Stattdessen weist sie darauf hin, dass in den nachfolgenden Erörterungen aus überaus komplexen Zusammenhängen nur einige Aspekte herausgegriffen werden konnten, um den generellen Sachverhalt zu illustrieren.

4.3. Gesundheit und Krankheit bei Erwin Straus

Grundsätzlich sind die Begriffe Gesundheit und Krankheit für Straus Bezugfelder, die nicht unabhängig voneinander verstanden werden können. In seinen Texten wird deutlich, dass sie sich in ihrer Bedeutung mannigfach überschneiden und dabei viele Gemeinsamkeiten aufweisen. Straus geht es in seinen Analysen nicht unbedingt darum, die Schwelle zwischen gesund und krank exakt festzulegen. Seine Aufsätze und Bücher bieten keine feststehende Theorie, die einfach zu übernehmen und auf die hier zu untersuchenden Begrifflichkeiten anzuwenden wäre. Vielmehr fordern sie dazu auf, in eine Haltung hineinzufinden, die darin besteht, zunächst eigene Prämissen zu prüfen, bevor man sich inhaltlich intensiver einlässt. Dabei sucht Straus nach Ausdrucksformen, die seine Hypothesen situations- und kontextinvariant vermitteln.

Für ihn sind beide Termini in erster Linie die Bezeichnung für wichtige anthropologische Grundkonstanten. In dieser Funktion definiert er sie als „vornehmlich subjektive Erfahrungen“, die einer objektiven Erfassung nur schwer zugänglich sind:

Das Kranksein wird von dem Betroffenen selbst, nicht erst von dem Arzt, entdeckt. (...) Gesundheit und Eudämonie, das gute Leben, haben [zunächst, Einfügung d. Verf.] eine (...) individuelle Bedeutung. (Straus 1963, 939)

Ihr Gebrauch solle daher primär nicht einer „medizintheoretischen Konzeption“ dienen, sondern vielmehr den Rahmen abstecken für eine gute Verständigung zwischen Arzt und Patient (ebd.).

Straus sucht im konkreten und ganz praktischen Sinne dem kranken Menschen zur Gesundheit zu (ver-)helfen (vgl. STRAUS 1926a; 1935; 1963). Sein zentrales Anliegen ist es, den Patienten gerade im Alltagshandeln nicht nur mittels objektivierender Methodik unter dem Krankheitsaspekt zu sehen, sondern ihn in seiner besonderen, „krankhaft abgewandelten Lebensform“ (STRAUS 1935, 256) zu verstehen.

Nicht die Frage nach einer allgemeingültigen Definition von Krankheit oder Gesundheit ist für ihn entscheidend, sondern vor allem der Prozess und der anthropologischen Kontext, in dem sie als Begrifflichkeiten entstehen und benötigt werden:

Die von der Psychiatrie der Philosophie gestellte Aufgabe ist es, die Axiome der Alltagswelt bloßzulegen und damit die sie durchwaltende und sie begründende Möglichkeit der Kommunikation faßlich zu machen, so daß wir schließlich begreifen können, inwiefern die Irrungen des Nebenmenschen, seine Verstöße gegen die natürlichen oder die von Menschen gesetzten Ordnungen als krankhaft, als Ausdruck des Irreseins zu verstehen sind. (STRAUS 1963, 941)

Im Unterschied zu vielen seiner phänomenologisch-anthropologisch orientierten Zeitgenossen geht Straus bei der praktischen Erfassung der Dimensionen von Gesundheit und Krankheit nicht vom Krankheitsbegriff aus, sondern bezieht sich

zunächst einmal auf die „ursprüngliche Lebenswelt“ (STRAUS 1956, 24) des Menschen.

Bei Durchsicht seiner Arbeiten fällt auf, dass er sich überwiegend mit der Psychologie (und Physiologie) ‚normaler‘ Konditionen bzw. Vorgänge beschäftigt und weniger mit deren Störungen. Straus betont immer wieder, dass ein Verstehen und Erklären pathologischer Verfassungen auf einem vorgängigen Verständnis der ‚Norm‘ aufbauen müsse (vgl. STRAUS 1926a, 30). ‚Norm‘ beschreibt bei ihm eine intakte Lebenssituation und kann vor diesem Hintergrund als ein ‚gesunder Zustand‘ bezeichnet werden (vgl. STRAUS 1963, 940):

Die theoretische Aufgabe der Psychiatrie ist erst dann erfüllt, wenn die uns im klinischen Alltag überraschenden Symptome als mögliche Destruktionen der Norm begrifflich werden. (STRAUS 1963, 994)

Des Weiteren ist Straus davon überzeugt, dass sich Gesundungs-, Erkrankungs- oder Heilungsprozesse nicht nach statistischen Werten bemessen lassen, sondern vor allem daran, ob sie die „kreative Lebensentfaltung“ eines Menschen ermöglichen oder verhindern (vgl. STRAUS 1926a, 33).

Der Psychiater sieht seine wesentliche Aufgabe darin, sich auf die ‚intra-individuelle‘ Norm des Einzelnen zu konzentrieren und nach dem Grad seiner Fähigkeit, diese Norm selbst bilden zu können. ‚Normalität‘ (oder Gesundheit) bestimmt sich für ihn als ein Ideal- und nicht als ein Durchschnittswert (vgl. ebd.). Für ihn bedeutet das, dass sich der Mensch zu demjenigen entwickeln kann, den er zu sein anstrebt: „Das Sein des Daseins in seiner Transzendenz ist die Möglichkeit radikalster Individuation“ (STRAUS 1963, 931).

Die Entfaltung der menschlichen Lebenswirklichkeit hat bei ihm eine dialektische Dynamik: Die „spannungsvolle Situation“ (STRAUS 1926, 15) zwischen einer von der Natur bedingten Vorbestimmtheit des Menschen und den Ereignissen und Erfahrungen, die dieser im Laufe seiner Lebensgeschichte macht, beeinflusst den individuellen Entwicklungsprozess (vgl. STRAUS 1963, 950).

Menschliches Dasein entfaltet sich stets zwischen zwei Grundbestimmungen: „Naturale Kreativität“ findet sich auf der einen, die Aussicht auf schöpferische Selbst- und Weltkonstituierung auf der anderen Seite:

Das leibliche Dasein kann nicht von der Existenz her begriffen werden. Die schroffe Trennung der Daseinsweisen verhindert es, den Menschen in seiner Körperlichkeit und Leiblichkeit, in seinem Verhältnis zum Tier und zur Natur, kurz, den Menschen als Geschöpf zu erfassen. (...) der Mensch ist ja ein Seiendes, das nicht durch eine Seinsart allein bestimmt ist. Er hat einen Körper; er ist Leib, Tier, Geschöpf und Existenz. (Straus 1963, 930)

Dem Menschen sei stets die Möglichkeit zur Selbstentwicklung gegeben. Straus verwendet in diesem Zusammenhang Begriffe wie „Lebensweltbezogenheit“ bzw. „Ich-Welt-Verhältnis“ des Menschen (vgl. ebd.). Für ihn sind diese Termini Ausdruck für einen ständigen Kommunikationsprozess zwischen dem Individuum und seiner Umwelt. Im Idealfall könne dieses „Ich-Welt-Verhältnis“ folgendermaßen beschrieben werden: Die Erfahrungswelt werde auf Erlebnisse der Vergangenheit und Zukunft bezogen (,intra-individuell‘) und die intersubjektive Wirklichkeit werde durch ein konstruktives Wechselspiel aus Freiheit und Gebundenheit mitgestaltet (,inter-individuell‘) (vgl. STRAUS 1926, 7ff.). Dieser Zustand sei im Leben nur selten zu erreichen (vgl. ebd.). Viel häufiger gerate jene Beziehung in ein Ungleichgewicht. Straus zufolge hängt das damit zusammen, dass dem Menschen eine nicht „zu eliminierende Gebrochenheit“ zu eigen sei, die sowohl „seine Physis als auch seinen seelisch geistigen Bereich“ stets gefährden könne (vgl. ebd.).

Anders formuliert: Menschliches Leben ist immer davon bedroht, nicht im Einklang mit sich zu stehen. Daher verlangt es ständig nach neuer Aktualisierung, nach neuer Selbstfindung. Das Gefühl der Einheit von Sein und Bewusstsein, die Erfahrung, sich im Einklang mit sich selbst zu befinden, sich authentisch zu erleben, ist ebenso wenig alltäglich wie das Ereignis des gegenseitigen Verstehens, dem Gefühl der Kohärenz der eigenen symbolischen Wirklichkeit mit der symbolischen Wirklichkeit des anderen, dem Erlebnis, „sich im Spiegel des anderen selbst zu offenbaren“ (vgl. ebd.).

Aus diesem Grund ist Straus davon überzeugt, dass „bestimmte Abwandlungen des menschlichen Daseins und Selbstverständnisses“ nicht nur in verschiedenen Krankheitsprozessen zu beobachten sind, sondern generell zur Natur und zum Wesen des Menschen dazugehören (vgl. ebd.).

Straus verwendet die Begriffe Gesundheit und Krankheit in mindestens 3 verschiedenen Kontexten:



Abb. 7: Gesundheit und Krankheit bei Straus.
(Erstellt von d. Verf. in Anlehnung an die angeführte Primärliteratur.)

Der wesentliche Unterschied zwischen gesunden und kranken Menschen liegt seiner Ansicht nach in ihrer andersgearteten „Lebensweltbezogenheit“ (vgl. STRAUS 1935, 25.). In einem Krankheitsprozess würden sich „regelhafte Abwandlungen menschlicher Erlebens- und Verhaltensweisen“ widerspiegeln, die aus dem sogenannten „Wesen des Menschen“ heraus verstehbar seien (vgl. ebd.).

In seinen Texten beschäftigt er sich intensiv damit, die „Lebensweltbezogenheit“ von gesunden und kranken Menschen genauer zu differenzieren. Seine Betrachtungen beschränken sich dabei nicht auf die statische Betrachtung abweichenden Verhaltens, sondern vielmehr auf die Vielfalt von Beeinträchtigungen des „Sich-verhalten-Könnens“ (vgl. PASSIE 1995, 147). Vor diesem Hintergrund hat er sich den Begriffen Krankheit und Gesundheit auf verschiedene Weise angenähert:

4.3.1. Der Begriff Krankheit

„Kranksein“ bedeutet für Straus in erster Linie eine Einschränkung von „existentialen Grundzügen des menschlichen Daseins“ (Straus 1963, 930). Zunächst einmal besagt

das „nichts anderes, als daß das Wesensgesetz des Individuums sich nicht vollständig auswirken kann“ (STRAUS 1926a, 53).

In einer Krankheit melde sich „die Unmöglichkeit des Daseins“, denn jede Krankheit verweise den Menschen auf seine „Beschränktheit“ und sein „Sterblichsein“ (vgl. ebd.). Damit sei sie zunächst einmal ein wesentliches Charakteristikum menschlicher Existenz (vgl. ebd.). Körperlich wie psychisch erkranken zu können gehörten zur Natur und zum Wesen des Menschen: „Krank wird der Einzelne, insofern er der Gattung nach ein Mensch ist.“ (STRAUS 1963, 934). Was heißt das nun im Einzelnen?

In einer Krankheit seien die normalerweise einem Menschen gegebenen Verhaltensmöglichkeiten oder „Weisen menschlichen Daseins“ in so weit beeinträchtigt, als dass sie unweigerlich zu einem Freiheitsverlust des Individuums führen würden (vgl. ebd.). Aus diesem Grunde stelle sich im Erleben eines Kranken seine eigene Befindlichkeit häufig als zentrales Thema seiner Wahrnehmung dar (vgl. ebd.).

Gleichzeitig habe Krankheit einen mitmenschlichen Bezug (vgl. STRAUS 1927a, 23ff.). Krankheitserfahrung und Krankheitsdarstellung aber auch der diagnostische und therapeutische Umgang mit einer Krankheit bedürften immer der zwischenmenschlichen Vermittlung (vgl. ebd.). Krankheit sei ein intersubjektiv feststellbares Phänomen, das zugleich appellativen Charakter habe (ebd.).

In diesem Zusammenhang sei es wichtig zu erkennen, dass es Grenzen des verstehenden Zugangs sowohl zum einzelnen Menschen als auch zwischen den Menschen gäbe:

Wir dürfen niemals erwarten, von einem Kranken selbst den ganzen Umfang seines Erlebens zu erfahren, denn das unmittelbar Erlebte und Bewusste deckt sich in keiner Weise mit dem begrifflich Gewussten und sprachlich Formulierbaren. (STRAUS 1927a, 40)

Das impliziert Folgendes: Für Straus ist in erster Linie der Patient der Experte für seine Krankheit und für sein Kranksein, da er fast immer über spezifischere und aktuellere Informationen als der Arzt verfügt - auch wenn er möglicherweise Schwierigkeiten damit hat, sie zu vermitteln.

„Kranksein“ beschreibt bei Straus:

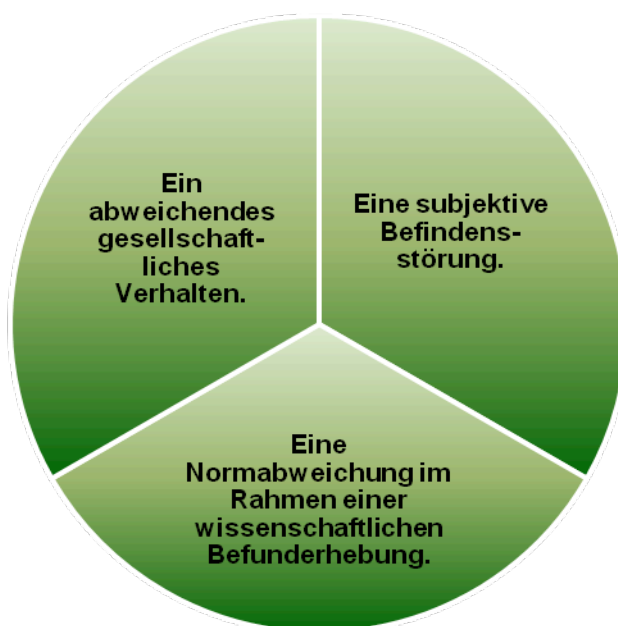


Abb. 8: „Kranksein“ bei Straus.
(Erstellt von d. Verf. in Anlehnung an die angeführte Primärliteratur.)

Vor diesem Hintergrund führt er zahlreiche Eigenschaften an, die seiner Ansicht nach die „veränderte „Lebensweltbezogenheit“ eines kranken Menschen genauer beschreiben:

- Krankheit sei eine Erlebensveränderung sinnlicher Kommunikation (vgl. STRAUS 1935; 1949b; 1963).

Das sinnliche Erleben gestalte sich aus den Eindrücken verschiedener Sinnesmodalitäten, die im Idealzustand – also bei Gesundheit – zu einer Einheit verschmelzen würden (vgl. STRAUS 1935, 245). Jede einzelne dieser Sinnesmodalitäten habe ihr eigenes Kommunikationsverhältnis mit der Welt:

In jeder Modalität bin ich in der Einheit meines Daseins in verschiedener Weise mit der Welt als einer in Kontakt. (STRAUS 1935, 237)

„Kommunikation“ meint hierbei nicht nur intersubjektive Interaktion, sondern umfasst alle Formen der Verbundenheit von Ich und Welt. Sie beinhalte zwei Segmente (vgl. ebd., 238):

1. Die Kommunikation durch Kognition und Sprache, die durch den intersubjektiven Konsens einer gemeinsamen Wahrnehmungswelt fundiert sei und die Welt des Gegenständlichen markiere.

2. Die Kommunikation des ‚Sympathetischen‘⁷⁰, die sich in einer nichtsprachlichen Welt vollziehe.

Jedem Segment seien nun spezifische sinnliche Erfahrungen zuzuordnen. In diesem Zusammenhang führt Straus die Begriffe ‚gnostisches‘ und ‚pathisches‘⁷¹ Erlebnismoment ein (vgl. STRAUS 1935, 100ff.). Das gnostische Erlebnismoment sei kognitiv und führe zur Herstellung einer gewissen Distanz zwischen Individuum und Umwelt. Daher gehöre es zur ersten Kategorie. Das pathische Moment sei wiederum geknüpft an die unmittelbare Betroffenheit des Menschen. Es trete auf, noch bevor kognitive Prozesse wirksam würden und gehöre daher zur zweiten Kategorie.

Beide Erlebnisformen müssten sich gleichwertig entfalten, damit das ‚Ich-Welt-Verhältnis‘ ausgeglichen und der Mensch gesund sei (vgl. ebd.).

Bei einer Krankheit sei die Kommunikation mit der Welt „in allen Sinnesshären“ verändert. (vgl. ebd.). Es käme zu einer Verschiebung zwischen Ich und Umwelt, die in eine unmittelbare Betroffenheit münden würde:

In dieser Welt gibt es keine Gemeinschaft, gibt es keine diskursive Erläuterung. Der Kranke kann sich uns nicht verständlich machen; er kann ja auch sich selbst und seine Welt nicht verstehen. Er erlebt sie nur in einer Folge von Momenten des Überwältigt-Werdens. (STRAUS 1949b, 267)

Das Erleben eines Kranken sei vor allem ‚pathisch‘ bestimmt. Es fänden sich charakteristische Abwandlungen der Wahrnehmung, ohne dass sich das Wahrnehmungsfeld als solches verändert hätte (vgl. ebd.). Die Schizophrenie ist für Straus ein Beispiel für ein Störungsbild auf der Ebene der sympathetisch-unmittelbaren Kommunikation:

Die Halluzinationen entspringen (...) nicht einer Störung des Sensoriums – diese Funktionen im physiologischen Sinne verstanden – sie entspringen auch nicht einer Störung der Funktionen des Wahrnehmens, Denkens, Urteilens, sondern gehen aus einer Störung und Abwandlung der sympathetischen Modi des Empfindens hervor. Der Kranke lebt in einer anderen Kommunikation mit der Welt. (STRAUS 1956, 379)

⁷⁰ Der Begriff ‚**sympathetisch**‘ steht bei Straus stellvertretend für die unmittelbare, quasi vorbegriffliche Kommunikation von Individuum und Umwelt: „Die Vorsilbe ‚syn‘ (=mit) drückt ein Ich-erweiterndes (egodiastolisches) Moment, eine Aktivität in dem Sinne, dass ein Mensch, um Kommunikation zu schaffen, aus sich heraustreten muß, die Bewegung des ‚syn‘ vollziehen muß, wobei er sich ebenfalls etwas einverleibt, dieses ‚syn‘ enthält also gleichzeitig auch ein ego-diaistolisches Moment“ (BOSSONG 1991, 31).

⁷¹ Der Begriff „(...) ‚**Paschein**‘ (=empfinden, erleiden) meint etwas, was wir nicht selbst in Szene setzen, sondern etwas, was geschieht und was mit uns geschieht. Dieses Geschehen ist weder ein eindeutig aktives noch ein passives, sondern ein mediales, dass heißt in ihm ist sowohl Bezug zum Ich als auch zum Objekt“ (BOSSONG 1991, 31).

Aus diesem Grunde sei der Schizophrene vor eine andersartige Wirklichkeit gestellt, die seine Aktivität lähme und ihn von mitmenschlicher Kommunikation abschneide (vgl. ebd.). Symptome wie Stimmenhören, Gedankenlautwerden und Gedankenentzug seien primär Produkte dieser gestörten Beziehungsstruktur.

- Krankheit sei eine Erlebensveränderung sprachlicher Kommunikation(vgl. STRAUS 1935; 1956; 1974).

Nicht nur jede Sinnesmodalität habe ihre spezifische Kommunikationsweise mit der Welt. Auch der Bereich komplexerer Interaktionsformen wie dem der Sprache weise individuelle Erlebensstrukturen auf (vgl. STRAUS 1956a, 379). Die Transformation von dimensional Werten in die Kategorien gesund oder krank sei dabei ebenfalls an Schwellenwerte gebunden, die sich aus einem interaktiven Geschehen ergeben würden (gemeint ist die Kommunikation zwischen Arzt und Patient). In diesem Prozess sei die Sprache der entscheidende Vermittler (vgl. STRAUS 1974, 85ff.).

Im Gegensatz zur gesamten übrigen Welt sei es dem Menschen durch die Sprache möglich, sich zu sich und zur Welt in Bezug zu setzen. Sie sei das Symbol, über welches der Mensch seinen individuellen Standpunkt zur Welt – also sein Bewusstsein – ausdrücken könne (vgl. ebd.). Gleichzeitig seien mit dieser Kommunikationsform eine Vielzahl an Einschränkungen verbunden:

Das sprachlich Vorgeformte und Vorge dachte verdeckt das Sprachlose, sobald wir unsere Erlebnisse zu begreifen, ja nur ihren Gehalt auszusprechen uns bemühen. (STRAUS 1956a, 204)

Daher werde die Sprache dem kranken Menschen oftmals zum Verhängnis: Zumeist als gegenständlich erlernt, würde sie ihn vor die schwierige Aufgabe stellen, die andersartigen Erfahrungen seines psychotischen Erlebens in alltägliche Formen einzuordnen oder sie als Entstellung dieser Formen zu beschreiben (vgl. ebd.):

Die oft sehr eindringlichen Schilderungen, die zahlreichen Versuche, das Ungewöhnliche als eine Verzerrung und Deformierung der gewohnten und normalen Formen des Räumlichen und Zeitlichen zu fassen, zeigen, dass der sprachliche Ausdruck dem Gehalt des psychotischen Erlebens nicht angemessen ist (...) Allein die Veränderung und der Verfall der Sprache bekunden das, was aus den Kranken geworden ist. (STRAUS 1956, 381)

- Krankheit sei eine Erlebensveränderung räumlicher Daseinsstrukturen (vgl. STRAUS 1935, 1956a).

Das individuelle Raumerleben ist für Straus das Element, das die Zusammengehörigkeit zwischen Mensch und Umwelt entscheidend konstituiert (vgl. STRAUS 1935, 100ff.). Er schreibt hierzu Folgendes: Einerseits erlebe sich der Mensch einerseits immer als Mittelpunkt einer absolut auf den Leib bezogenen räumlichen Sphäre (‚landschaftlich‘). Gleichzeitig begreife er sich aber auch als ein Körper an einer beliebigen Raumstelle relativ zu anderen Körpern (‚geographisch‘) (vgl. ebd.). Der geographische Raum gehöre vornehmlich zum Bereich der Wahrnehmung. Er sei geschlossen und durch bestimmte Koordinaten systematisiert. Solche Ordnungslinien machten es dem Menschen möglich, sich in der Welt zu orientieren. Durch sie erhalte er den Bezugsrahmen, in welchem er sich – mehr oder weniger frei – bewegen könne (vgl. ebd.). Anders ausgedrückt: Der geographische Raum ist so etwas wie das äußere Gerüst im Lebensweg des Menschen.

Wiederum fast entgegengesetzt verhält es sich mit dem landschaftlichen Raum. Ihn ordnet Straus dem Bereich des unmittelbaren Empfindens zu:

In der Landschaft gelangen wir stets nur von einem Ort zum anderen Ort; jeder ist allein bestimmt durch sein Verhältnis zu den benachbarten Orten im Umkreis der Sichtbarkeit. Wir gelangen nur von einem Teilraum zum anderen Teilraum, unser Raum ist nie in überschaubarer Beziehung zum Ganzen. (STRAUS 1956, 335)

Die Leibbezogenheit des landschaftlichen Raumes arbeitet Straus besonders deutlich heraus in seinen Überlegungen zum Phänomen der Ferne, die in ‚Sinn der Sinne‘ einen Themenschwerpunkt bilden (vgl. ebd., 173 ff., 403 ff.). Dort heißt es: Die Ferne, also die räumliche Tiefe, sei kein messbarer Abstand zwischen zwei Punkten, sondern bezeichne ein mögliches ‚So-und-so-lange-unterwegs-Sein‘, ‚Innerhalb-oder-außerhalb-meiner-Reichweite-Sein‘ usw., also eine Dimension des Könnens. Räumliche Wahrnehmung sei daher von einer potentiellen ‚Hin-Bewegung‘ auf das Wahrgenommene nicht zu trennen und deshalb auch nur beweglichen Wesen möglich (vgl. STRAUS 1956a, 257, 291). Die Tiefendimension sei ferner kein rein optisches Phänomen, ja auch kein rein Räumliches. Die Ferne enthalte vielmehr das zeitliche Moment des ‚Noch-Nicht‘ oder des ‚Nicht-Mehr‘; sie sei geknüpft an das leibliche Vermögen und ‚Gerichtet-Sein-auf‘. Damit entstamme sie letztlich der vitalen Lebensbewegung selbst oder, wie Straus es ausdrückt, dem ‚Werden‘ des Lebewesens (vgl. STRAUS 1956a, 366).

Folgt man seiner Argumentation, dann bietet der landschaftliche Raum großzügige Möglichkeiten der individuellen Entfaltung, da er keine Grenzen vorgibt. Gleichzeitig existiert in diesem Raum aber kein System, was dem Menschen als Wegweiser oder Orientierungshilfe dienen kann:

Unsichtbar ist die Landschaft darum, weil wir sie umso mehr gewinnen, je mehr wir uns in ihr verlieren. Um in die Landschaft zu gelangen, müssen wir nach Bestimmtheit alle zeitliche, räumliche, gegenständliche Bestimmtheit fahrenlassen. (...) Wir sind der gegenständlichen Welt, aber auch uns selbst entrückt. So das Empfinden. (Ebd., 340)

Für einen gesunden Mensch ist diese Erfahrung unproblematisch: Stets kann er von seinem ‚Hier und Jetzt‘ aus das ‚Dort‘ erobern. Der Ort, an dem er sich noch nicht befindet, liegt als angestrebtes Künftiges immer vor ihm.

Ein gesunder Mensch kann den Lebensraum in nah und fern gliedern, d.h. er kann ihn differenzieren in bestimmte Abstände. In den Worten von Straus formuliert hieße das: Bei einem gesunden Menschen sei das Verhältnis zwischen landschaftlichem und geographischem Raumerleben ausgeglichen. Werde diese Harmonie gestört, dann könne der Mensch erkranken. Dabei bleibe er oft zu sehr dem landschaftlichen Raum verhaftet, was – wie Straus mehrfach betont – mit einem ‚gesunden‘ Ich-Welt-Verhältnis nicht zu vereinbaren sei: „Die menschliche Welt wird mißgedeutet, wenn sie rein von der Landschaft verstanden werden soll.“ (ebd.).

Insofern bedeutet Krankheit für Straus auch ein Verzicht auf Transzendenz in die Außenwelt. Die Regression auf den sogenannten ‚materiellen Kern‘ des leiblichen Empfindens führt dann wiederum zu einer Dominanz des landschaftlichen Raumerlebens.

- Krankheit sei eine Erlebensveränderung zeitlicher Daseinsstrukturen (vgl. STRAUS 1928, 1938, 1948).

Auch die Auseinandersetzung mit dem Thema Zeit und Zeitbewusstsein des Menschen hat bei Straus einen großen Stellenwert gehabt, denn mit dem subjektiven Erfassen objektiver Zeitverläufe und seinen pathogenen Modifikationen beschäftigen sich viele seiner Arbeiten (vgl. STRAUS 1928; 1930; 1935; 1948; 1953):

Dies macht das Zeiterlebnis zur Lösung all der Probleme, bei denen es sich um die Abhängigkeit der Erlebnisinhalte von formalen Prozessen und Funktionen handelt, Probleme, die in theoretischer und praktischer Hinsicht für die Psychiatrie gleich wichtig sind, besonders geeignet. (STRAUS 1928, 127)

Straus ist davon überzeugt, dass die Zeitwahrnehmung des Menschen nicht einfach die physikalische Zeit abbilden kann (ebd.). Neben einer objektiven Zeit der Physik – von ihm als „kategoriale Zeit“ bezeichnet – gäbe es immer auch die sogenannte „erlebnistranszendente Zeit“ oder „Weltzeit“ und die sogenannte „erlebnisimmanente Zeit“ beziehungsweise „Ichzeit“ (vgl. ebd.).

Während die „Weltzeit“ nach der Dauer und Veränderung der umgebenden Dinge gemessen werde, sei die „Ichzeit“ wiederum ein Maß für die Entfaltung und das Fortschreiten der Persönlichkeit und damit ausschließlich eine subjektive Größe:

Die historische individuelle Entwicklung ist durchaus abhängig von den biologischen Potenzen und der biologischen Geschichte des Individuums, von dem Übergang des potentiell Möglichen zur Aktualisierung. In dem Zeiterlebnis findet diese Verknüpfung ihren unmittelbaren Ausdruck, insofern die Zukunft als ein Wirkenkönnen erlebt wird. Dieses Wirkenkönnen, das in den biologischen Potenzen gründet, ist im Erlebnis auf die Lebensgeschichte hingewandt. In dem Wirkenkönnen wird die in der Zukunft durch Aktualisierung biologischer Potenzen mögliche Entfaltung der Persönlichkeit antizipiert. Die von dem biologischen Geschehen abhängige Struktur individuellen Zeiterlebnisses bedingt und begrenzt ihrerseits die Struktur der möglichen Erlebnisinhalte und verknüpft biologisches und psychisches Geschehen. (STRAUS 1928, 130)

Das Verständnis des subjektiven Zeiterlebens des Menschen als einer Zeitspanne, in der sich das Verhältnis von Heute, Morgen und Gestern stetig wandeln können, sei der Schlüssel zu einem besseren Krankheitsverständnis (vgl. STRAUS 1928; 1938; 1948). Bei vielen (v.a. psychischen) Erkrankungen könne man auffällige Zeitraffungs- und Zeitdehnungserlebnisse beobachten. Häufig fänden sich hierbei auch Zeitgitterstörungen, bei denen die zeitliche Staffelung von Ereignissen dem Individuum nicht mehr gelingen würde (vgl. ebd.).

In drei seiner Arbeiten versucht der Psychiater exemplarisch, pathogene Modifikationen des Zeiterlebens als wichtige Grundstörungen bei Zwangskranken und Depressionen zu beschreiben.

Gemeint sind zunächst die Schriften ‚Ein Beitrag zur Pathologie der Zwangerscheinungen‘ aus dem Jahre 1938 und ‚On Obsession. A Clinical and methodological Study‘ aus dem Jahre 1948. In beiden skizziert der Psychiater eindrucksvoll, wie sich in der Welt des Zwangskranken die zeitliche Kontinuität zunehmend verliert, bis dieser schließlich in seinen Zwangshandlungen lebensgeschichtlich nicht mehr von der Stelle kommt und – wie Straus es formuliert – aus der gelebten Zeit und dem gelebten Raum ausscheidet. Im gesunden Zustand sei das Handeln und Erleben getragen von einer gewissen

Vorläufigkeit, in der wir das Vergangene als Gesichertes hinter uns lassen können, um uns dem Zukünftigen anzuvertrauen (vgl. STRAUS 1938; 1948). Genau dieses vorwegnehmende Vertrauen, dieser ‚Kredit an die Zukunft‘, würde dem Zwangskranken fehlen. Er könne nicht im Vorläufigen leben, geschweige denn handeln. Dadurch erlebe er die Fülle von Möglichkeiten, die die Zukunft enthalte, als bedrohlichen Schrecken, dessen er durch die programmartigen Abläufe seiner Zwangszereemonielle Herr zu werden suche. Sein Verhältnis zur Zukunft sei also nicht von Vertrauen getragen, sondern für ihn drohe aus dem Zukünftigen in erster Linie Unsicherheit und Vernichtung. Das wiederum hemme seinen ‚individuellen Werdensprozess‘ nachhaltig (vgl. STRAUS 1938, 64).

Eine andere Schrift aus dem Jahre 1928 interpretiert die psychopathologischen Phänomene von Depressiven unter dem Blickwinkel des veränderten Zeitbezugs. Vielfach greift auch diese Arbeit zurück auf die Alltagspsychologie des Zeiterlebens. Straus verweist darauf, dass ungefülltes aktuelles Langerleben retrospektiv kurz, produktiv gefülltes aktuelles Kurzerleben aber retrospektiv lang erscheint (vgl. STRAUS 1928, 129). Die Psychologie der Zeit wird seiner Ansicht nach bestimmt von dem Gegensatz oder der Harmonie zwischen erlebter und erinnelter bzw. antizipierter Zeiterstreckung. Ob eine starke Zeitdehnung oder eine Zeitraffung erfahren werde, sei vor allem von der Ereignisfülle und von psychologischen Faktoren wie Monotonieerleben, Aufmerksamkeit und Erwartung abhängig (vgl. ebd.). An dieser Stelle kommt er wieder auf die Begriffe ‚erlebnisimmanente‘ und ‚erlebnistranseunte Zeit‘ zurück. Bei Melancholischen sei vor allem die erlebnisimmanente Zeit verändert: Die „innere Werdenszeit“ sei verlangsamt gegenüber der stetig fortschreitenden „erlebnistranseunten Weltzeit“ (vgl. ebd., 131). Diese Dissoziation sei für diese Menschen äußerst quälend. Sei erlebten die vor ihnen liegende Zeit als endlos gedehnt (erlebte ‚Ich-Zeit‘), während um sie herum die Zeit (‚Welt-Zeit‘) unaufhörlich verrinnen würde (vgl. ebd.).

Anders formuliert: Die Zukunft ist dem Melancholiekranken verschlossen. Daher lebt er hoffnungslos. Wenn ‚nichts mehr geht‘, dann muss folglich Angst entstehen, auch Angst vor dem Alltäglichen und Banalen. Die Vergangenheit wird daher übermächtig, altes Schulterleben wird aktualisiert. Depressionen gehen für Straus immer einher mit einer „Zeitigungsstörung“ (vgl. ebd.). Diese

„Zeitigungsstörung“ ist mit einem subjektiven Erleben gedehnter Zeit oder stillstehender Zeit verbunden; Zukunft geht verloren. Die Zeitdauer wird objektiv falsch eingeschätzt, nämlich als zu lang, verglichen mit der objektiv gemessenen Zeitspanne.

Bei einem gesunden Menschen wird die Zukunft sozusagen ‚aktiv herangelebt‘, bevor sie da ist. Dem kranken Menschen ist das nicht möglich. Dieser Prozess wird von Straus auch als „verkümmerte Prolepsis“ oder „Werdenshemmung“ bezeichnet (vgl. ebd., 135). Ein melancholischer Mensch erfährt unmittelbar ein Aufhören, ja den Verlust der lebendigen Zeitfluss-Dynamik seines inneren Zeitbewusstseins. Hieraus resultiert ein subjektives „Außer-der-Zeit-Sein“, das von manchen Kranken auch als ein „Wie-tot-sein“ beschrieben werden würde (vgl. STRAUS 1928, 139).

- Krankheit führe zu einer Deformation der Sinnstrukturen des Menschen (vgl. STRAUS 1930; 1956a).

Mit der Zeitstruktur des menschlichen Erlebens sieht Straus folgenden Begriff in enger Verbindung: „Historiologie“ bezeichnet bei ihm die Tatsache, dass sich der Mensch im Unterschied zu anderen Lebewesen dessen bewusst ist, eine Vergangenheit, eine Zukunft und ein Ende zu haben (vgl. STRAUS 1930).

Zusammengesetzt aus den Worten ‚Historie‘ und ‚-logos‘ könnte man diesen Begriff auch übersetzen in ‚Lehre von der Geschichtlichkeit des Menschen‘.⁷² Er beschreibt so etwas wie die innere Lebensgeschichte eines Menschen – sozusagen die Ordnung seiner biographischen Ereignisse.

Straus ist davon überzeugt, dass der aktuelle Gesundheits- (oder auch Krankheitszustand) eines Menschen entscheidend bestimmt wird von seiner biographischen Entwicklung und von seiner Auseinandersetzung mit der Um- und Mitwelt. Das Krankheitsmodell eines Patienten und seine aktuelle Krankheitssituation würden sich stets in seiner Vorgeschichte begründen (vgl. STRAUS 1930, 45). Darum sei die Erfassung der ‚Historiologie‘ eines Menschen

⁷² Der Begriff ‚**Historiologie**‘ findet sich nicht in den grundlegenden Werken zur allgemeinen Historik und ist nach Ansicht d. Verf. von Straus als originäre Wortprägung eingeführt worden. Es will besagen, dass sich die geschichtliche Werdendynamik eines Individuums bis in seine organismischen und leiblichen Vollzüge erstreckt (vgl. STRAUS 1930, 65ff.).

wesentlich, um einen Zugang zur Lebenswelt eines Kranken zu bekommen (vgl. ebd.).

An diese historische Wesenseigentümlichkeit des Menschen geknüpft sieht Straus die Phänomene des Werdens, der Zeitlichkeit und der Synthese von Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft ganz generell:

Der Augenblick, in dem das individuelle historische Selbstbewusstsein beginnt, ist der Augenblick der eigentlichen Menschwerdung. (STRAUS 1929a)

In seinem Werk ‚Geschehnis und Erlebnis‘ aus dem Jahre 1930 hat er das Thema Zeit und Geschichtlichkeit ausführlich aufgegriffen und analysiert. Hierin beschreibt er detailliert, was ein äußeres Geschehnis eigentlich erst zu einem inneren Erlebnis macht und somit den individuellen Charakter von Zeit und Geschichtlichkeit kennzeichnet:

Das Bewusstsein der individuellen Person entfaltet sich als das Erlebnis ihrer inneren Geschichte. Jeder einzelne Moment ist eine Phase ihres historischen Werdens. Alles, was in einem bestimmten Augenblick in das Bewusstsein tritt, ist dadurch bestimmt, wie es sich diesem Werdegang einfügt oder ihn aufhält. (STRAUS 1930,104)

Anders formuliert: Welcher Sinn oder was für eine Bedeutung einem bestimmten Ereignis in der Lebensgeschichte eines Menschen zukommt, hängt entscheidend ab von dessen individueller Entwicklung und Bedeutungssphäre. Deshalb gibt auch ein und dasselbe ‚Geschehnis‘ bei unterschiedlichen Individuen zu verschiedenen Zeiten zu gänzlich verschiedenen ‚Erlebnissen‘ Anlass.

Die persönliche Werdensgeschichte entwickle der Mensch vom Zeitpunkt seiner Geburt an (vgl. ebd.). Alles, was er erlebe, würde sich in diese individuelle Geschichtsschreibung einordnen. Die einzelnen Erlebnisse reihten sich dabei nicht einfach aneinander, sondern jedes Erlebnis sei abhängig von dem jeweiligen Vor- und Nachher. In der lebensgeschichtlichen Entwicklung werde eine bestimmte Sinn- und Bedeutungssphäre mitgestaltet, auf die sich das jeweilige (neue) Erlebnis dann beziehen würde. Kindheitseindrücke und der gesamte Verlauf der äußeren und inneren Lebensgeschichte würden unweigerlich individuelle Empfänglichkeiten und Bereitschaften gegenüber bestimmten Bedeutungen und Erlebnissen schaffen. Eine einmal eingetretene Veränderung habe immer bestimmenden Einfluss auf das zukünftige Erleben der Person. Aus diesen dauerhaften Wandlungen würde sich im Laufe der Zeit ein Kernbestand individueller Strukturen herauskristallisieren, die schließlich die individuelle Person kennzeichneten (vgl. ebd.).

„Historische Modalität“ beschreibt die individuelle Synthese aus Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft. Die Präsenz von Ich und Welt ist für Straus auch immer Präsenz von etwas, das sein kann oder sein wird. Die Identität, die das Sein der Gegenwart mit dem Handeln der Vergangenheit und den Erwartungen der Zukunft verknüpft, ist für Straus stets auch die Quelle möglicher pathologischer Beziehungen des Individuums zu sich selbst in seiner zeitlichen Dimension.

Ein gesunder Mensch könne die auf ihn einwirkenden äußeren Ereignisse immer in ein persönliches „erlebnisweltliches Sinnkontinuum“ einordnen (vgl. STRAUS 1930, 86). Sein Leben sei von Natur aus zukunftsgerichtet und dabei sei er permanent mit einer gewissen Aufforderung der Welt und der in ihr ablaufenden Ereignisketten konfrontiert. Ihnen einen Sinn zu entnehmen oder sie in größere und übergreifende Sinnzusammenhänge einzuordnen, ist für Straus eine wichtige Lebensaufgabe. Straus spricht von einem sogenannten „Zwang zur Sinnentnahme“, was in etwa dem Begriff der Bedeutungszuschreibung entspricht (vgl. ebd.).

Dabei unterscheidet er zwischen „differenter“ und „indifferenter“ Bedeutung (vgl. STRAUS 1930, 95): Von Individuum zu Individuum verschieden, aber auch bei ein und derselben Person zu verschiedenen Zeitpunkten, könne ein äußeres Ereignis manchmal als „differenter“ und ein andermal als „indifferent“ beurteilt werden:

(...) die Gliederung in Indifferentes und Differentes [trägt, Einfügung d. Verf.] eine vom Ergebnis bestimmte zeitliche und inhaltliche Ordnung in das Gegebene [ein, Einfügung d. Verf.]. (...) Der differente Reiz schafft nicht erst eine Verbindung zwischen Ereignis und Erlebnis, sondern verändert den Modus dieser Beziehung derart, dass an die Stelle des Frei-Seins von etwas ein Bestimmt-Sein durch etwas tritt. Das Bewusstwerden hängt nicht von den Intensitäten der Reize ab, sondern von den Bedeutungen, die sich in ihnen konstituieren. (Ebd.)

Der Bedeutungsgehalt und damit der Sinnzusammenhang eines bestimmten Lebensabschnittes würden wiederum enormen inter- und intrapersonellen Schwankungen unterliegen (vgl. ebd.). Aus diesem Grunde sei der Mensch immer dazu aufgefordert, sein Leben in einen umfassenderen Sinnkontext zu stellen und damit der Sinnlosigkeit und dem Absurden zu entreißen.

Für Straus ist der Mensch ein Sinnsucher und nur da, wo er dieser Aufgabe nachkommt, kann er für sich Entwicklung, Zufriedenheit und somit Gesundheit realisieren. Krankheit ist nach dieser Argumentation ein Resultat oder Äquivalent eines ahistorischen, sinn- und formwidrigen Lebensvollzuges.

Ein psychopathologisch beeinträchtigter Mensch zeige eine Tendenz zur „Sinnwidrigkeit“ und „Sinneinengung“ (vgl. ebd., 96). Dieser „untergründige Nihilismus“ mache den eigentlichen Kern neurotischen Selbst- und Weltverständnisses aus: Ein Neurotiker „sucht der Forderung zur Selbstverwirklichung zu entgehen und im bloßen vegetierenden Dasein zu versinken, (...). [Sein, Einfügung d. Verf.] Leben ist doch historiologisch gesehen in nicht wenigen Fällen nur ein Treten auf der Stelle“ (STRAUS 1956a, 346).

Angst als ein wichtiges Symptom von psychischen Krankheiten entstünde durch den Zusammenbruch einer sinn gestalteten äußeren und inneren Ordnung: Eine massive Störung von erlebnisweltlichen Sinnstrukturen zerreiße hierbei die Werdensgeschichte einer Person und signalisiere ihr damit die Möglichkeit der eigenen Vernichtung. Das entschlossene Ausgreifen in Welt und Gemeinschaft im Sinne der Selbstverwirklichung sei dann behindert und führe in den meisten Fällen zu einer Abwendung von Welt und Mitwelt. Bei solchen Beeinträchtigungen sei kein sinnvolles Zusammenbringen von Vergangenheit und Zukunft in der Gegenwart möglich und es komme zu einer Reaktion des „existentiellen Gewissens“, die sich für den Kranken in Schuldgefühlen bemerkbar machen würde (vgl. ebd.).

In anderen Worten formuliert heißt das: Wann immer der Einzelne sich gegen den Prozess des Werdens, der Veränderung, der Entwicklung und der Vermehrung von Sinn und Wert innerhalb seines Lebens wie auch innerhalb der Welt ganz generell stellt, läuft er Gefahr, seine Gesundheit und Individualität zu verlieren und zu erkranken.

- Krankheit führe zu einer Einschränkung der freien Lebensgestaltung (vgl. STRAUS 1925; 1926a).

Für Straus ist es offensichtlich, dass sich der Mensch lebenslang mit der (Um-) Welt, der Natur und den Mitmenschen auseinandersetzt. Dabei bewege er sich immer zwischen den Polen des Selbstseins und der Fremdbestimmung (vgl. STRAUS 1925). Die ‚Ich-Welt-Beziehung‘ sei ein stetig wechselndes Machtverhältnis zwischen Freiheit und Gebundenheit des Menschen.

In einer Krankheit sei dieses Verhältnis eindeutig zuungunsten der freien Lebensgestaltung verschoben. Aus diesem Grunde komme es zu einer spürbaren Beeinträchtigung, zu einer Gefangenschaft, einem Gebunden-sein an das unmittelbare pathologische Erleben (vgl. STRAUS 1926a). Fremdbestimmungen könnten in diesem Zustand überhandnehmen. Stattdessen seien die Akte der Wahrheitssuche, der Reflexion und des eigenständigen Handelns und Verhaltens maßgeblich eingeschränkt (vgl. ebd.).

Straus argumentiert folgendermaßen: Ein Mensch sei dann gesund, wenn er sich das „Selbst-Sein-Können“ trotz anderer Meinungen und Urteile stets vor Augen führen könne (vgl. ebd.). Wenn er sich hingegen (beispielsweise durch einen Krankheitsprozess) von dieser „Weltüberlegenheit“ entferne, dann sei er tausendfältigen Suggestionen ausgeliefert. Diese seien wiederum Elemente seiner „Selbstentfremdung“:

Suggestibel nennen wir einen Menschen, bei dem der Bereich des Unmittelbaren im Vergleich zu dem Mittelbaren und dieses Verhältnis verglichen mit dem bei anderen Individuen vorkommenden relativ eng ist. (STRAUS 1926a, 41)

Ob der Psychiater Krankheit und Suggestibilität als eindeutig korrelierende Tatbestände begreift, ist m. E. dennoch zu bezweifeln, insbesondere wenn es an anderer Stelle heißt:

Mir scheint, daß wir die Suggestion nicht als einen pathologischen Vorgang betrachten dürfen. (...) Ich werde vielmehr zu zeigen versuchen, daß die Suggestion sich weithin in den Bereich des Normalen erstreckt, ja mit einer in ihrem Wesen begründeten Notwendigkeit in allen zwischenmenschlichen Beziehung erscheinen muß. (STRAUS 1927a, 27)

4.3.2. Der Begriff Gesundheit

Was Straus unter Gesundheit versteht, ist sehr viel schwieriger auszumachen, als es bei dem Begriff Krankheit der Fall ist: „Prinzipiell müssen wir so viele verschiedene Unterarten von Gesundheit annehmen, als wir Konstitutionstypen abgrenzen. Jeder

Typus hat seine Form“ (STRAUS 1926a, 7ff.). Es scheint, als sei Gesundheit für den Psychiater ein nicht-markierbarer Raum, so dass er sich dazu entschließt, in seinen Texten immer wieder auf den Negativwert Krankheit auszuweichen.

Gesundes Erleben wird bei ihm immer bezogen auf ‚pathologische Seinsverfassungen‘ und diese werden wiederum als Ausdruck einer ‚veränderten Lebenswirklichkeit‘ erklärt. Durchaus präsentiert Straus Ansätze, den Begriff Gesundheit inhaltlich zu füllen, allerdings ohne ihn dabei nach einer Kriteriologie eindeutig zu definieren.

Klar ist für ihn Folgendes: Ebenso wenig wie Krankheit lässt sich Gesundheit ausschließlich auf einen naturwissenschaftlichen Befund reduzieren und damit rein theoretisch-deskriptiv deuten: „Alle physikalisch-chemischen Bestimmungen erklären nicht das Lebensgeschehen unmittelbar, sondern nur das Geschehen an lebenden Organismen“ (ebd.). Beide Begriffe sind für den Psychiater komplexe Phänomene, so dass jegliche Vereinfachung durch lineare, einseitige und eindimensionale Erklärungsmodelle ihnen nicht gerecht werden kann (vgl. STRAUS 1963, 930). Sie stehen für grundsätzliche Seins- und Verhaltensweisen des Menschen und sind damit zentrale Aspekte der ‚conditio humana‘:

Gesundheit und Krankheit (...) [sind, Einfügung d. Verf.] Manifestationen des kreatürlichen Daseins von Mensch und Tier. (Ebd.)

Straus spricht in diesem Zusammenhang auch von der „animalen Ursituation“ des leiblichen Daseins (vgl. STRAUS 1963, 930).

Indes ‚Kranksein‘ von ihm immer als ein ‚modus deficiens‘ gedeutet wird, behält Gesundheit einen positiven Gehalt, bleibt gebunden an Werte. Für Straus ist sie weniger ein Zustand denn eine Einstellung – geprägt durch die jeweiligen Bedingungen und Möglichkeiten, Ziele und Anforderungen des Einzelnen. Gesundheit und ‚Eudämonie‘, das sogenannte gute Leben, gehören für ihn unmittelbar zusammen (vgl. STRAUS 1963, 940).

Wie Antonovsky ist auch Straus davon überzeugt, dass das, was ‚Gesundsein‘ jeweils bedeutet, vor allem abhängt von der individuellen, sozialen und medizinischen Bewertung. Gesundheit sei weder ein rein subjektives, noch ein rein gesellschaftliches Konstrukt. Ihr Verständnis werde sowohl geprägt von individuellen Vorstellungen als auch von externen Einflüssen und Umständen (vgl. ebd.). Sie werde bestimmt durch individuelle Disposition, persönliche Lebensverhältnisse, eigenes Verhalten und soziale Bedingungen. Dabei sei nicht ein Faktor allein entscheidend. Vielmehr sei ihre

Erhaltung und Förderung ein komplexes Geschehen, das nur zum Teil durch das Individuum selbst bestimmt werden könne (vgl. ebd.).

Nach Ansicht d. Verf. verfolgt Straus ein vornehmlich individualistisches bzw. duales Gesundheitskonzept. Im Mittelpunkt seiner Analysen steht meistens das Individuum, das seinen Weg der Krankheit und Gesundung geht. Gesundheit ist für ihn ein Ziel, was den Menschen selbst betrifft, nämlich das, was er als Mensch zu werden hat. Die Rolle und die Ressourcen der sozialen Gemeinschaft sind für ihn nicht so entscheidend.

Gesundheit aufzubauen und zu organisieren heißt für Straus in erster Linie, ein homöostatisches und homokinetisches Gleichgewicht herzustellen mit der Zerrüttung durch Krankheit (vgl. STRAUS 1963, 970ff.). Dieser Prozess werde durch die Aktivität eines jeden Einzelnen reguliert und sei schließlich auch das, was unser Tun und Handeln maßgeblich bestimmen würde:

Die individuelle Entwicklung ist durchaus abhängig von den biologischen Potenzen und der biologischen Geschichte des Individuums, von dem Übergang des potentiell Möglichen zur Aktualisierung. (...) Dieses Wirkenkönnen, das in den biologischen Potenzen gründet, ist im Erlebnis auf die Lebensgeschichte hingewandt. In dem Wirkenkönnen wird die in der Zukunft durch Aktualisierung biologischer Potenzen mögliche Entfaltung der Persönlichkeit antizipiert. (STRAUS 1928, 130)

Anders formuliert: Gesund zu sein – im Sinne von Straus – heißt, dass man ein inneres Gleichgewicht hat, mit dem man sich dem Leben stellt und es erleidet.

Gesundheit ist für Straus:



Abb. 9: Der Begriff Gesundheit bei Straus.
(Erstellt von d. Verf. in Anlehnung an die angeführte Primärliteratur.)

Insgesamt entwirft Straus eher das Bild einer sich selbst verstehenden, natürlichen Gesundheit, der dann eine ebenso selbstverständliche, aktive Weltbeziehung entspricht.

Dabei knüpft er durchaus an die pathogenetisch-kurative Betrachtungsweise der naturwissenschaftlichen Medizin an: Straus ist davon überzeugt, dass der gesunde Mensch eigentlich in einem Zustand der inneren Harmonie - Antonovsky würde sagen der Homöostase - leben würde (vgl. STRAUS 1963, 926ff.). Gesundheit beschreibt eine ausgewogene Lebenssituation, ein Empfinden von innerer Angemessenheit und Übereinstimmung mit sich selbst. Es baut auf einem intakten Funktions- und Regulationsvermögen des Organismus auf und ist gebunden an Dinge wie individuelles Wohlbefinden, Genuss- und Leistungsfähigkeit (vgl. STRAUS 1926a, 10ff.). Für Straus beinhaltet das auch die Ausübung von gesellschaftlich erwarteten Leistungen und Rollenverpflichtungen: „Individuation vollzieht der Mensch erst durch die Beziehung auf Kulturwerte“ (STRAUS 1926, 64).

Gesundes Erleben folgt bei ihm einem ‚dialektischen Prinzip‘⁷³: Es sei immer an den Ausgleich zwischen „polaren Seinsverfassungen“ gebunden, welche „(...) die primäre Orientierung in der Beziehung zum Allon, die Möglichkeit der Kommunikation, den Fortgang der Lebensgeschichte und die Manifestation geordneten (...) Verhaltens“ betreffen würden (STRAUS 1963, 970).

⁷³ **Dialektik** – (griechisch: „Kunst der Unterredung“; lateinisch „(ars) dialectica“: „(Kunst) der Gesprächsführung“, vgl. VANIECK 2005) – ist ein uneinheitlich gebrauchter Begriff: Rein schematisch kann er definiert werden als ein Diskurs, in dem einer bestehenden Auffassung oder Überlieferung als These ein Aufzeigen von Problemen und Widersprüchen als Antithese gegenübergestellt wird, woraus sich eine Lösung oder ein neues Verständnis als Synthese ergibt (vgl. BUBNER 1980, 15ff.).

„Dialektik“ beschreibt bei Straus ein Wechselspiel zwischen:



Abb. 10: Gesundheit unter dialektischer Perspektive bei Straus (Erstellt von d. Verf. in Anlehnung an die angeführte Primärliteratur.)

Straus' Hypothesen sind folgende:

- Mensch und Welt ständen in einem dialektischen Verhältnis. Wenn der Mensch gesund sei, würde er sich der Welt als zugehörig erleben und sich gleichzeitig genügend von ihr abgrenzen können (vgl. STRAUS 1963; 1953).

Die Welt bezeichnet der Psychiater als „das Allon“ (STRAUS 1963, 949), wobei er die „Weise der Welt“ und die „Weise des individuellen Seins“ als eine strukturierte Einheit ansieht: „Wir gehören der Welt an und stehen ihr doch als Einzelne gegenüber“ (STRAUS 1963, 953).

Das „In-der-Welt-Sein“ des Menschen verlange ein „ganzheitliches Eingebunden-sein“ in drei anthropologischen Dimensionen:

Die Grundmerkmale der Person sind Vieleinheit, Zweckwirken, Besonderheit, es sind also drei Kategorien, der Substanz, Kausalität und Individualität, die in der Person miteinander verbunden sind. (STRAUS 1926a, 11ff.)

Mit dieser Grundausstattung nehme der Mensch auf die Welt Bezug. Sein personaler Ursprung gäbe ihm nicht nur die Identität mit sich selbst, die Authentizität, er gäbe ihm auch die Identität als Mensch: „In allem Wechsel der Ich-Du-Beziehungen bleibe ich aber primär Ich in meiner Beziehung von Allon“ (STRAUS 1963, 969).

Damit hebt Straus die lebende und sich konstituierende Individualität eindeutig in den Fokus seiner Aufmerksamkeit. Das ‚Ich‘ wird nicht aufgefasst als ein passiver Träger von Erlebnissen. Es hat eine aktive Haltung zur Welt und kann seine Entwicklung wesentlich mitbestimmen: „Im Ich-Sagen interpretiere ich meinen Leib und meine Welt mit, da ich um mich nicht anders als leiblich und in der Welt seiend wissen kann“ (vgl. ebd.). Jeder Mensch sei ein eigenes Wesen, das sich von allen anderen Menschen und Dingen unterscheide (vgl. STRAUS 1933). Daher müsse er auch lernen, sich von der Welt abzugrenzen:

Das Empfinden ist ein Sich-Empfinden ‚mit‘ und ‚in‘ der Welt, es hat verbalen Charakter, ist ein Werden und wird als Werden erlebt. Alles echte Werden ist ein Anders-Werden. Zum Empfinden gehören Richtung und Grenze. (Ebd.)

- Gesundheit konstituiere sich fortwährend durch eine aktive Auseinandersetzung mit der Welt (vgl. STRAUS 1953, 1963).

Für Straus gehört das ‚dialektische Ich-Welt-Verhältnis‘ zum Wesen des Menschen dazu:

Das Hier, das stets mein Hier ist, verweist (...) auf meine Grundbeziehung zur Welt, die in allem Wandel unwandelbar bestehen bleibt: ein Zusammen im Gegenüber. (STRAUS 1963, 960)

Der Psychiater stellt den Menschen vor die Aufgabe, seine Gesundheit im „entschlossenen Durchgang durch die kritischen Spannungen mit der Welt“ (ebd.) selbst zu erarbeiten:

Das Jetzt fasst verdichtet zusammen, daß das unmittelbare sinnliche Erleben eine Ich-Welt-Beziehung ist, die meine ist, die eine totale ist, aber in einer jeweiligen Begrenzung. (...) In dem Totalitätsverhältnis ist das Kontinuum meines Werdens und der raumzeitlichen Struktur meiner Welt begründet. (STRAUS 1953, 140ff.)

Die individuelle Lebens- (und Gesundheits-) entwicklung vollziehe sich nicht ‚solipsistisch‘, sondern innerhalb einer Gesellschaft, in der das Subjekt mit einer Lebenswelt konfrontiert werde, in die es sich ‚hinein entwerfe‘ und in der es eine Lebensform wählen würde:

Der Sinn von ‚mein‘ bestimmt sich im Verhältnis, in dem Gegensatz zur Welt – dem Allon – dem ich gleichwohl selbst angehöre. (Ebd., 949)

Anders formuliert: In der Begegnung mit dem Anderen kann auch die Beziehung zu mir selbst eine neue Kohärenz gewinnen. Gesundheit verdankt sich unter anderem dem Motiv, die eigenen elementaren Bedürfnisse des Lebens zu erfüllen und solidarisch an den Bedürfnissen Anderer Anteil zu nehmen. Der Mensch findet sie vor allem dann, wenn er sich anfragen lässt und sich für das öffnet, was jede

Situation bietet. Voraussetzung dafür ist, dass er sich der Welt bzw. Personen und Dingen in dieser Welt nähern kann (vgl. STRAUS 1953, 139ff.).

- Im gesunden Erleben seien die Eindrücke der verschiedenen Sinnesmodalitäten unmerklich zu einer Einheit verschmolzen. Dadurch werde das sinnliche Erleben (harmonisch) gestaltet (vgl. STRAUS 1935).⁷⁴

Mit seinen Sinnesmodalitäten erfasse das Individuum die Welt und werde von ihr erfasst. Selbst und Welterfahrung vollziehe sich immer simultan. Selbstbewusstsein sei dem Weltbewusstsein nicht vorgeschaltet.

- Gesund sei ein Mensch dann, wenn in seiner Kommunikation mit der Welt ein ständiger Wechsel zwischen pathischen und gnostischen Erlebnismomenten stattfindet (vgl. Kommentar zu FN 74; STRAUS 1930; 1935; 1960).

Straus unterscheidet zwischen „gnostischen“ (erkennenden) und „pathischen“ (erleidenden) „Erlebnismomenten“ in der Sinneswahrnehmung (vgl. STRAUS 1935). Das eine hebt für ihn das Was des Gegebenen hervor, das andere das Wie des Gegebenseins. Das eine sei eher gegenständlich, das andere eher zuständig. Das pathische Moment bedinge den leibgebundenen Charakter jeder Sinnesempfindung. Das gnostische Moment wiederum löse das Subjekt aus der Unmittelbarkeit der Empfindung. Straus schreibt dazu: „Eine einfache Wahrnehmung, ausdrückbar in dem Satz ‚Das hier ist eine Eiche‘, stellt fest und hebt heraus“ (STRAUS 1960b, 348).

- Im gesunden Erleben würden landschaftliches und geographisches Raumerleben ein konstruktives Spannungsverhältnis beschreiben (vgl. Kommentar zu FN 74, STRAUS 1935; 1956a).

Dem pathischen und dem gnostischen Weltverhältnis entsprechen bei Straus unterschiedliche Räumlichkeiten des Erlebens, die Straus als „landschaftlichen“ und „geographischen“ Raum bezeichnet: „Der Raum des Empfindens verhält sich zum Raum der Wahrnehmung wie die Landschaft zur Geographie“ (STRAUS 1956a, 335). Ein gesunder Mensch erlebe sich primär als Einheit aus Raum und Zeit (vgl. ebd.).

⁷⁴ Die hier dargestellten Aspekte wurden bereits ausführlich im Abschnitt ‚Der Begriff Krankheit‘ erörtert und werden daher an dieser Stelle nur kurz angeführt.

- Wenn der Mensch gesund sei, dann würden erlebnisimmanente und erlebnistranseunte Zeit eine Einheit bilden (vgl. Kommentar zu FN 74; STRAUS 1928).

Die subjektive Erfassung von objektiven Zeitverläufen bestimme die individuelle Lebensgestaltung. Aus diesem Grund habe sie einen wichtigen Eigenwert in der persönlichen Entwicklung des Menschen (vgl. ebd.).

- Wenn der Mensch gesund sei, dann würde sich seine Beziehung zur Welt immer zwischen den Polen der Freiheit und der Gebundenheit konstituieren, ohne dass eine Seite Überhand gewinnen würde (vgl. Kommentar zu FN 74; STRAUS 1928).

Gesundheit artikuliert sich für Straus immer im Zusammenhang mit anderen Menschen. Für Straus ist der Mensch ein soziales Wesen mit subjektiver Wahrnehmung und Selbstverständnis. Er ist eingebettet in eine Kultur, nimmt die Welt durch unterschiedliche Filter wahr und bewertet vor seinem kulturellen oder familiären Hintergrund. Dabei bezieht er sich in seinem Selbstverständnis stets auf andere Menschen, grenzt sich von ihnen ab oder schließt sich ihnen an. Ist er gesund, dann kann er seine Individualität inmitten von Meinungen und Urteilen der anderen bewahren.

5 KONZEPTVERGLEICH ZWISCHEN ANTONOVSKY UND STRAUS

Bisherige Ausführungen zeigten Folgendes: Weder Antonovsky noch Straus legen in ihren Arbeiten explizit dar, was genau sie unter dem Begriff Gesundheit verstehen. Für beide Autoren ist es ein Geschehen, das sich einer befriedigenden Gesamtdefinition entzieht (vgl. ANTONOVSKY 1997, 188; STRAUS 1963, 930ff.).

Im Unterschied zu Straus weist Antonovsky auf die Schwierigkeit seiner Begriffsbestimmung sogar ausdrücklich hin:

In dem Moment, in dem man sich der Frage stellt, was Gesundheit ist, ist man notwendigerweise mit zwei sehr komplexen ethischen Problemen konfrontiert: einem definitorischem und einem funktionalem. (ANTONOVSKY 1997, 188)

Für ihn sind alle Versuche, Gesundheit zu definieren, unmittelbar mit der Gefahr verbunden, bestimmte gesellschaftliche oder politische Wertvorstellungen als gesund auszugeben:

Der funktionale Aspekt ist mit dem definitorischen eng verknüpft: Denn er bedeutet, dass einerseits festgelegt werden kann, daß das, was funktional, nützlich und positiv für die Gesundheit ist, moralisch gut ist und vice versa, daß das, was moralisch gut ist auch der Gesundheit dient. (Ebd.)

Beide Wissenschaftler hinterfragen die Normierung von Gesundheit in ‚Idealnorm‘⁷⁵, ‚statistische Norm‘⁷⁶ und ‚funktionale Norm‘⁷⁷ ausgesprochen kritisch. Anstatt einer genauen Definition erarbeiten sie eher indirekte Perspektiven, die zur Annäherung an den Begriff herangezogen werden können.

Versteht man ihre Argumentation nicht unabhängig voneinander, sondern versucht, sie zu verknüpfen, dann eröffnet sich nach Ansicht d. Verf. ein interessanter Diskurs. Im

⁷⁵ Die **Idealnorm** von Gesundheit bezeichnet einen Zustand der Vollkommenheit, den zu erreichen es für das Individuum und die Gesellschaft wünschenswert oder wertvoll ist. Mit ihrer Definition von Gesundheit als Zustand des vollkommenden psychischen und physischen Wohlbefindens hat die WHO 1948 eine Idealnorm gesetzt (vgl. BENGEL, STRITTMATTER, WILLMANN 2001, 14).

⁷⁶ Die **statistische Norm** von Gesundheit wird durch die Auftretenswahrscheinlichkeit einer Eigenschaft des Organismus bestimmt: Was auf die Mehrzahl der Menschen zutrifft, wird als gesund definiert. Abweichungen von diesen Durchschnittswerten sind dagegen als krank zu bezeichnen. Für die Einordnung einer Person als krank oder gesund sind hierbei also die Bezugspopulation und die festgelegten Grenzwerte relevant (vgl. ebd., 15).

⁷⁷ Als **funktionale Norm** orientiert sich Gesundheit daran, ob eine Person in der Lage ist die durch ihre sozialen Rollen gegebenen Aufgaben zu erfüllen. Die Bestimmung funktionaler Normen setzt die Gültigkeit übergeordneter Werte voraus (vgl. ebd., 16).

Folgenden soll es darum gehen, wesentliche Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen ihnen herauszuarbeiten.

5.1. Gemeinsamkeiten

Für beide Autoren gehören die Begriffe Gesundheit und Krankheit zu den zentralen Grundbegriffen menschlicher Existenz. Aus diesem Grund sei die Auseinandersetzung mit ihnen nicht Sache der Medizin allein, sondern erstrecke sich auf alle Bereiche der Umwelt, der Mitwelt und der Erlebniswelten (vgl. ANTONOVSKY 1993a; STRAUS 1960a)

Die Wissenschaftler suchen nach (medizintheoretischen) Konzepten, die den (kranken und gesunden) Menschen als Subjekt und Handelnden einbeziehen und nicht auf ein Objekt physikalischer Prozesse reduzieren. Verlangt wird ein holistischer Ansatz, der biologische, psychologische und psychosoziale Sichtweisen in die Diagnostik, Therapie und Prävention von Krankheiten einbezieht.

Das biomedizinische Krankheitsmodell wird von ihnen stark kritisiert. Beide sehen hierin die Gefahr zu naturalistischen Fehlschlüssen und neuronalen Reduktionen. Eine ausschließlich objektivierende und operationalisierende Sicht auf den Menschen würde die Kraft des biologischen Paradigmas überdehnen und den Menschen in seiner Komplexität verfehlen (vgl. ebd.).

Im wissenschaftlichen Werk von Straus hat die kritische Auseinandersetzung mit dem biomedizinischen Konstrukt höchste Priorität (vgl. PASSIE, 1995, 147 ff.). Immer wieder beklagt er dessen medizintheoretischen Voraussetzungen und zeigt die frappierende Abhängigkeit von den Vorgaben der Philosophie **René Descartes**:

Die moderne Psychologie (...) ist durchaus von Descartes abhängig geblieben. Abhängig geblieben will hier meinen, daß die Psychologie aus Descartes' Philosophie entscheidende Positionen ungeprüft übernommen und durch diese Übernahme es sich selbst unmöglich gemacht hat, die Phänomene unverdeckt zu Gesicht zu bekommen und ursprünglich fragend zu erforschen. (STRAUS 1935, 3)

Am Beispiel der bekannten Versuche von **Iwan Petrowitsch Pawlow** über bedingte Reflexe und an **Sigmund Freuds**' genetischer Theorienbildung' fechtet der Psychiater eine ausschließlich biologisch orientierte Grundlegung von Medizin und Psychologie an. Für ihn ist das Erleben eines Menschen eben nicht allein durch physikalisch gedachte Erregung, ihre Quantität oder Abfuhr erklärbar (vgl. STRAUS 1930; 1935):

Auf Schritt und Tritt begegnet man in der Psychologie und Psychopathologie einem Verhalten der Forscher, das man mit dem einer Tauchente vergleichen könnte. Wie diese bei jedem Zeichen einer herannahenden Gefahr unter Wasser verschwindet, so suchen die Psychologen bei neu auftauchenden psychologischen Problemen gern eine Zuflucht unter der Oberfläche der Biologie. (STRAUS 1930, 6)

Hier bieten sich die Arbeiten von Antonovsky durchaus als Anknüpfungspunkt an. Auch in ihnen ist eine Kritik am kausal-pathogenetisch ausgerichteten medizinischen und psychosozialen Versorgungssystem überaus deutlich (vgl. KOLIP, WYDLER, ABEL 2006).

Dabei scheint er Straus' skeptische Haltung gegenüber den philosophischen Vorgaben Descartes' zu teilen:

Auf der Suche nach Heilmethoden für spezifische Krankheiten tendiert man dazu, innerhalb der Grenzen der Pathophysiologie zu bleiben. Wenn man nach effektiver Adaptation des Organismus sucht, sollte man sich über den postkartesianesischen Dualismus hinausbewegen (...). (ANTONOVSKY 1997, 27)

Ebenso wie Straus ist Antonovsky davon überzeugt, dass eine rein biomedizinisch orientierte Betrachtungsweise von Gesundheit und Krankheit wichtige Dimensionen des Befindens des Individuums vernachlässigt:

Wenn wir es als plausibel akzeptieren, daß das Funktionieren des ZNS eine entscheidende Determinante für die Verbindung zwischen Stressoren und Krankheit sein könnte, müssen wir das Bewußtsein eines (viele Lebensbereiche umfassenden) Prozesses bewahren- eines Prozesses, der Zeit braucht, und in dessen Verlauf Spannung nicht in Streß transformiert wird und der sogar zu einer Stärkung der Gesundheit führen kann. (Ebd., 147)

Neben biologischen Parametern hänge Gesundheit bzw. Krankheit entscheidend ab von Parametern wie (vgl. ebd.):

1. dem Vorhandensein, der Wahrnehmung und dem Umgang mit Belastungen,
2. Risiken und Gefährdungen durch die soziale und ökologische Umwelt und
3. dem Vorhandensein, der Wahrnehmung, Erschließung und Inanspruchnahme von Ressourcen.

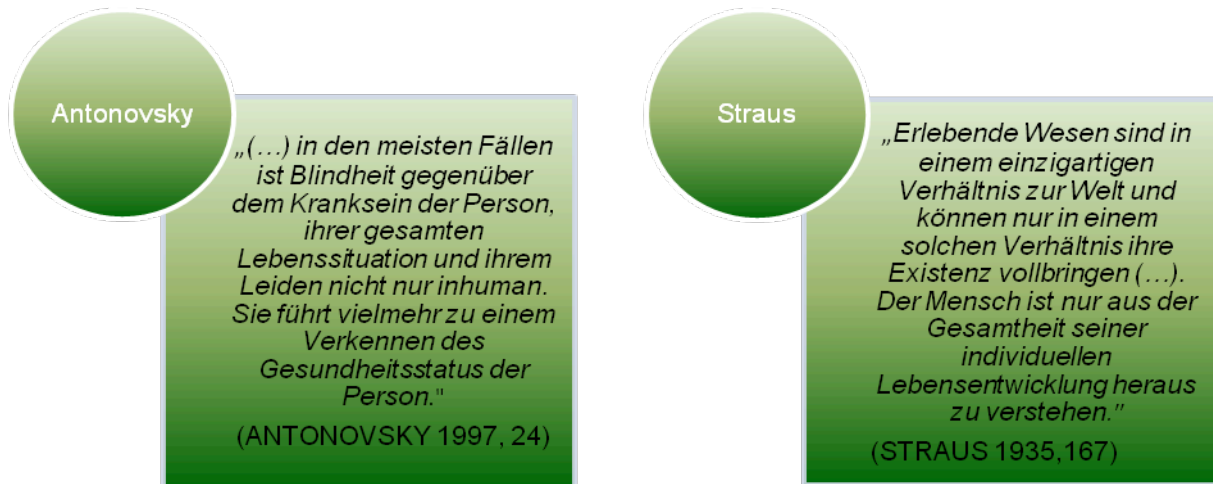
Daher könne „eine soziologische Perspektive (...) sicherlich viel zur Klärung der salutogenetischen Frage und der Suche nach Antworten beitragen“ (ebd., 69). Es scheint fast, als habe Antonovsky bei diesem Kommentar Straus (und Zeitgenossen) im Hinterkopf, denn er fügt hinzu: „Gleiches gilt übrigens auch für die medizinische Anthropologie“ (ebd.).

Antonovsky und Straus heben den Begriff Gesundheit und damit auch die Zuständigkeit für Gesundheit aus einem rein medizinisch definierten Kontext heraus und erweitern ihn um psychische, soziale und letztlich auch philosophische Dimensionen.

Ihnen ist gemeinsam, dass sie ein ganzheitlichen Konzept schaffen wollen, das verschiedene Lebensbereiche des Menschen berücksichtigt und integriert. Wenn es um die Bildung von Gesundheit gehe, könne sie sich nur entfalten, wenn allen Existenzebenen des Menschen Rechnung getragen werde (vgl. ANTONOVSKY 1997,

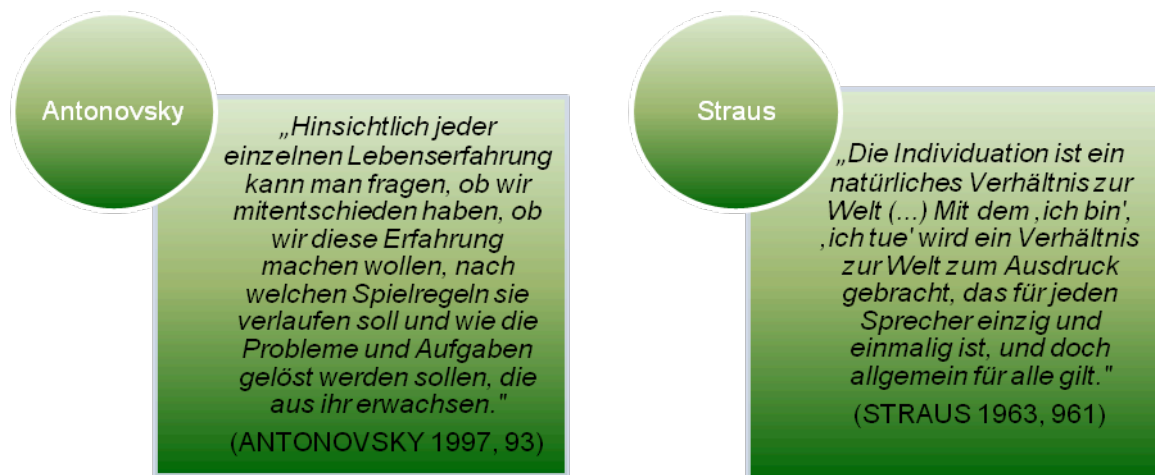
27; STRAUS 1935, 167). Das Individuum habe stets die potentielle Freiheit zur Lebensgestaltung – aber damit eben auch die Verantwortung dafür (vgl. ebd.).

Für beide Autoren ist die subjektive Dimension bei der Bestimmung von Gesundheit und Krankheit ausschlaggebend:



Diese Position machen sie auf zwei Weisen deutlich: Zum einen, indem sie eine umfassende Festlegung des ganzen Menschen als gesund oder krank vermeiden; zum anderen, indem sie die Selbsteinschätzung des Betroffenen zum wichtigsten Kriterium in der (Fremd-) Beurteilung erheben.

In je unterschiedlicher Weise setzen sie sich mit einer wichtigen Grundproblematik menschlichen Daseins auseinander: mit der Frage, wie Identität im Rahmen eines sozialen Umfeldes gefunden und entwickelt werden kann. Sie sind sich darüber einig, dass die Identitätsentwicklung in hohem Maße von intuitiven Momenten, subjektiven Erfahrungen und - häufig nur unzureichend reflektierten - ‚Common-sense‘-Vorstellungen geprägt wird:



Identität setze sich nicht aus einem statischen Gefüge von Eigenschaften zusammen, sondern beschreibe einen dynamischen „Werdensprozess“ (STRAUS 1930, 45), der nicht von vornherein festgelegt sei, sondern dem Menschen als Aufgabe überlassen bleibe (vgl. ebd.). Die Bildung und Aufrechterhaltung von Gesundheit sei Teil dieses Geschehens (vgl. ebd.). Somit hat auch sie Prozesscharakter.

Die Gesamtentwicklung des Menschen bestimme sich durch seine fortwährende Auseinandersetzung mit Belastungen und Anforderungen der Umwelt auf psychosozialer und physischer Ebene (vgl. STRAUS 1926a, 10ff.; ANTONOVSKY 1991a, 68ff.).

Antonovsky führt in diesem Zusammenhang den Begriff der ‚Entropie‘ ein als Ausdruck für die allgegenwärtige Tendenz menschlicher Organismen, ihre organisierten Strukturen zu verlieren (vgl. ANTONOVSKY 1997, 30). Bezogen auf den Gesundheitszustand bedeutet das, dass auch der Verlust von Gesundheit ein natürliches und allgegenwärtiges Geschehen ist.

Bei Straus ist es vor allem die Biographie des Menschen, die das „lebensgeschichtliche Werden“ beschreiben würde (vgl. STRAUS 1926a, 10ff.). Der individuelle Lebenslauf sei Ausdruck der Persönlichkeit – sozusagen eine Schöpfung und kreative Leistung des Individuums selbst (vgl. STRAUS 1926a, 20ff.; 1930, 50 ff.).

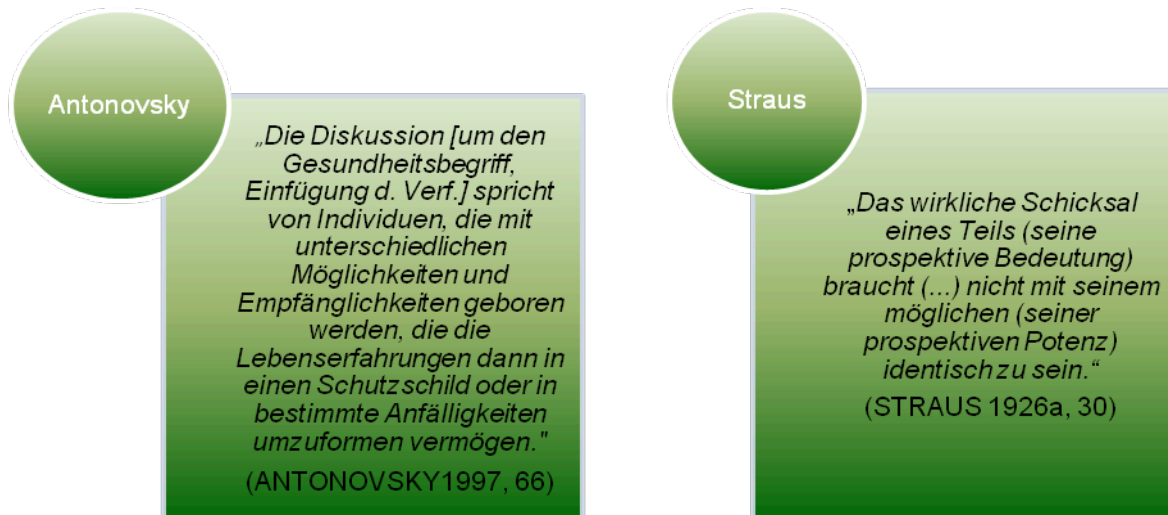
Antonovsky ist ebenfalls der Meinung, dass das Individuum über eine Fülle an Möglichkeiten verfügt, seine Lebensgestaltung und Lebensführung (mit-) zu bestimmen (vgl. ANTONOVSKY 1991a, 68ff.). Was zum einen große Freiheit und Selbstverwirklichungspotenziale beinhaltet, stelle zum anderen auch eine schwierige Aufgabe dar (vgl. ANTONOVSKY 1993c, 971). Das Konzept des Kohärenzgefühls

beschreibt die Fähigkeit, angesichts vielfältiger gesellschaftlicher Optionen ein Gefühl von Verstehbarkeit, Sinnhaftigkeit und Handhabbarkeit zu entwickeln (vgl. ANTONOVSKY 1993b, 725ff.). Daran unmittelbar geknüpft ist das (individuelle) Geschick, in Belastungssituationen ein flexibles Bewältigungsinstrumentarium zu entwickeln. Die Komponente Verstehbarkeit beinhaltet Dimensionen der Reflexivität von Identität und gesellschaftlichem Umfeld, die Komponente Sinnhaftigkeit spielt auf die Bildung ontologischer Sicherheit an. Handhabbarkeit ist unmittelbar verbunden mit der Entwicklung des Selbst:

Ein starkes Selbst ermöglicht eine stabile Identität, aber es ist nicht grundsätzlich abhängig von der expliziten Identität, in der sich das Selbst zu einem beliebigen Zeitpunkt manifestiert. (ANTONOVSKY 1997, 41)

Viel wichtiger als die Frage nach der heteronomen Bedingtheit menschlicher Existenz ist für Antonovsky und Straus die Diskussion um das Vorhandensein und den Grad an Eigengesetzlichkeit und Autonomie des Menschen (vgl. ANTONOVSKY 1997, 50ff.; STRAUS 1926a, 5ff.). Gesundheit sei kein Wert an sich, ohne den ein Leben nicht gelingen könne. Stattdessen sei sie modal angelegt, ein Modus des Lebens, der besage, dass es ebenso möglich sei, als Kranker zu leben (vgl. ebd.).

Die Transformation in Kategorien wie ‚gesund‘ oder ‚krank‘ sei an Schwellenwerte gebunden, die sich nicht allein aus der Natur ergeben würden, sondern vor allem durch Bewertungen und Festlegungen gewonnen werden würde. Aus diesem Grunde handelte es sich bei Gesundheit um ein Konstrukt, das entscheidend von dem jeweiligen Beobachter abhängt (vgl. ANTONOVSKY 1993a, 4ff.; STRAUS 1930, 35ff.). Dabei könne sich die Beobachtung durch soziale Systeme durchaus von der Beobachtung durch das Individuum unterscheiden – objektivierende vs. subjektivierende Sicht (vgl. ebd.):



Gesundheit bestimme sich neben empirischen bzw. statistischen Normen vor allem durch Wert- und Idealnomen, die ihrerseits wiederum auf Wertentscheidungen hinsichtlich eines bestimmten Menschenbildes beruhen würden (vgl. ebd.).

Straus und Antonovsky weisen damit auf etwas Wichtiges hin: Die Schwierigkeiten, einen allgemeinen Gesundheitsbegriff oder auch einen allgemeinen Krankheitsbegriff zu finden, hängen ja nicht zuletzt zusammen mit der Relationalität der Definitionen. Häufig wird Gesundheit mit Normalität, Krankheit mit Nichtkönnen verbunden. Dabei beziehen sich beide Begriffe eben nicht auf eindeutig beschreibbare Phänomene, sondern auf wertende und wandelbare Zuschreibungen.

Bei Straus finden sich zahlreiche Ansätze, den Unterschied zwischen Normalität und Störung (bzw. Krankheit) genauer herauszuarbeiten und zwar vor allem in Bezug auf das Selbstverständnis des Menschen. Er macht unmissverständlich deutlich, dass ein Verstehen und Erklären pathologischer Verfassungen nur auf einem vorherigen Verständnis der Norm aufbauen kann (vgl. PASSIE 1995, 167).

Es fällt auf, dass er in seinen Arbeiten wenig generelle Differenzierungen zwischen Normalität und Störung vornimmt. Sowohl auf konzeptueller Ebene als auch auf der Symptom-Ebene zieht der Psychiater es vor, für bestimmte Aspekte einer Störung jeweils unterschiedliche Differenzierungen anzubieten. Manchmal bedient er sich einer qualitativen Unterscheidung, z.B. bei seiner Analyse von wahnhaftem Erleben (vgl. STRAUS 1949b), wohingegen er in anderen Aspekten eher einer quantitativen Unterscheidung folgt, z.B. im Zeiterleben, (vgl. STRAUS 1928). Möglicherweise liegt die Ursache hierfür darin, dass Straus den Begriff der Norm eigentlich für ungeeignet hält (vgl. ebd.). Explizit gebraucht er ihn allenfalls, um eine bestimmte Form der

Beziehungsgestaltung zwischen Individuum und Umwelt zu beschreiben, die er „Ich-Welt-Verhältnis“ nennt:

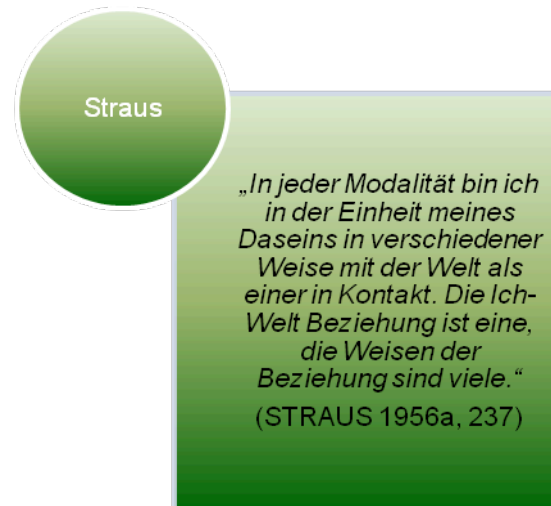
Im Empfinden erleben wir uns in und mit unserer Welt. Das ‚Mit‘ ist nicht zusammengesetzt aus einem Erlebnisstück ‚Welt‘ und einem Erlebnisstück ‚Ich‘. Das einheitliche Empfinden entfaltet sich stets nach den Polen der Welt und des Ich. (STRAUS 1956a, 197)

Für Antonovsky und Straus spielen subjektive und intersubjektive Wirklichkeiten im Zusammenhang mit Gesundheit eine wichtige Rolle:



Antonovsky

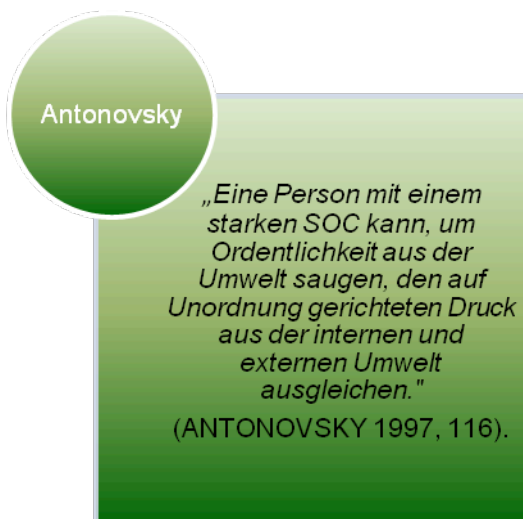
„Ein Kernstück der salutogenetischen Orientierung ist die grundlegende Einsicht, daß der menschliche Organismus sich prototypisch in einer dynamischen Auseinandersetzung mit der Umwelt befindet.“
(ANTONOVSKY 1997, 124)



Straus

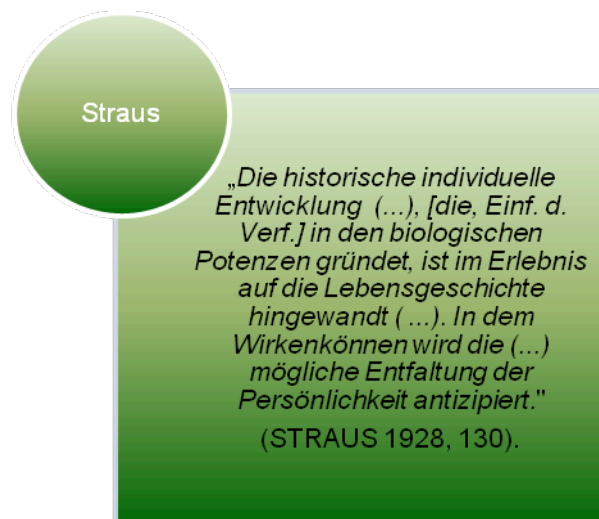
„In jeder Modalität bin ich in der Einheit meines Daseins in verschiedener Weise mit der Welt als einer in Kontakt. Die Ich-Welt Beziehung ist eine, die Weisen der Beziehung sind viele.“
(STRAUS 1956a, 237)

Gesundheit sei ein ‚inter-individuelles‘ Geschehen, das verschiedene Formen der Interaktion zwischen Mensch und Umwelt einschlieÙe (vgl. ebd.). Der Mensch lebe in sozialen Netzwerken, die intersubjektiv gestaltet werden würden. Intersubjektivität verwirkliche sich in Kommunikation und gemeinsamen Handlungen. Das aktive Gestalten von Beziehungen könne nicht losgelöst von anderen Beziehungen erfolgen, sondern stände in einem Netzwerk von Notwendigkeiten (vgl. ebd.). Erst wenn sich das Individuum in diesem Netzwerk zurechtfinde, könne es sich weiterentwickeln:



Antonovsky

„Eine Person mit einem starken SOC kann, um Ordentlichkeit aus der Umwelt saugen, den auf Unordnung gerichteten Druck aus der internen und externen Umwelt ausgleichen.“
(ANTONOVSKY 1997, 116).



Straus

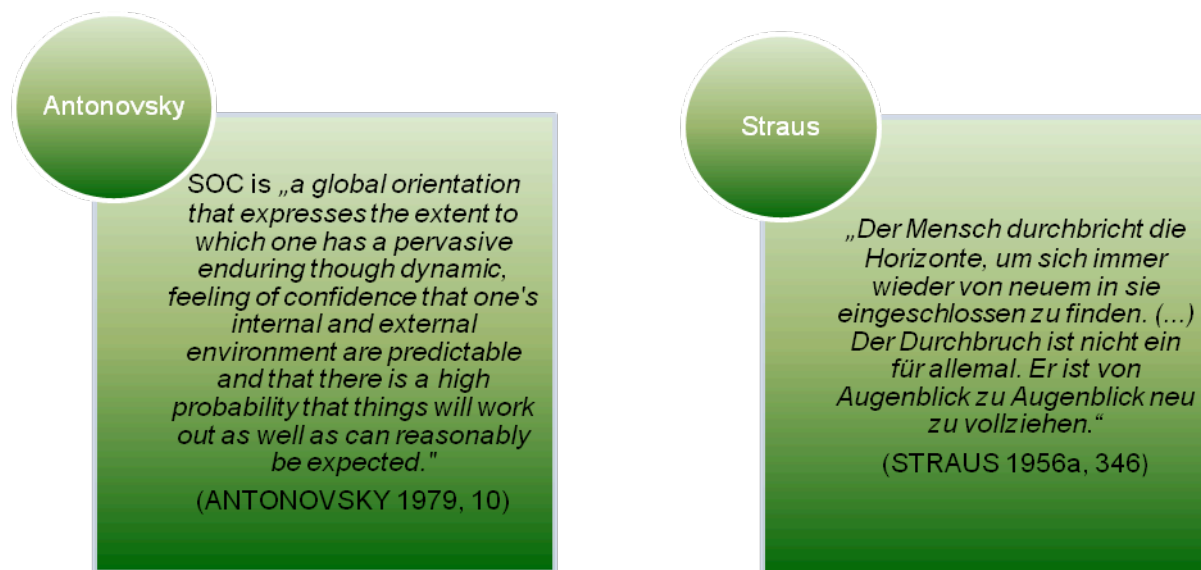
„Die historische individuelle Entwicklung (...), [die, Einf. d. Verf.] in den biologischen Potenzen gründet, ist im Erlebnis auf die Lebensgeschichte hingewandt (...). In dem Wirkenkönnen wird die (...) mögliche Entfaltung der Persönlichkeit antizipiert.“
(STRAUS 1928, 130).

Subjektive Vorstellungen entwickelten sich in der Sozialisation jedes Einzelnen und in einem spezifischen gesellschaftlichen Kontext (vgl. ebd.). Die Wahrnehmung körperlicher und psychischer Beeinträchtigungen sei daher unmittelbar geknüpft an die individuelle und soziale Einschätzung (vgl. ebd.).

Antonovsky und Straus sprechen dem Patienten ein hohes Maß an Autonomie zu. Sie appellieren an die Eigenverantwortlichkeit des Patienten und an seine aktive Mitarbeit. Die Entscheidung, welchen Weg der Patient gehen möchte, müsse eindeutig ihm überlassen bleiben, auch wenn im Rahmen gesellschaftlicher und privater Erörterungen Entscheidungshilfen gegeben werden könnten (vgl. ANTONOVSKY 1991a, 67ff.; STRAUS 1929a).

Beide Autoren haben eine Vorstellung von Gesundheit, die sich nicht auf die konkrete Bewältigung von bestimmten Situationen bezieht, sondern die vielmehr eine bestimmte Lebenseinstellung beschreibt. Der Gesundheitszustand eines Menschen hänge ab von seiner allgemeinen Grundhaltung gegenüber der Welt und dem Leben (vgl. ANTONOVSKY 1997, 45ff.; STRAUS 1930, 124ff.). Gesundheit sei so etwas wie das objektive und subjektive Befinden einer Person, das dann gegeben sei, wenn die Person im Einklang stände mit körperlichen, seelischen, sozialen Bereichen ihrer Entwicklung, den eigenen Möglichkeiten, Zielen und den äußeren Lebensbedingungen (vgl. ebd.).

Bei Antonovsky ist es das ‚Kohärenzgefühl‘, das Zusammenhang und Stimmigkeit ausmacht. Straus bleibt da allgemeiner und spricht von einer sich stetig konstruktiv entwickelnden Form der ‚Ich- Welt-Beziehung‘:



St

raus geht davon aus, dass der Mensch ein antagonistisches, in sich widersprüchliches Wesen zwischen polaren Spannungsfeldern ist (vgl. STRAUS 1930; 1935; Kap. 4.3.). Stets gäbe es Positives im Pathologischen und Negatives im Gesunden (vgl. STRAUS 1956, 347ff.). Aus diesem Grund lasse sich Gesundheit von Krankheit nicht klar trennen (vgl. ebd.). Anders formuliert: Duale Erklärungsmuster sind bei ihrer Begriffsbestimmung fehl am Platz.

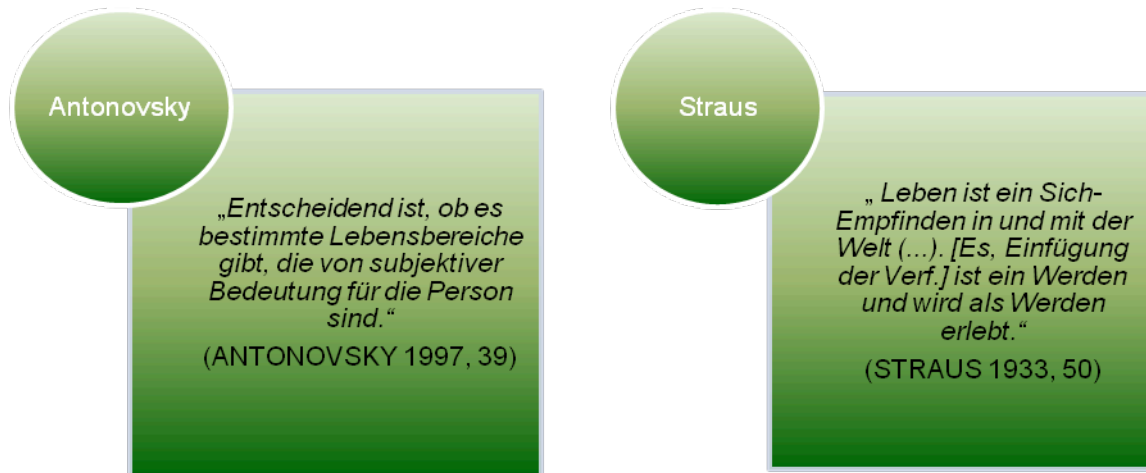
Auch Antonovsky lehnt eine dichotome Trennung in gesund und krank ab. Stattdessen versucht er, Gesundheit und Krankheit in einem Kontinuum-Modell aufeinander zu beziehen und verschiedene Stadien von Krankheit und Gesundheit zu differenzieren (,health-ease-continuum' / ,disease-continuum', vgl. Kap. 3.2.6.). Dabei richtet sich sein Interesse weniger auf spezifische Symptome, sondern vielmehr auf die Tatsache, dass ein Organismus seine (individuelle) Ordnung nicht mehr aufrechterhalten kann. Die Frage ist für ihn nicht, ob jemand gesund oder krank ist, sondern wie weit entfernt er von den Endpunkten Gesundheit und Krankheit jeweils ist.

Für beide Autoren hat Gesundheit nicht nur die Wiederherstellung ungestörter und unbeeinträchtigter geistig-seelischer Funktionen und Leistungen zum Ziel, sondern beinhaltet Autonomie, Selbstentfaltung und soziale Integration.

Für sie ist offensichtlich, „daß es eine Beziehung zwischen Gesundheit und Wohlbefinden gibt, die sehr wahrscheinlich reziprok ist“ (ANTONOVSKY 1997, 162).

Straus meint dazu: „Das Sein des Daseins in seiner Transzendenz ist die Möglichkeit radikalster Individuation“ (STRAUS 1963, 931).

Die entscheidende motivationale Komponente, um ein solches Leben umsetzen zu können, sei das Gefühl von Sinnhaftigkeit bzw. Bedeutsamkeit:



Antonovsky spricht hier vom ‚sense of meaningfulness‘ und schreibt dieser Dimension innerhalb seines Kohärenzkonstrukts die wichtigste Position zu. Sie umfasse das „Ausmaß, in dem man das Leben als emotional sinnvoll empfindet“ (ANTONOVSKY 1997, 36). Ohne Erfahrung von Sinnhaftigkeit und ohne positive Erwartungen werde das Leben ausschließlich als eine Last empfunden und jede sich weiter stellende Aufgabe als eine Qual (vgl. ebd.).

Auch nach Straus kann ein Mensch nur dann für sich Lebenszufriedenheit und Wohlbefinden realisieren, wenn er der stetigen Aufgabe nach Selbstverwirklichung nachkommt (vgl. STRAUS 1930, 35ff.). Da er - im Vergleich zum Tier - Selbstbewusstsein besitze, habe er auch den Impuls, eine Biographie zu gestalten, ein ‚eigenes Leben‘ zu führen (vgl. STRAUS 1949a). Handlungsimpulse folgten stets einer Motivation: Der Mensch frage nach dem Sinn und werde damit zum Subjekt seines Lebens (vgl. STRAUS 1953, 141).

Zur Herstellung von Gesundheit gehörten einerseits individuelle Fähigkeiten als auch die tägliche Bereitschaft, die dafür erforderlichen Bedingungen zu schaffen. Gerade eben weil es dem Menschen stets als Aufgabe zukomme, zu sich selbst Stellung zu beziehen und sich zu sich selbst und zur Welt zu verhalten, umfasse Gesundheit verschiedene Ebenen seiner Existenz - seine Leiblichkeit, Subjektivität und Kommunikation mit anderen und sein Verhältnis zur Welt (vgl. ANTONOVSKY 1993c, STRAUS 1960a).

An dieser Stelle ergibt sich folgende Zwischenbilanz. Die gemeinsamen Thesen von Antonovsky und Straus sind:

Gesundheit ist durch eine naturwissenschaftlich-pathogenetische Perspektive allein nicht zu erklären.
Gesundheit ist nicht Sache der Medizin allein. Sie erfordert Kompetenz in verschiedenen Disziplinen (z. B. Medizin, Psychologie, Soziologie, Philosophie).
Gesundheit ist von intra-individueller und inter-individueller Bewertung abhängig.
Gesundheit ist modal angelegt.
Die subjektive Dimension ist bei der Bewertung ausschlaggebend.
Gesundheit ist ein Konstrukt, das vom jeweiligen Beobachter abhängt.
Entscheidend ist das (individuelle) Gefühl von Sinnhaftigkeit und Bedeutsamkeit.
Gesundheit ist kein Zustand, sondern hat Prozesscharakter.
Gesundheit ist multidimensional.

Abb. 11: Gemeinsame Thesen von Antonovsky und Straus.
(Erstellt von d. Verf. in Anlehnung an die angeführte Primärliteratur).

Beide Autoren orientieren ihre Argumentation an folgenden Grundprinzipien:

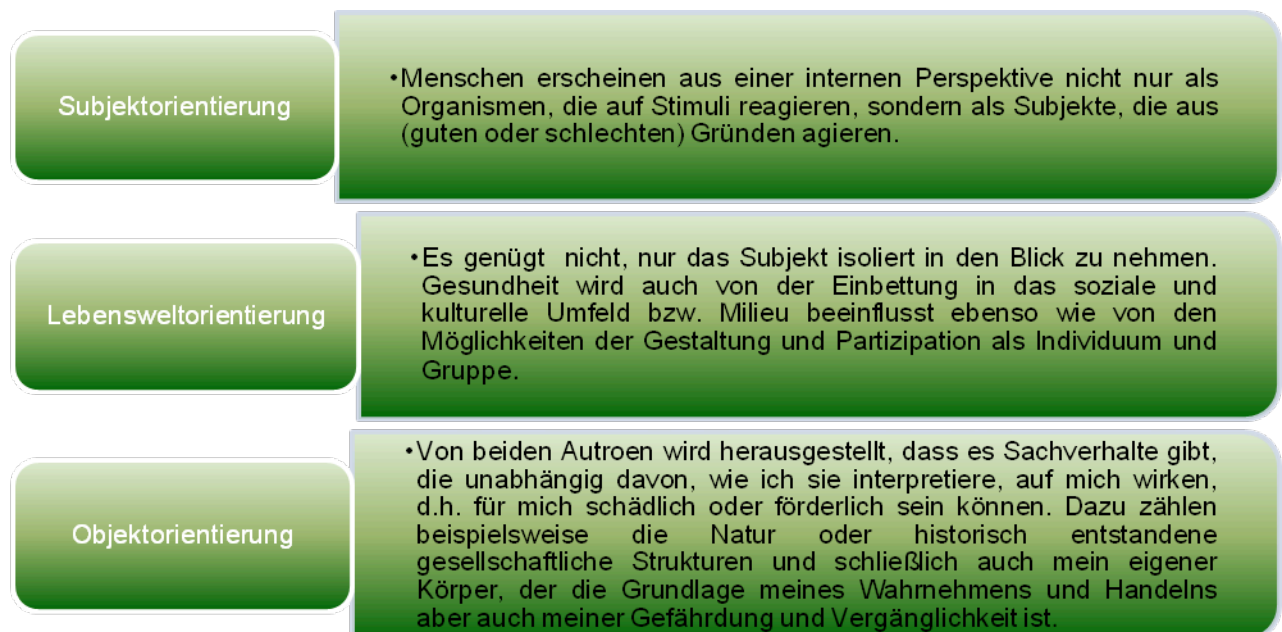


Abb. 12: Gemeinsame Argumentationsprinzipien von Antonovsky und Straus.
(Erstellt von d. Verf. in Anlehnung an die angeführte Primärliteratur).

5.2. Unterschiede

Antonovsky und Straus beschreiben das Phänomen Gesundheit in drei verschiedenen Bezugssystemen, die sich aus einer psychologischen, einer medizinischen und einer soziologischen Perspektive ergeben:



Abb. 13: Bezugssysteme bei Antonovsky und Straus.
(Erstellt von d. Verf. in Anlehnung an die angeführte Primärliteratur.)

In ihren Analysen setzen sie durchaus andere Schwerpunkte, die sich ergeben aus ihrem jeweiligen wissenschaftstheoretischen Hintergrund (bei Straus phänomenologisch anthropologische Medizin / bei Antonovsky medizinische Soziologie, vgl. Kap. 3.2. und 4.1.).

Bei Straus liegt der Fokus auf dem in der interpersonalen Begegnung erfahrenem und reflektiertem individuellen Erleben des Patienten. Gesundheit wird vor allem unter der Perspektive von individuellen Möglichkeiten und Lebensumständen betrachtet. Er konzentriert sich darauf, die existentielle Dimension des Phänomens für den Einzelnen zu beleuchten.

Aus diesem Grund identifiziert er in erster Linie subjektiv oder intersubjektiv wahrgenommene Merkmale, die bei einer bestimmten Qualität oder Charakteristik ‚Gesundheits-‘ oder ‚Krankheitswert‘ besitzen können. Wer die Entscheidung darüber treffen soll, wird in seinen Texten nicht klar ausgeführt. Offensichtlich ist nur, dass sowohl das Ausmaß der subjektiven Alltagsbeeinträchtigung (z.B. durch Veränderungen in der Wahrnehmung) als auch das Ausmaß objektiver Leistungseinschränkungen (beispielsweise durch den Verlust von Arbeitsfähigkeit) bei der Bewertung eine wichtige Rolle spielen (vgl. STRAUS 1935; 1930).

Bei Straus finden sich wenig kritische Referenzen auf die gesellschaftliche Bedingtheit von Gesundheit, auf soziale Hintergründe und Zusammenhänge, die nicht unmittelbar an die Interaktion zwischen Individuum und Umwelt geknüpft sind. Zum Beispiel werden schichtspezifische Einflussfaktoren – die mit einer Steuerung des Gesundheitswesens

durch Politik und Wirtschaft in Verbindung stehen – von Straus ebenso wenig berücksichtigt wie Möglichkeiten der Einflussnahme durch soziale Stützsysteme.

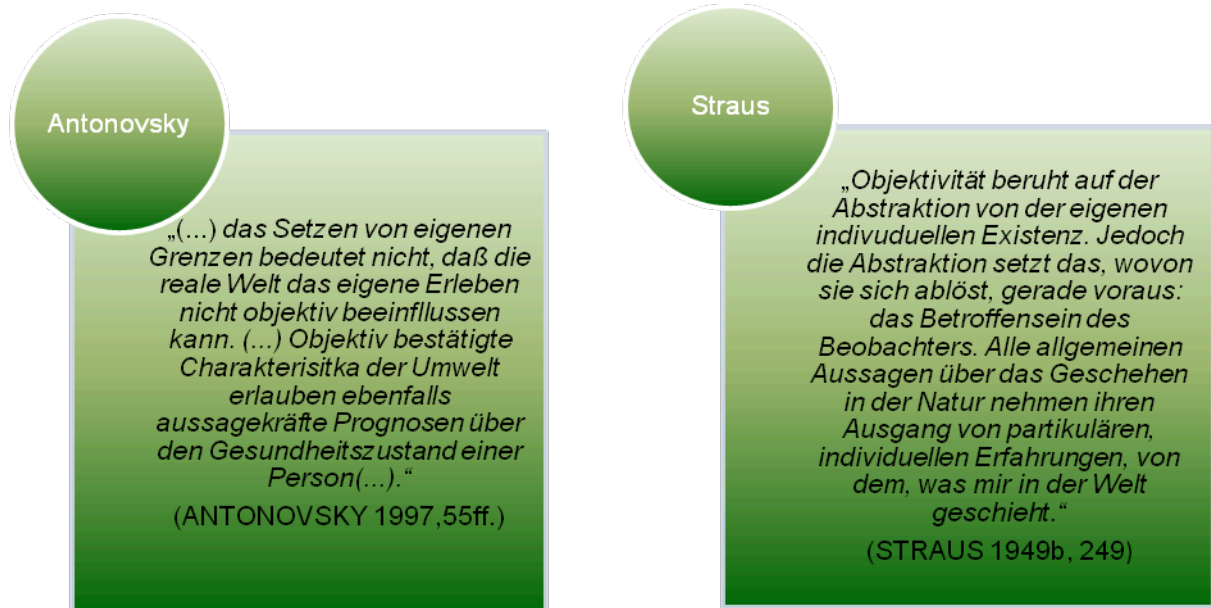
Das ist bei Antonovsky anders: Er macht unmissverständlich deutlich, dass gesellschaftliche Einflüsse eine entscheidende Rolle spielen. Störungen artikulierten sich immer im Zusammenhang mit anderen Menschen und innerhalb eines Gesellschaftssystems (vgl. ANTONOVSKY 1979; 1988; 1993a). Der Soziologe betont sozial determinierte strukturellen Voraussetzungen von Gesundheit vor allen anderen. Eine zentrale Hypothese von ihm ist, dass der ‚sense of coherence‘ eine sozial-schichtabhängige Verteilung aufweist (vgl. Kap. 3.2.6.2.). Untersuchungen zur schichtbezogenen Verteilung von Krankheit und Gesundheit nehmen bei ihm einen zentralen Stellenwert ein (vgl. ebd.). Die Sicherung von elementaren Lebensbedürfnissen – von ausreichender Nahrung bis zum Recht auf körperliche Unversehrtheit – habe höchste Priorität (vgl. ANTONOVSKY 1991a, 67ff.).

Antonovsky identifiziert zahlreiche situative (d.h. äußere) Faktoren, die einen protektiven Charakter auf Gesundheit ausüben. Zu nennen sind neben ökonomisch-materieller Sicherheit vor allem intakte Sozialnetze und soziale Integration. Protektiv seien alle Bedingungen, unter denen der Mensch seine individuellen Fähigkeiten konstruktiv entwickeln und verändern könne (vgl. ebd.).

Zu den unmittelbaren Voraussetzungen von Gesundheit gehöre auch ein gewisses Maß an Handlungsfähigkeit, die ebenfalls abhängig sei von konstitutionellen, materiellen und normativen Lebensbedingungen (vgl. ANTONOVSKY 1997, 24). Erst wenn objektive Lebensbedingungen ein für die individuelle Mitgestaltung ausreichendes Maß an Handlungsfreiheit gewährleisten, könne sich das Individuum relativ bewusst zu seiner eigenen Gesundheit verhalten (vgl. ebd.).

Gesundheit ist also nach Meinung des Soziologen zuallererst von den jeweils zur Verfügung stehenden gesundheitsschützenden und gesundheitsfördernden Merkmalen des sozialen Handlungsraumes abhängig. Der politische und gesellschaftliche Kontext ist der Nährboden sowohl für die Qualität von Gesundheit allgemein als auch für die subjektive Bewertung durch den Einzelnen. Gesellschaftsnormen, erzieherischer, kultureller und historischer Hintergrund, denen ein Individuum ausgesetzt ist, die Faktoren Glück und Zufall sowie individuelle Merkmale bestimmen entscheidend mit, welche ‚generalisierten Widerstandsressourcen‘ eine Person aufbauen kann. Damit sind

auch die Lebenserfahrungen, mit denen ein Individuum konfrontiert wird, teilweise vorbestimmt.



Antonovsky und Straus sind sich darüber einig, dass Gesundheit entscheidend davon abhängt, wie eine Person vor dem Hintergrund ihres Bezugsrahmens Lebenserfahrungen interpretiert und Fragen der Bedeutung, des Zwecks, der Stimmigkeit und der Richtung des eigenen Lebens retrospektiv bewertet. Der Mensch sei immer subjektiv erlebend, intendierend und handelnd auf die Welt ausgerichtet (vgl. ANTONOVSKY 1997, 50; STRAUS 1930, 67). Erfahrungen würden von ihm emotional und kognitiv danach beurteilt werden, inwiefern sie mit seinen jeweiligen Bedürfnissen und Zielen übereinstimmen (vgl. ebd.).

Der Prozess dieser Interpretation wird von beiden Autoren unterschiedlich beleuchtet. Während Straus sich vornehmlich auf Faktoren konzentriert, die die unmittelbare Interaktion zwischen Individuum und Umwelt betreffen, richtet Antonovsky seine Aufmerksamkeit besonders auf Mechanismen der Selbstorganisation und -regulation. Bewertet Straus eher emotionsbezogen, ist Antonovsky mehr kognitiv orientiert.

Für Straus bestimmt sich Gesundheit insbesondere aus der Art und Weise der sozialen Beziehungsaufnahme. Hierin eingeschlossen sind für ihn sowohl bestimmte physiologische Reaktionen und Verhaltensweisen (z.B. Erblassen, Erröten, Räuspern, Hüsteln, Gähnen) als auch die „leibhaftige Sprache“ (vgl. STRAUS 1949a, 45ff.). Interaktion umfasst ihm zufolge sowohl emotionale als auch kognitive Elemente. Um

Kommunikation mit seiner Umwelt realisieren zu können, muss der Mensch seiner Ansicht nach über gewisse Grundkompetenzen verfügen. Diese sind im Einzelnen⁷⁸:

1. Die Fähigkeit zur sprachlichen oder nichtsprachlichen Kommunikation: Damit bezeichnet Straus (minimale) Kompetenzen, die für einen Austausch mit anderen Menschen benötigt werden (vgl. STRAUS 1935).
2. Die Fähigkeit zur Wahrnehmung: Diese Fähigkeit bezieht sich auf die Möglichkeit, Signale aus der Außenwelt (exterozeptiv) oder vom eigenen Leib (propriozeptiv) erfassen zu können (vgl. ebd.).
3. Die Fähigkeit zur Bewegung: Diese Dimension beschreibt die Möglichkeit, kinästhetisch mit der Umwelt in Interaktion treten zu können (vgl. STRAUS 1926a, 10 ff.).
4. Die Fähigkeit zum Werten: Diese Anlage ist für Straus die eigentliche kognitive Voraussetzung, äußeren Ereignissen aktiv begegnen zu können (vgl. STRAUS 1953, 140).

Kann der Mensch diese Fähigkeiten in der Kontaktgestaltung mit der Umwelt umsetzen, dann ist er für Straus gesund.

Bei Antonovsky ist die Ebene der Interaktion nicht so entscheidend. Für ihn ist es hauptsächlich die kognitive Beurteilung einer Situation im Hinblick auf aktivierte Ziele, die das (momentane) emotionale Erleben maßgeblich beeinflusst. Die Aussage „unser Leben ist reichlich mit Reizen gefüllt, auf die wir keine automatischen, angemessenen adaptiven Antworten haben und auf die wir dennoch reagieren müssen“ spricht gezielt diesen Aspekt der Emotionsregulation an (vgl. ANTONOVSKY 1997, 124).

Es sei wichtig, dass das Individuum immer dann, wenn es Bewertungen vornehme, für sich die Fähigkeit besitze, Spannungen lösen zu können (vgl. ebd.). Spannungen entständen immer dann, wenn instrumentelle oder emotionsregulierende Probleme aufträten (vgl. ebd.). Häufig seien sie mit der Erkenntnis verbunden, dass ein bestimmtes (individuelles) Bedürfnis unerfüllt sei. Aufgrund dessen sei das Gleichgewicht der Person gestört und Emotionsregulation gefordert. Ständen einem Menschen in solch einer Situation genügend ‚Coping-Strategien‘ und ‚Widerstandsressourcen‘ zur Verfügung, sei er in der Lage, Unsicherheiten abzubauen und Sicherheiten aufzubauen. Das ver helfe ihm dazu, ein positives Selbstwerterleben

⁷⁸ Von der Verf. wird kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben. Vgl. Kap. 4.3..

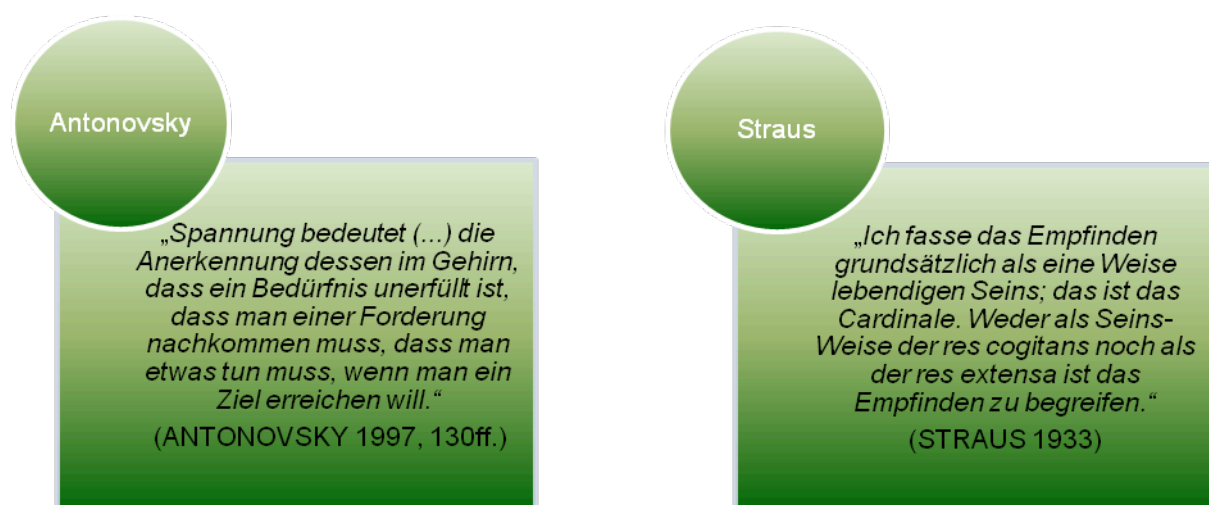
zu entwickeln (vgl. ebd.). Positives Selbstwelterleben ist für den Soziologen wiederum der entscheidende Prädiktor von Gesundheit (vgl. ANTONOVSKY 1985, 273 ff).

Nach seiner Auffassung spielen individuelle Zukunftserwartungen im Zusammenhang mit emotionaler Regulation eine wichtige Rolle. Erscheint dem Menschen die Zukunftsperspektive, ein bestimmtes Problem alsbald gelöst zu haben, lohnenswert, dann wird er weniger Spannungen verspüren und auch eventuelle Stressgefühle nicht mehr zwangsläufig als negativ bewerten. Die Vorwegnahme positiver Vorstellungen von einer gelungenen Problemlösung führe einerseits zu einer Verminderung der erlebten Spannungen an sich (vgl. ANTONOVSKY 1993b, 725ff.). Andererseits würden unter der Berücksichtigung individueller Fähigkeiten und Fertigkeiten positive Selbstwertgefühle bestärkt (vgl. ebd.).

An dieser Stelle lässt sich festhalten: Für beide Autoren ist Gesundheit eng geknüpft an die Befriedigung individueller Bedürfnisse. Bei ihrer Regulierung sieht Straus eher intersubjektive Elemente beteiligt, wohingegen bei Antonovsky der Prozess der instrumentellen Einschätzung durch das Individuum selbst im Vordergrund steht.

Antonovsky nimmt bei der Analyse von Bewertungsprozessen in erster Linie kognitive Verarbeitungsprozesse an. Emotionen und Gefühle entstehen seiner Ansicht nach erst sekundär (vgl. ANTONOVSKY 1997, 137).

Das ist bei Straus anders: Er stellt eindrücklich heraus, dass Emotionen bzw. Empfindungen kognitiven Verarbeitungsprozessen vorausgehen und dass sie hierdurch die Verhaltenssteuerung entscheidend mitbestimmen:



Für beide Wissenschaftler hat Gesundheit viel zu tun mit Selbstentfaltung bzw. Selbstverwirklichung des Menschen. Antonovsky spricht in diesem Zusammenhang von der „Entwicklung eines positiven Selbstwertgefühls“ (ANTONOVSKY 1997, 40), Straus von der „Entfaltung individueller Bedeutsamkeit“ (STRAUS 1930, 34). Damit beziehen sie sich auf einen Entwicklungsprozess, den der Psychiater **Thomas Fuchs** folgendermaßen beschreibt:

Wir alle leben koexistierend in Umweltbeziehungen und sind daher bestrebt, in unserer Umwelt etwas zu bewirken und für unser Handeln, für unsere Wirksamkeit gegenüber unseren Mitmenschen wahrgenommen und geachtet zu werden. Dabei erfährt sich der Mensch als wirksam im Umgang mit unbelebten Dingen und mit belebten Wesen. In der Interaktion werden die persönlichen Konstrukte durch reale Erfahrungen überprüft, das Ich wird in seinen Funktionen des Wahrnehmens, des Denkens, des Fühlens, auch der Realitätsprüfung bestärkt. Eine der wesentlichen Ich-Leistungen ist daher die Ausbildung der Identität, die aus stabil gewordenen Konzepten des Ich über das Selbst erwächst. Ein positives Selbstwertgefühl kann sich nur entwickeln und erhalten, so lange sich ein Mensch im jeweiligen Kontext angenommen und gebraucht fühlt, so lange er Aufgaben findet, in welchen er Bestätigung erhält und somit sein Leben als sinnvoll erfährt.⁷⁹

Antonovsky und Straus sind sich darüber einig, dass die eigentliche Arbeit der Lebensgestaltung nur auf dem Hintergrund einer solchen Grundhaltung aufbauen kann:



Antonovsky nähert sich der Frage nach dem Sinn- und Bedeutungserleben vor allem von einer außengeleiteten Perspektive. Entscheidend ist für ihn, dass der Mensch an Entscheidungsprozessen teilnimmt, die sozial bedeutsam und anerkannt sind (vgl. ANTONOVSKY 1991a, 67 ff.). Menschen, die in einem sozialen Kontext die Erfahrung der Bedeutsamkeit machen könnten, die Sinn fänden in der Erfüllung ihrer Aufgaben,

⁷⁹ Das Zitat wurde einem Interviewgespräch mit Thomas Fuchs entnommen, welches d. Verf. am 10.12.2003 durchgeführt hat (vgl. Kapitel 2).

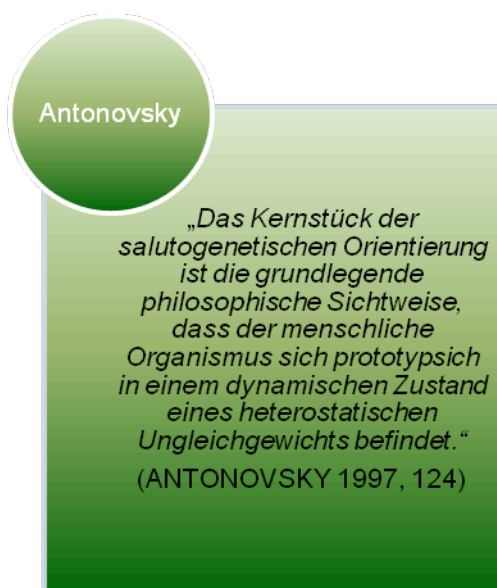
würden über deutlich mehr ‚generalisierte Widerstandsressourcen‘ verfügen als Menschen, die sozial abgekapselt seien (vgl. ebd., 72).

Straus nähert sich der Frage nach dem Sinn- und Bedeutungserleben eher von einer innengeleiteten Perspektive (vgl. STRAUS 1930). Bei ihm werden Identität und Lebensgefühl vor allem durch Selbstwahrnehmung und Selbstbewertung bestimmt. Der Fokus liegt auf Bereichen wie:

- der Beschäftigung mit individuellen Lebenszielen (vgl. STRAUS 1926a),
- dem Lebenssinn allgemein (vgl. STRAUS 1930),
- der Beschäftigung mit Selbstachtung und Ansehen (wie sehe ich mich selbst und wie sehen mich die anderen) (vgl. Straus 1953),
- der Beschäftigung mit Leiblichkeit als der tragenden Säule von Selbstverwirklichung (vgl. Straus 1949a),
- der Beschäftigung mit Werten und Werthaltungen, zu denen sich der Mensch verantwortungsbewusst bekennt, die Sinnbezüge darstellen, mit denen er sich identifizieren kann und mit denen er identifiziert wird (vgl. Straus 1963).

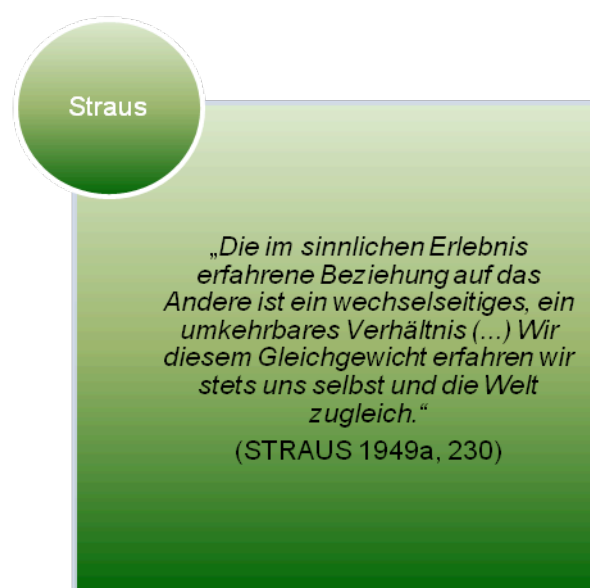
Erst an zweiter Stelle ist die ‚Selbstwerdung‘ des Menschen für Straus außengeleitet und wird über die Perspektive des sozialen Miteinanders verstanden (vgl. ebd.).

Der größte Unterschied zwischen Antonovsky und Straus liegt nach Ansicht der Autorin in der Funktion, die sie Gesundheit jeweils zuschreiben. Bei Straus steht sie eindeutig im Dienste der Homöostase, während sie bei Antonovsky vor allem dazu da ist, mit dem Zustand der Heterostase besser umzugehen:



Antonovsky

„Das Kernstück der salutogenetischen Orientierung ist die grundlegende philosophische Sichtweise, dass der menschliche Organismus sich prototypisch in einem dynamischen Zustand eines heterostatischen Ungleichgewichts befindet.“
(ANTONOVSKY 1997, 124)



Straus

„Die im sinnlichen Erlebnis erfahrene Beziehung auf das Andere ist ein wechselseitiges, ein umkehrbares Verhältnis (...) Wir diesem Gleichgewicht erfahren wir stets uns selbst und die Welt zugleich.“
(STRAUS 1949a, 230)

Straus steht damit eindeutig in der Tradition der pathogenetisch orientierten Forschungsrichtung. Sein Verständnis von Gesundheit ist verbunden mit Gleichgewicht und Harmonie des Menschen in Bezug auf sich selbst und in Bezug auf seine Umwelt. Gesundheit repräsentiert in erster Linie innere Ordnung und Ausgeglichenheit (vgl. STRAUS 1949a)

Antonovsky's Ansatzpunkt ist vollkommen anders: Für ihn kreiert sich Gesundheit als ein autopoetischer konstruktiver Prozess von Selbstorganisation und Selbsterneuerung (vgl. LORENZ 2004, 34). Sie sei geknüpft an die Fähigkeit des Menschen, sein eigenes Handeln und seine Physiologie zu regulieren, wobei der Informationsaustausch auf allen Organisationsebenen stattfinden würde (vgl. ANTONOVSKY 1997, 60). Stressreiche, belastende Umstände seien nicht zu vermeiden, sondern müssten bewältigt oder gelöst werden. Diese Notwendigkeit bestände für jeden Menschen bis zum Eintritt seines Todes (vgl. ebd.). Sei die Spannungsbewältigung nicht erfolgreich, rücke das Individuum am Gesundheitskontinuum näher zum sogenannten ‚Disease-Pol‘. Im umgekehrten Fall sei es in seinem Selbsterleben gestärkt und damit wiederum dem ‚Ease-Pol‘ näher. (vgl. ANTONOVSKY 1986, 219 ff.).

Die Frage nach dem ‚ease‘, dem Wohlbefinden einer Person, steht für den Soziologen immer im Vordergrund. Sein oberstes Ziel ist es, jedem einzelnen Menschen das nötige Wissen und Werkzeug zu geben, um selbst einen positiven Einfluss auf seine Gesundheit auszuüben.

Beide Autoren haben sich die Frage gestellt, ob es biophysiological und psychosoziale Faktoren, Schutzmechanismen oder höhergradige Schutzsysteme gibt, die Gesundheit erhalten und garantieren (vgl. ANTONOVSKY 1997, 40ff., STRAUS 1926a).

Antonovsky unterscheidet hierbei explizit zwischen internen oder individuellen und externen Ressourcen. Interne Ressourcen sind für ihn auf der affektiven, kognitiven und behavioralen Ebene angesiedelt, wohingegen externe Ressourcen vornehmlich die sozialen Handlungsmöglichkeiten einer Person betreffen (vgl. ebd.).

Bei Straus taucht der Begriff ‚Ressourcen‘ nicht auf, dennoch beschreibt er zahlreiche Eigenschaften, die durchaus als ‚interne Ressourcen‘ bezeichnet werden können. Eine wichtige interne Ressource ist zum Beispiel die Fähigkeit, eine individuelle Vorstellung von Gesundheit zu entwickeln, die an jeweilige Rahmenbedingungen (körperlicher, seelischer oder sozialer Art) angepasst werden kann (vgl. STRAUS 1935, 35): Straus

bezeichnet diesen Prozess auch als „Werden des Menschen zur Person“ (vgl. ebd.). Gesund sei ein Mensch dann, wenn er in diesem Entwicklungsprozess neue Möglichkeiten entdecke, mit denen er der Welt zukünftig begegnen könne. Straus' Vorstellung bezieht sich auf körperliche, seelische, soziale und auf geistige Bereiche der Existenz. Wer bei guter Gesundheit sei, könne erkranken, genesen und stände dann womöglich vor der Herausforderung, die nächste schwierigere Krankheit zu bewältigen (vgl. STRAUS 1926a, 30ff.).

Grundsätzlich bleibt Straus in seinen Überlegungen der Pathogenese treu, wobei er sowohl die ‚*kausale Pathogenese*‘⁸⁰ als auch die ‚*formale Pathogenese*‘⁸¹ berücksichtigt (vgl. STRAUS 1935; 1949a; 1974). Sein Modell ist in erster Linie narrativ⁸² konzipiert und kurativ ausgerichtet. Die entwicklungspsychologische Lebensgeschichte des Individuums wird auf das unmittelbare und aktuelle Verhältnis zu seiner Umwelt bezogen. Eine gelingende Behandlung verlange nicht nur von den Hilfesuchenden die Orientierung auf Lebensmöglichkeiten und Offenheit in der Situation, sondern auch von den Therapeuten (vgl. STRAUS 1963, 990 ff.). Notwendig sei daher ein differenzierter, subtiler und kreativer wechselseitiger Umgang (vgl. ebd.).

Im Gegensatz dazu konzentriert sich Antonovsky vor allem auf protektive Faktoren, die bei der Gesundheitsentstehung und -aufrechterhaltung eine Rolle spielen. Sein oberstes Ziel ist die Konzeption eines allgemein gesundheitsfördernden Gesamtkonzeptes, das sowohl kurativ als auch präventiv wirksam sein soll (vgl. BLÄTTNER 2007). Er konzentriert sich darauf, eine Form von Gesundheitsförderung⁸³

⁸⁰ Die **kausale Pathogenese** beschäftigt sich hauptsächlich mit der Veranlagung eines Individuums zu erkranken (vgl. ROTHSCUH 1975).

⁸¹ Die **formale Pathogenese** beschäftigt sich insbesondere mit den funktionellen und strukturellen Krankheitsprozessen im Individuum (vgl. ROTHSCUH 1975).

⁸² **Narrative Psychologie** ist ein Ansatz innerhalb der Psychologie, der sich spezifisch auf die geisteswissenschaftlichen Wurzeln der Psychologie stützt. Narrative Psychologie geht davon aus, dass Menschen ihrem Leben Sinn und Bedeutung verleihen, indem sie Erlebnisse in Form von Geschichten und Erzählungen wiedergeben. Einzelne Lebensereignisse werden so nicht als per se verbunden betrachtet, diese Verbindungen und Folgerichtigkeiten werden vielmehr erst im Prozess der Narrativierung vom Subjekt erschaffen. Ein besonders hohes Interesse innerhalb der Narrativen Psychologie gilt daher Erzählungen des Menschen über sich selbst, also der Konstruktion des Selbst bzw. der eigenen Identität (vgl. KRAUS 1998).

⁸³ Unter **Gesundheitsförderung** oder auch Stärkung der Gesundheitsressourcen versteht man Maßnahmen, die gesundheitlich abträgliche Verhaltensweisen generell abbauen helfen, die Gesundheitskompetenz des Einzelnen fördern sowie zur Verbesserung von gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen beitragen. Gesundheitsförderung gilt als wichtiger Bestandteil und Querschnittsaspekt einer modernen Gesundheitssicherung (vgl. ROSENBROCK 2004).

zu entwickeln, die unabhängig vom Krankheitsstatus eines Menschen wirksam ist (vgl. ebd.).

Vor diesem Hintergrund werden vor allem Bereiche der Prävention⁸⁴ als gesundheitsrelevant thematisiert und diskutiert, wobei in erster Linie der tertiäre Präventionsprozess angesprochen wird (vgl. ANTONOVSKY 1993c, 969ff.; BLÄTTNER 2007, 70). Gesundheitsbildung und -erhaltung sind für den Soziologen positiv formulierte Ziele. Seiner Ansicht nach ist jeder Mensch in der Lage, sich gesundheitsförderlich zu verhalten, wenn er dazu motiviert ist. Ein Patient solle daher nicht nur die ihm medizinisch vorgeschriebenen Therapien und Maßnahmen befolgen (Compliance), sondern die Verantwortung für seine Krankheit selbst übernehmen (vgl. ANTONOVSKY 1993c, 969ff.). Er soll selbst beschließen, welche Rehabilitation für ihn die geeignetste ist. Das Salutogenesemodell ist auf der Geschichte des Patienten (also narrativ) aufgebaut und auf Faktoren des Copings (im Sinne von Ressourcenaktivierung) ausgerichtet.

Die Unterschiede zwischen beiden Wissenschaftlern lassen sich in den kommenden Punkten zusammenfassen:

⁸⁴ **Prävention** bezeichnet die gezielte Verhütung von bestimmten Krankheiten und ihren Folgen. Die primäre Prävention (Vorbeugung, Risikoschutz) umfasst Maßnahmen, die das erstmalige Auftreten einer Erkrankung verhindern oder verzögern. Primäre Prävention richtet sich an die (noch) Gesunden. Sie setzt an spezifischen Risikofaktoren oder Kofaktoren von Erkrankungen an und kann sich sowohl auf das Verhalten von Individuen und Gruppen (Verhaltensprävention) als auch auf die biologische, technische und soziale Umwelt beziehen (Verhältnisprävention). Die sekundäre Prävention (Früherkennung) dient der möglichst frühzeitigen Erkennung und Therapie einer bestehenden Erkrankung. Dadurch soll ihr Fortschreiten bereits im Anfangsstadium gestoppt werden. Die tertiäre Prävention (Rehabilitation) soll nach dem Eintreten einer Krankheit eventuelle Funktionseinbußen und Folgeerkrankungen verhindern und eine möglichst hohe Lebensqualität wieder herstellen (vgl. ROSENBROCK 2004).



Abb. 14: Konzeptuelle Unterschiede bei Antonovsky und Straus.
(Erstellt von d. Verf. in Anlehnung an die angeführte Primärliteratur).

6 ANTONOVSKYS IMPLIKATIONEN FÜR DIE HEUTIGE PSYCHIATRIE UND PSYCHOSOMATIK

Salutogenese als ein Phänomen des Zeitgeistes? Dreißig Jahre sind vergangen, seit Antonovsky in ‚Health, stress and coping: New perspectives on mental and physical well-being‘ (1979) mit seinem Konzept erstmals an die Öffentlichkeit getreten ist. In seiner Theorie hatte er Ansätze, Gedanken und politische Strömungen der 1970er und 1980er Jahre aufgegriffen und gebündelt (vgl. NOVAK 1998, 27). Dabei reflektierte er die in der damaligen Zeit aktuellen Stressmodelle und die Auseinandersetzung mit dem bio-psychozialen Modell von Gesundheit und Krankheit, wie es Engel bereits im Jahre 1977 formuliert hatte.⁸⁵

In Deutschland wurde das Konzept zu einer Zeit aufgegriffen, als sich in der Psychologie die Fachgruppe Gesundheitspsychologie⁸⁶ gründete und als die Gesundheitswissenschaften / Public Health ihren Aufschwung erlebten (vgl. ebd.).⁸⁷ Damals empfanden viele WissenschaftlerInnen den Perspektivwechsel von der Pathogenese zur Salutogenese als sehr anregend (vgl. ebd.).

Attraktivität besaß das Konstrukt unter anderem deshalb, weil es sowohl in sozialer und psychologischer als auch in medizinischer Richtung anschlussfähig war. Auch heute eignet sich die Theorie gut, um in multidisziplinären Diskussionszusammenhängen und Projekten eine gemeinsame Basis zu schaffen und auf diese Weise die oft vielschichtige Bearbeitung sozial, psychologisch und medizinisch relevanter

⁸⁵ S. Kap. 3.2..

⁸⁶ Die Fachgruppe Gesundheitspsychologie wurde 1992 gegründet. Im Juni 2008 zählte sie 220 Mitglieder. Die Fachgruppe Gesundheitspsychologie pflegt zahlreiche internationale Kontakte und ist dadurch eng verflochten mit der World Health Organization (WHO), der International Association of Applied Psychology (IAAP) sowie der Division 38 der American Psychological Association (APA). Viele Mitglieder gehören zugleich der European Health Psychology Society (EHPS) an und finden dort zahlreiche Gelegenheiten für länderübergreifende Arbeitsvorhaben und gemeinsame Forschungsinteressen (Website der Fachgruppe Gesundheitspsychologie. URL: http://www.gesundheitspsychologie.net/index.php?option=com_content&view=article&id=44&Itemid=63, Stand 01.06.2009).

⁸⁷ Inzwischen bieten viele gesetzliche Krankenkassen bereits gesundheitsfördernde Maßnahmen als festen Bestandteil ihres Leistungskataloges an. Eine Teilnahme daran wird zum Teil durch Geschenke oder Prämien nachlässe belohnt (vgl. GLAZINSKI 2007, 134).

Fragestellungen zu erleichtern. Weil das Konzept viele Variablen berücksichtigt, kann man es in verschiedene Bereiche integrieren. Aus diesem Grunde bescheinigt ihm auch eine im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung erstellte Expertise, dass es „einem komplexen, meta-theoretischen und heuristischen Prozeßmodell (...) [entspricht; Einfügung d. Verf.], d.h., es bietet sich als Orientierungsrahmen an, der komplexe Zusammenhänge ordnen und veranschaulichen kann“ (BENGEL et al. 2001, 89).

6.1. Salutogenese im Bereich praktischer Gesundheitsförderung

Die Suche nach salutogenen Faktoren hat in der Psychiatrie und Psychosomatik den Blick auf die Dynamik seelischer Prozesse wesentlich erweitert. Innerhalb dieser Fachdisziplinen ist Salutogenese inzwischen für die Bereiche Gesundheitsförderung, Prävention, Psychotherapie, Psychosomatik und gesundheitliche Rehabilitationsmaßnahmen erschlossen (vgl. BERGER 2003, 16ff.). Genutzt wird sie zum Beispiel bei der Behandlung von Patienten mit Schizophrenien und Abhängigkeitserkrankungen sowie zur Gewaltprävention in der forensischen Psychiatrie (vgl. ebd.). Interessant ist sie auch für den Bereich der praktischen Gesundheitsförderung, denn dort wird der Blick auf protektive Faktoren zunehmend bedeutsam (vgl. ebd.).

Woran liegt das wachsende Interesse an Antonovsky's Konzept? Seelische Krankheiten bestimmen in zunehmendem Maße das Schicksal einer großen Anzahl von Menschen und werden so zu einer wachsenden Herausforderung für die Gesellschaft und das Gesundheitswesen. Ihr Anteil an allen Erkrankungen belief sich im Jahre 1990 bezogen auf die hierdurch ausgelöste und in Lebensjahren berechnete Arbeitsunfähigkeit auf 11% und wird voraussichtlich im Jahre 2020 auf 15% angestiegen sein (vgl. WHO 2001, 26). Panik- und Zwangsstörungen, depressive Störungen, Alkohol- und Drogenabhängigkeit, bipolare affektive Störungen sowie die Schizophrenie zählen zu den zwanzig häufigsten Ursachen für die gesundheitlichen Beeinträchtigungen aller 15-44 Jahre alten Menschen (vgl. ebd., 27). In Europa war 1998 unter den 15 bis 34-Jährigen Suizid die zweihäufigste Todesursache (vgl. ebd., 39).

Allen genannten Störungen ist gemeinsam, dass sie auf multifaktoriellen Wirkketten beruhen und daher auf mehreren Ebenen interveniert werden muss. Ausschließlich kurativ (d.h. pathogenetisch) orientierte psychiatrische Konzepte greifen hierbei zu kurz (vgl. BERGER 2003, 14ff.). Interventionen, welche erst dann einsetzen, wenn eine

definierte seelische Störung besteht, kommen häufig zu spät und vermögen nur Teilaspekte der Störung zu beeinflussen, wenn sie sich auf die reine Kuration beschränken. Sinnvoller erscheint daher die Entwicklung von Konzepten, welche auf eine Förderung von seelischer Gesundheit und die Verhütung von seelischer Krankheit abzielen.

Es ist bereits erwähnt worden, dass die Weltgesundheitsorganisation in der Ottawa Charter⁸⁸ und der Erklärung von Alma Ata⁸⁹ das Konzept Antonovsky's aufgegriffen hat. Damit wollte sie die nationalen Gesundheitsdienste dazu aufzufordern, sich an einem umfassenden Gesundheitsverständnis zu orientieren, das Gesundheit nicht nur als Abwesenheit von Krankheit versteht. Wegen der spezifischen Problemstellungen an das psychiatrische Versorgungssystem ist 1998 unter dem Dach der WHO das sogenannte ‚Task Force on Health Promoting Psychiatric Services‘ (TFHPPS) gegründet worden, ein Netzwerk, das inzwischen über 100 Mitgliedsinstitutionen umfasst (vgl. BERGER et al. 2007, 52ff.). Aus dieser Kooperation sind mittlerweile Leitlinien für die Gesundheitsförderung in psychiatrischen Diensten entstanden. Außerdem wurden zahlreiche Modelle für eine gute Praxis der Gesundheitsförderung in der psychiatrischen Versorgung entwickelt (vgl. ebd.).

Gesundheitsförderung beschreibt den Prozess, „allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen (...) [um damit; Einfügung d. Verf.] zur Stärkung ihrer Gesundheit beizutragen“ (vgl. BENGEL et al. 2001, 15). Ziele von Gesundheitsförderung sind:

- Stärkung der Selbstbefähigung („Empowerment“⁹⁰);
- Förderung der aktiven Partizipation („Shared decision making“⁹²);

⁸⁸ Vgl. First International Conference on Health Promotion (1986): Ottawa Charter for Health Promotion. Charter adopted at an international conference on health promotion. The move towards a new public health, November 1986, Ottawa, Ontario, Canada, WHO/HPR/HEP/95.1. URL: www.who.int/hpr/NPH/, Stand 01.06.2009.

⁸⁹ Vgl. International Conference on Primary Health Care (1978): Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. URL:www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf, Stand 01.06.2009.

⁹⁰ ‚**Empowerment**‘ beschreibt Folgendes: Jeder Patient soll umfassend Zugang zu Informationen über seine Krankheit und deren Behandlungsmöglichkeiten bekommen. Er soll über Wahlmöglichkeiten verfügen, seine eigenen Bedürfnisse zu formulieren und umzusetzen. Empowerment formuliert einen Prozess von Selbstkontrolle und Einflussnahme auf die Lebensumwelt (vgl. BERGER et al. 2003, 20).

⁹² ‚**Shared Decision Making**‘ bezeichnet eine Form der Arzt-Patient-Kommunikation, die auf Interaktion basiert und zum Ziel hat, den Wunsch des Patienten nach Beteiligung an Entscheidungen über sein

- Förderung der Selbstwirksamkeit („Self Efficacy“⁹⁴);
- Förderung des Kohärenzsinnes („Sense of Coherence“⁹⁶);
- Stärkung der Widerstandskraft („Resilience“⁹⁸).

Die Leitlinien der TFHPPS umfassen acht Themenschwerpunkte:¹⁰⁰

1. Gesundheitsförderung betrachtet den einzelnen Menschen in der Gesamtheit seiner Lebensbezüge.
2. Gesundheitsförderung basiert auf einem ganzheitlichen Konzept von Gesundheit und Krankheit.
3. Gesundheitsförderung unterstützt und verstärkt die vorhandenen Ressourcen.
4. Gesundheitsförderung fördert die aktive Partizipation und Verantwortlichkeit für die eigene Gesundheit von Patienten und deren Angehörigen.
5. Gesundheitsförderung richtet ihre Aktivitäten an menschlicher Würde, Gleichheit und Solidarität unter Berücksichtigung der spezifischen Bedürfnisse von Gruppen unterschiedlicher kultureller Herkunft innerhalb der Gesellschaft aus.
6. Gesundheitsförderung richtet ihr Handeln auf das Wohlbefinden der Patienten, ihrer Familien und der Mitarbeiter aus.
7. Gesundheitsförderung fördert gesunde Arbeitsbedingungen für die Mitarbeiter in psychiatrischen Diensten.
8. Gesundheitsförderung hat die Gesamtheit der Gesundheitsdienste im Blick und fördert die Kommunikation und Kooperation aller Dienste, die im Bereich seelischer Gesundheit und psychiatrischer Behandlung aktiv sind.

Umgesetzt werden diese Leitlinien mittlerweile in mehr als 137 Projekten. Seit 1998 finden jährlich die europäischen „Health-Promoting-Hospital-Konferenzen“¹⁰¹ statt, wo

Gesundheitsproblem zu realisieren. Arzt und Patient kommunizieren auf einer partnerschaftlichen Ebene über die objektiven und subjektiven Aspekte einer anstehenden Entscheidung zwischen zwei oder mehr Optionen. Der Patient klärt dabei den Arzt über seine subjektiven behandlungsrelevanten Bedürfnisse und Präferenzen auf und spielt dabei eine aktive Rolle im Entscheidungsprozess aber auch in allen weiteren Abschnitten der Therapie. Das Modell ist derzeit das am weitesten entwickelte und operationalisierte Konzept der Patientenbeteiligung (vgl. SCHEIBLER 2004, 20ff.).

⁹⁴ Vgl. Kap. 3.3.3..

⁹⁶ Vgl. Kap. 3.2.6.2..

⁹⁸ Vgl. Kap. 3.3.6..

¹⁰⁰ Vgl. Task Force on Health Promoting Psychiatric Services (2009). URL: www.hpps.net. Stand 01.06.2009.

die Konzepte erörtert und diskutiert werden (vgl. BERGER et al. 2007, 53ff.). Auf Patientenebene sind auf diese Weise bereits zahlreiche Projekte zur Psychoedukation, zur Arbeitsvermittlung, zur Frühprävention depressiver Störungen und suizidalem Verhalten sowie zur Beratung von Familien mit hohen gesundheitlichen Risiken entstanden (vgl. ebd.). Auf Ebene der Mitarbeiter psychiatrischer Dienste wurden Projekte zur Verhütung von und zum Umgang mit gewalttätigem Verhalten, zur Verhütung und Vorbeugung von Burn-out und zur Verbesserung der Gesundheit am Arbeitsplatz entwickelt (vgl. ebd.). Auf Gemeindeebene bildeten sich unter anderem Modellprojekte zur Verknüpfung psychiatrischer Dienste mit allgemeinen Gesundheitsdiensten und Projekte zur Unterstützung von Patientenselbsthilfeinitiativen (vgl. ebd.).

Außerdem ist die TFHPPS Mitglied der EU-Projekte ‚Implementation of Mental Health Promotion Action Plan‘¹⁰² (IMHPA), ‚European Implementation of Mental Health Promotion‘¹⁰³ (EMIP) sowie der ‚Mental Health Working Group‘¹⁰⁴ (MHWG). Alle drei von der EU finanzierten Projekte befassen sich mit der Implementation von Gesundheitsförderung und Prävention seelischer Krankheiten in Europa. Aus diesen Arbeitsgruppen heraus sind einerseits Leitlinien¹⁰⁵ zur seelischen Gesundheitsförderung und Verhütung seelischer Krankheiten entstanden sowie andererseits das so genannte Grünbuch¹⁰⁶ der EU, in dem – ebenso wie in der europäischen Erklärung und in dem europäischen Aktionsplan der EU-Gesundheitsministerkonferenz¹⁰⁷ – Strategien zur

¹⁰¹ Vgl. WHO Collaborating Centre for Health Promotion in Hospitals and Health Care (2009), URL: www.hph-hc.cc. Stand 01.06.2009.

¹⁰² Vgl. IMHPA (2009) Implementing Mental Health Promotion Action. URL: www.imhpa.net. Stand 01.06.2009.

¹⁰³ Vgl. World Health Organization Regional Office for Europe (2006). URL: www.euro.who.int. Stand 01.06.2009.

¹⁰⁴ Vgl. Support Projects promoting the EU Mental Health Agenda (2009). URL: www.supportproject.eu/newshome.htm. Stand 01.06.2009.

¹⁰⁵ Vgl. IMHPA(2009) Implementing Mental Health Promotion Action. URL: www.imhpa.net. Stand 01.06.2009.

¹⁰⁶ Vgl. Kommission der europäischen Gemeinschaften (2005): Grünbuch: Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern – Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der europäischen Union. Europäische Gemeinschaften. Brüssel.

¹⁰⁷ Vgl. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2009) URL: www.emip.baua.de. Stand 01.06.2009.

Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union formuliert sind (vgl. ebd.).

Neben der gesundheitspolitischen Bewegung hat Antonovskys Salutogenesemodell auch die Entwicklung von Wissenschaft und Forschung beeinflusst.

6.2. Salutogenese im Bereich klinischer und experimenteller Forschung

Verschiedene Forschungsbereiche aus der Psychiatrie und Psychosomatik setzen sich mit der Fragestellung ‚Was schützt Gesundheit?‘ auseinander. Entsprechend breit ist die aktuelle Inanspruchnahme salutogenetischer Perspektiven: Von der Suizidprävention (vgl. BRÜNDEL 2004) zur Identitätsforschung (vgl. HÖFER 2000), von der Suchtforschung (vgl. WELBRINK, FRANKE 2006) zur Familientherapie (vgl. HANSSON, CEDERBLAD 2004), von der Frage nach der Stressresistenz von Seelsorgern (vgl. JACOBS 2000) bis zum Einsatz bei chronischem Tinnitus (vgl. ROSS 2000) ist das Konzept vielfältig anwendbar. Im Zentrum des Forschungsinteresses steht – zumindest im deutschsprachigen Raum – meist die Auseinandersetzung mit dem Kohärenzgefühl (vgl. BENGEL et al. 2001).

Einen kleinen Eindruck über die vielfältigen Anwendungsmöglichkeiten vermittelt folgender Überblick:¹⁰⁸

6.2.1. Entwicklungspsychologie

In der modernen Entwicklungspsychologie wird zunehmend der Frage nachgegangen, inwieweit das Subjekt eigentlich Gestalter seiner eigenen Entwicklung ist, ein Fokus, der zur Beachtung individueller wie sozialer Ressourcen führt (vgl. WERNER, SCHMITH 1982). Die Resilienzforschung¹⁰⁹ prüft beispielsweise unter dem Aspekt: ‚Was hilft Kindern, auch schwierige Zeiten und Bedingungen ohne Schäden zu überstehen?‘ Faktoren, die es Jungen und Mädchen ermöglichen, den Widrigkeiten spezifischer Verhältnisse zu trotzen. In zahlreichen empirischen Studien zu Ursprüngen seelischer Gesundheit und in Longitudinalstudien zur differentiellen Persönlichkeitsentwicklung wurden bisher,

¹⁰⁸ D. Verf. erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Stattdessen weist sie darauf hin, dass in den nachfolgenden Erörterungen aus überaus komplexen medizinischen, psychologischen und sozialen Zusammenhängen nur einige Aspekte herausgegriffen werden konnten, um den generellen Sachverhalt zu illustrieren.

¹⁰⁹ Zum Begriff der Resilienz s. Kap. 3.3.6..

hauptsächlich mit dem Schwerpunkt auf frühkindliche Erfahrungen und unter dem Gesichtspunkt prognostischer Bedeutung konkrete Gruppen von Kindern und teilweise deren Familien untersucht (vgl. GÖPPEL 1997). Großes Aufsehen erregte in diesem Zusammenhang die bereits an anderer Stelle erwähnte ‚Kauai-Studie‘ von **Emmi E. Werner**, bei der in einer Längsschnittuntersuchung 698 Kinder über einen Zeitraum von mehr als 30 Jahren wissenschaftlich begleitet worden sind. Die Studie ist ein Beispiel dafür, dass die Forschung in diesem Bereich sehr umfangreich und zeitintensiv ist.¹¹⁰

Bisher geben die Ergebnisse solcher Untersuchungen noch wenig Auskunft über die eigentliche Ursache für individuell unterschiedliche Entwicklungen (vgl. BARTMANN 2004, 247). Stattdessen identifizieren sie vornehmlich einzelne Faktoren¹¹¹. Diese Einflussgrößen werden auch als Schutzfaktoren bezeichnet und sind sowohl in dem sozialen Umfeld¹¹² als auch in der jeweiligen Persönlichkeit des Einzelnen¹¹³ zu suchen (vgl. ebd.). Das Ziel künftiger Forschungen soll sein, neben Untersuchungen zur Ätiologie spezifische Trainingsprogramme zu entwickeln, die zur Förderung salutogener Fertigkeiten auf individueller Ebene¹¹⁴ und auf der Beziehungsebene¹¹⁵ eingesetzt werden können.

¹¹⁰ Vgl. Kap. 3.3.6..

¹¹¹ In der ‚**Kauai-Studie**‘ waren dies beispielsweise einerseits Fakten wie Familiengröße oder die Rangfolge der Geburt in Bezug zu den Geschwistern, aber andererseits auch Einzelaspekte, wie die Bindung an eine Bezugsperson und Persönlichkeitsmerkmale wie Ausgeglichenheit oder das Maß an Selbständigkeit und Unabhängigkeit (vgl. WERNER, SCHMITH 1982).

¹¹² **Schutzfaktoren** im sozialen Umfeld sind beispielweise eine intensive Bindung und vertrauensvolle Beziehung zu mindestens einem Erwachsenen – in der Verwandtschaft, im Freundeskreis oder auch in Schule und Ausbildung (vgl. BARTMANN 2004, 250ff.).

¹¹³ Bartmann berichtet davon, dass resiliente Kinder als Kleinkinder die Tendenz gehabt hätten, Dinge selbst zu tun und Probleme selbst zu lösen. In der mittleren Kindheit wären sie aufgefallen durch ein hohes Ausmaß an Selbständigkeit, die Fähigkeit, sich bei Bedarf gezielt Hilfe zu holen und ein tief verwurzeltes Gefühl, etwas tun zu können und durch das eigene Tun etwas zu bewirken. Jugendliche dieser Gruppe hätten sich wiederum ausgezeichnet durch ein positiveres Selbstkonzept, eine höhere Leistungsmotivation und das Vertrauen, Einfluss auf das Leben nehmen zu können (vgl. ebd.).

¹¹⁴ Erwähnt werden können hier zum Beispiel Trainingsprogramme wie das von Shure und Spivack entwickelte Programm ‚I CAN PROBLEM SOLVE‘ (ICPS) zur Verbesserung von Problemlösungsstrategien und sozialer Perspektivenübernahme (vgl. SHURE, SPIVACK 1981) oder das von Cierpka initiierte ‚FAUSTLOS-CURRICULUM‘ zur Förderung von sozial-emotionalen Kompetenzen und zur Gewaltprävention (vgl. CIERPKA 2001).

¹¹⁵ Hierbei handelt es sich vor allem um die Förderung von Erziehungskompetenzen der Eltern im Sinne eines autoritativen Erziehungsstils, einer konstruktiven Eltern-Kind-Kommunikation (Kongruentes

Interessant sind auch Befunde aus der Neurobiologie: Möglicherweise gibt es bestimmte Gene, die zu einer verstärkten Widerstandskraft gegenüber belastenden Ereignissen in der Lebensbewältigung führen. Die aktuelle Diskussion darüber ist kontrovers (vgl. SCARR, CARTHY 1983, 426ff.).

Desweiteren gibt es wissenschaftliche Veröffentlichungen, die einen Zusammenhang zwischen der Erfahrung von traumatischen Erlebnissen in der Kindheit und der anschließenden Ausbildung von bestimmten Persönlichkeitsauffälligkeiten postulieren. Eine Metaanalyse aus dem Jahre 2006 ergab Folgendes (vgl. COHEN et al. 2006, 903ff.): Für die Anfälligkeit, nach Misshandlungen antisoziale Symptome zu entwickeln, scheint nicht nur das Trauma selbst, sondern auch eine Veranlagung entscheidend zu sein. Es zeigte sich, dass Kinder mit X-chromosomal vererbter niedriger Monoaminoxidase-A-Aktivität (MAOA-Aktivität) etwa doppelt so häufig im Jugendalter Verhaltensstörungen entwickelten wie Traumaopfer ohne diese genetische Variante. Bis zu ihrem 26. Lebensjahr wurden sie fast zehnmal so häufig in Straftaten verwickelt wie Opfer von Misshandlungen ohne die genetische Variante. Das Gen für niedrige MAOA-Aktivität korrelierte insbesondere bei Männern mit hohem Testosteron-Level mit antisozialem Verhalten. (Bei Männern mit niedrigem Testosteron-Level war dieser Zusammenhang nicht so stark.) Bei Männern ohne diese Genvariante führte ein erhöhter Testosteron-Level wiederum nicht zu antisozialem Verhalten. Ist Resilienz also genetisch determiniert?

Inzwischen gibt es einige Untersuchungen mit Menschen, die unter Katastrophenbedingungen oder trotz lang andauernder Belastungssituationen ihre Gesundheit erhalten haben (vgl. TULL 2008). Es konnten bereits eine Reihe von Faktoren identifiziert werden, die es Erwachsenen ermöglichten, ein Trauma zu verarbeiten (ebd.).¹¹⁶ Ein Beispiel für eine solche Studie ist die ‚National Vietnam Veterans

Gesprächsverhalten), positiven Modellverhaltens, effektiver Erziehungstechniken, elterlichen Kompetenzgefühls und elterlicher Konfliktlösestrategien (vgl. WUSTERMAN 2004, 15ff.).

¹¹⁶Tull führt an (vgl. ebd.):

1. Sie gehen mit Stress effektiv um.
2. Sie haben gute Problemlösefähigkeiten.
3. Bei Problemen bitten sie um Hilfe.
4. Sie glauben, dass es Möglichkeiten gibt, mit Lebensproblemen umzugehen.
5. Ihre Beziehungen zu Freunden und Familienmitgliedern sind eng.
6. Mit Freunden und Familie sprechen sie über das Trauma und ihre Gefühle.

Readjustment Study' (NVVRS), die durchgeführt wurde, um Erkenntnisse über psychosoziale Belastungen von amerikanischen Vietnamkriegsveteranen zu erhalten (vgl. PRICE 2004). Die Mehrheit dieser Menschen war gut angepasst und zeigte keine Anzeichen für psychosoziale Erkrankungen. Zum Zeitpunkt der Befragung litten 15,2% der männlichen und 8,5% der weiblichen Veteranen unter einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Im Laufe ihres Lebens erkrankten 30,9% der Männer und 26,9% der Frauen. In dieser Studie war es möglich, verschiedene Schutzfaktoren (z.B. japanisch-amerikanische Ethnizität, Collegeabschluss, hoher sozioökonomischer Status oder eine enge Beziehung zu den Eltern) zu identifizieren, die die Entwicklung von Resilienz förderten.

Neben der Erforschung vom Umgang des Menschen mit Extremsituationen stellt sich für viele Entwicklungspsychologen die Frage: Wie werden belastende Lebensereignisse (wie z.B. Scheidung, Arbeitslosigkeit oder Tod von Angehörigen) generell am besten bewältigt? Wichtige Überlegungen dazu kommen unter anderem aus dem Bereich der Medizinischen Psychologie: Welche Faktoren helfen Menschen, schwere Erkrankungen oder Operationen gut zu überstehen? Was stärkt grundsätzlich die Widerstandskraft eines Organismus gegen krankmachende Einflüsse? Wie werden chronische Krankheiten am besten bewältigt?

6.2.2. Suchtmedizin

In diesem Teilbereich der Psychiatrie ist eine Kernfrage der Salutogenese, ob sich Variablen finden lassen, hinsichtlich derer sich Menschen, die ‚adäquat‘ konsumieren und solche, die Abhängigkeitsprobleme entwickeln bzw. entwickelt haben, voneinander unterscheiden. Vor mehreren Jahren wurden bereits von einer Arbeitsgruppe um Alexa Franke bestimmte Lebenskompetenzen (sog. ‚Life Skills‘) postuliert, die als allgemeine psychosoziale Fähigkeiten einen angemessenen Umgang sowohl mit Mitmenschen als auch mit Problemen und Stresssituationen im alltäglichen Leben ermöglichen und daher vor der Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung schützen (vgl. WELBRINK, FRANKE 2000, 42). Variablen wie zwischenmenschliche Beziehungen, Kommunikation, Umgang mit Stress,

7. Sie sind spirituell/religiös eingestellt.

8. Statt als ‚Opfer‘ sehen sie sich als Überlebende.

9. Sie helfen Anderen.

¹⁰. Sie versuchen, dem Trauma etwas Positives abzugewinnen.

Frustrationstoleranz, Widerstand gegenüber Gruppendruck, Selbstbehauptung, Selbstwahrnehmung, Problemlösung, Entscheidungsfindung und Handlungskompetenz, kritisches Denken und Umgang mit Gefühlen spielen in diesem Zusammenhang eine entscheidende Rolle (vgl. ebd., 44ff.).

Aktuell sind es vornehmlich die Hirnforschung und die Neurobiologie, die Beiträge dazu veröffentlichen, welche Mechanismen auf neuronaler Grundlage zur Gesundheits- und Abstinenzhaltung beitragen (vgl. KIENAST 2008, 68ff.). So finden sich zahlreiche neurobiologische Korrelate, die eine erhöhte bzw. erniedrigte Prädisposition für die Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung aufzeigen: Ergebnisse bildgebender Untersuchungen weisen auf neuroadaptive Vorgänge im hirneigenen Belohnungssystem hin (vgl. ebd.). Vor allem Veränderungen im ventralen und dorsalen Striatum, Thalamus und orbitofrontalen Kortex scheinen wesentlich an der Ausbildung einer Abhängigkeitserkrankung beteiligt zu sein (vgl. ebd.). Dabei handelt es sich vorwiegend um Strukturen, die an emotionalen-, motivationalen- und Gedächtnisprozessen beteiligt sind. Substanzübergreifend zeichnet sich ab, dass sowohl genetische als auch Umweltfaktoren das Risiko einzelner Menschen, drogen- oder alkoholabhängig zu werden, erhöhen (vgl. ebd.). Einer dieser Vulnerabilitätsfaktoren konnte bereits vor zehn Jahren in bildgebenden Studien bei Primaten aufgefunden gemacht werden (vgl. HEINZ et al. 1998, 1023ff.). Bei diesen Untersuchungen mussten die Tiere ohne Mütter aufwachsen und waren so dem wichtigen Stressfaktor früher sozialer Isolation ausgesetzt. Sie zeigten eine langfristige Reduktion des Serotoninmetaboliten 5-Hydroxyindolessigsäure (5-HIAA) im Liquor. Auch im Erwachsenenalter fanden sich bei diesen Tieren individuell unterschiedlich starke Veränderungen der serotonergen Neurotransmission im Sinne eines verminderten Serotoninumsatzes und einer erhöhten Verfügbarkeit der Serotonintransporter im Bereich der Raphekerne (vgl. ebd.).

Andere Untersuchungen weisen auf Unterschiede in der subjektiven Bewertung einer Drogenwirkung in Abhängigkeit von der Verfügbarkeit striärer Dopamin-D2-Rezeptoren (vgl. VOLKOW et al. 1999, 1440 ff.): Beispielsweise berichteten Probanden in einem Experiment mit der Substanz Methylphenidat über eine angenehme Wirkung bei niedriger D2-Rezeptorverfügbarkeit im Striatum, während Personen mit einer hohen Verfügbarkeit solcher Rezeptoren überwiegend unangenehme Wirkung der Substanz schilderten (vgl. ebd.). Interessanterweise gibt

es auch die Beobachtung, dass sich die Anzahl der verfügbaren D2-Rezeptoren bei erhöhtem Umgebungsstress verringert (vgl. PAPP et al. 1994). Dies könnte ein weiterer Mechanismus sein, der den Einfluss von Stressfaktoren auf die Entwicklung von Abhängigkeitserkrankungen vermittelt.

6.2.3. Psychoneuroimmunologie

Ergebnisse vieler Untersuchungen belegen den Zusammenhang von positiven Emotionen und einer Stärkung des Immunsystems. Dazu zwei Beispiele: Eine amerikanische Arbeitsgruppe um Sheldon Cohen infizierte Versuchspersonen mit Rhinoviren: Hoch stressbelastete Probanden hatten ein fünfmal höheres Erkrankungsrisiko (vgl. DOYLE et al. 2006). Eine andere Forschungsgruppe um Kiecolt-Glaser untersuchte die Immunabwehr bei Pflegepersonen von Alzheimerkranken: Von der Forschungsgruppe als ‚stressbelastet‘ bezeichnete Pflegepersonen bildeten signifikant weniger Antikörper nach einer Grippeimpfung (vgl. KIECOLT-GLASER 2006, 3043 ff.).

In der Psychoneuroimmunologie ebenfalls gut nachgewiesen ist das Absinken der Konzentration von sekretorischem Immunglobulin A im Speichel und die vermehrte Ausschüttung von Glukokortikoiden bei chronischem Stress. Kortikosteroide hemmen die Zytokin-Produktion, mindern die Reaktivität von T- und B-Lymphozyten und die Aktivität der natürlichen Killerzellen. Durch die verschlechterten Immunfaktoren steigt die Infektionshäufigkeit und es kann die Entstehung bzw. Verschlechterung von Krankheiten begünstigt werden. Dies wird als ‚Open-Window-Phänomen‘ bezeichnet, d.h., ein geschwächtes Immunsystem kann Krankheitserreger nicht mehr ausreichend beseitigen (vgl. STRAUB 2005, 37).

Eine interessante Frage, die sich an eben diese Befunde anschließt, ist: Führt ausgeprägtes Kohärenzerleben also zu besserer Immunabwehr? Viele Forscher aus dem Bereich der Psychosomatik würden das sicherlich ausnahmslos bestätigen, denn Untersuchungen auf diesem Gebiet zeigen Folgendes:

6.2.4. Psychosomatik

Menschen, die ihr Leben als kohärent – also als sinnvoll, versteh- und bewältigbar – empfinden, sind Antonovsky zufolge besser vor Krankheiten geschützt. Allerdings hängt das Kohärenzempfinden seinerseits von körperlichen Einflüssen ab: Gerät der Organismus dauerhaft aus dem Gleichgewicht, zum Beispiel durch permanenten

Stress, so senkt dies auf längere Sicht das Kohärenzgefühl; die Betroffenen empfinden dann ihren Alltag zunehmend als sinnentleerte Zumutung.

Auf diesen Zusammenhang machte unlängst ein schwedisches Forschungsteam aufmerksam (vgl. LINDFORS 2006). Petra Lindfors und ihre Kollegen von der Universität Stockholm griffen auf medizinische Labordaten von 369 gesunden Frauen zurück, die im Alter von 43 Jahren einen ärztlichen Routinecheck absolviert hatten. Für jede Teilnehmerin wurde nun abgezählt, wie viele ihrer Kennwerte (wie beispielsweise Blutdruck, Blutfette, maximale Pumpleistung des Herzens oder Waist-Hip-Ratio) risikobehaftet waren. Die individuelle Summe dieser Risikowerte bildete ein Maß für die sogenannte ‚allostatische Last‘, d.h. das Ausmaß der Abweichung vom physiologischen Gleichgewicht. Sechs Jahre später wurden die Frauen nochmals kontaktiert und füllten einen Fragebogen zu ihrem Kohärenzempfinden aus. Sie wurden gefragt, inwieweit sie die Dinge, die ihnen alltäglich widerfahren im Großen und Ganzen verstehbar fänden, ob Probleme sie hoffnungslos stimmten oder eher zur Suche nach Lösungen anspornten und ob sie den Alltag als eine Quelle persönlicher Befriedigung empfänden. Es fand sich folgendes Ergebnis: Je höher die ‚allostatische Last‘ einer Teilnehmerin sechs Jahre zuvor ausgefallen war, desto schlechter stand es nunmehr um ihren Sinn für Kohärenz. Die ‚allostatische Last‘ wurde als ein Maß dafür gewertet, wie stark das Gleichgewicht des Körpers gestört war – mutmaßlich vor allem durch wiederholten und chronischen Stress. Dieses körperliche Ungleichgewicht hat sich den Untersuchungsergebnissen zufolge offenbar auch seelisch ausgewirkt und das Kohärenzempfinden und damit den Lebensmut deutlich beeinträchtigt. Ein Teufelskreis? Die schwedischen Forscher konstatierten:

Ein schwaches Kohärenzempfinden wird die Kapazität eines Menschen, seinen Alltag erfolgreich zu bewältigen, weiter reduzieren, was wiederum Spannung und Stress verstärkt, die körperlichen Ressourcen verschleißt und das Gesundheitsrisiko erhöht. (Ebd.)

Vielleicht gilt dann auch umgekehrt: Wer sein Leben als kohärent und sinnhaft empfindet, baut Stress rascher ab und schont seine körperlichen Ressourcen.

Interessant sind in diesem Zusammenhang auch die Ergebnisse der sogenannten ‚Ohsaki Studie‘ (vgl. SONE et al. 2008, 709ff.): Dabei handelt es sich um eine prospektive Kohortenstudie, die an 43391 erwachsenen Japanern über einen Zeitraum von 7 Jahren durchgeführt worden ist. Ziel der Untersuchung war es,

herauszufinden, ob das sogenannte IKIGAI¹¹⁷ der Japaner mit einem niedrigeren allgemeinen und spezifischen Mortalitätsrisiko assoziiert ist. Mit der Frage: „Haben Sie IKIGAI in Ihrem Leben?“ wurden die Probanden daher zu Beginn der Untersuchung nach ihrem ‚Sense of Life Worth Living‘ befragt und in zwei Gruppen unterteilt: Probanden *mit* einem IKIGAI und Probanden *ohne* IKIGAI im Sinne eines ‚Sense of Life Worth Living‘. Sieben Jahre später waren insgesamt 3048 Teilnehmer verstorben. Die rückblickende Datenauswertung (mittels Cox-Regressions-Analyse) zeigte, dass die Gesamtmortalität in derjenigen Gruppe, die keinen IKIGAI im Sinne eines ‚Sense of Life Worth Living‘ angegeben hatten, signifikant größer war als in derjenigen Gruppe, in der er beschrieben wurde.¹¹⁸ Auch eine Analyse der spezifischen Mortalität ergab Unterschiede: Fehlendes ‚IKIGAI‘ war mit einer deutlich erhöhten Sterblichkeit infolge von Herz-Kreislauf-Erkrankungen¹¹⁹ und externalen Ursachen¹²⁰ assoziiert (ebd.).

Mit zunehmender Popularität rückt das Salutogenesemodell Antonovsky's auch in den Fokus von Kritik: Als eine seiner größten Schwächen gilt seine hohe Komplexität (vgl. KOLIP, WYDLER, ABEL 2006, 12). Verschiedene Autoren sind der Auffassung, dass dadurch eine Konturlosigkeit bestünde, die zu einer vielschichtigen und oftmals ungenauen Verwendung des Begriffs führen würde (vgl. DOLLINGER 2006, 180ff.).

Bereits im Jahre 2001 gaben Wissenschaftler wie Jürgen Bengel zu bedenken, dass Salutogenese in der Gefahr stünde, zu einem Schlagwort zu verkommen (vgl. Bengel et al. 2001). Traditionelle Forschungs- und Praxisprojekte würden hierin ihre Positionen untermauern und dabei sowohl bereits etablierte Maßnahmen zur Gesundheitsförderung als salutogenetisch bezeichnen als auch neue präventive Angebote unter diesem Stichwort einführen:

Ebenso muss man feststellen, dass gesundheitspsychologische Studien (...) trotz eines oft propagierten Perspektivenwechsels (teilweise wird sogar von einem Paradigmenwechsel gesprochen) weiterhin ein pathogenetisches und am Defizit- bzw. Risikomodell orientiertes Studiendesign bevorzugen. (BENGEL et al. 2001, 42)

¹¹⁷ ‚Ikigai‘ ist ein in der japanischen Kultur üblicher Begriff zur Beschreibung von subjektiver Lebenszufriedenheit: „It is considered to be related to life-satisfaction, self esteem, morale, happiness as well as evaluation towards meaning of life“ (SONE 2008, 709).

¹¹⁸ Die multivariant angepasste Hazard Ratio (95% Konfidenzintervall) lag bei 1,5 (1,3-1,7).

¹¹⁹ Die multivariant angepasste Hazard Ratio (95% Konfidenzintervall) lag bei 1,6 (1,3-2,0).

¹²⁰ Die multivariant angepasste Hazard Ratio (95% Konfidenzintervall) lag bei 1,9 (1,1-3,3).

Nach Ansicht der Autorin rührt der Konturverlust vor allem daher, dass das Konzept die Termini Gesundheit und Krankheit aus einem rein biomedizinischen Kontext herauslöst und damit disziplinäre und professionelle Grenzen überschreitet.

Mindestens drei Verwendungsarten von Salutogenese lassen sich differenzieren.

1. Salutogenese im engeren Sinne als Frage nach dem Ursprung der Gesundheit verbunden mit dem Namen Antonovskys: Hier bezeichnet der Begriff ein spezifisches und resilienzorientiertes Erklärungskonzept.
2. Salutogene Sichtweisen und Terminologien im Rahmen der ‚Gesundheitsförderung‘ durch die Weltgesundheitsorganisation: Mit der grundlegenden Definition von Gesundheit als „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“ (vgl. WHO 1946), wurde eine Distanzierung vom biomedizinischen Denken verfolgt. Das Postulat sollte die Alternativreferenz zum bisherigen Krankheitsfokus sein. Gleichzeitig wurde damit ein anspruchsvolles mehrschichtiges Gesundheitspostulat aufgestellt, das gegen eine medizinisch-expertenorientierte Verengung gesundheitsbezogenen Denkens und Handelns ausgerichtet war.
Das Modell Antonovsky's wird mit dem WHO-Konzept zuweilen in engem Zusammenhang gesehen. Dennoch ist eine Unterscheidung angebracht. Antonovsky legte ein aus stresstheoretischen Studien und Überlegungen stammendes Modell vor, das spezifische Angaben über die Aufrechterhaltung von Gesundheit macht. Trotz seiner normativen und teilweise programmatischen Implikationen wurde von Beginn an der Anspruch auf Wissenschaftlichkeit erhoben und zahlreiche Studien haben in der Folgezeit den Versuch einer Evaluation unternommen (vgl. BENGEL et al. 2001, 39ff.). Die Vorgaben der WHO hingegen sind erstrangig als programmatische Ausführung zu verstehen. ‚Gesundheitsförderung‘ ist hier zunächst kein wissenschaftliches Konzept, sondern eine politische Handlungsaufforderung mit hohem Anspruch.
3. Salutogene Sichtweisen in der aktuellen psychiatrisch-psychosomatischen Forschung.

Darüber hinaus drückt ‚Salutogenese‘ auch die allgemeine Vorstellung aus, dass Menschen ihr Leben mit Blick auf Gesundheitsfragen selbstverantwortlich auf der Basis eigener Ressourcen führen können und sollen (vgl. DOLLINGER 2006, 179). Nach

Ansicht der Autorin besteht nach wie vor keine Einigkeit über den Kerngehalt von Gesundheit – zumindest wenn sie über die bloße Abwesenheit von Krankheiten hinausweist.

Neben den bisher genannten Punkten ist das Konzept sicherlich auch philosophisch interessant: Es beschäftigt sich mit einer Grundproblematik menschlichen Daseins, nämlich mit der Frage, wie Identität im Rahmen eines sozialen Umfeldes gefunden und entwickelt werden kann. Ob sich aus dieser Idee weitere Implikationen ergeben, soll der folgende philosophische Exkurs zeigen.

6.3. Salutogenese im Spiegel philosophischer Betrachtungen

Entwicklungen, die mit Stichworten wie Globalisierung und Individualisierung gekennzeichnet sind, verändern Bedingungen und Bedeutungen von Gesundheit (vgl. GIDDENS 1991, 181). Traditionelle Sinngabungsstrukturen und Institutionen unterliegen heutzutage einem raschen Wandel. Damit wird auch die Entwicklung von Identität und Kohärenzgefühl erschwert. **Thomas Fuchs** meint hierzu folgendes:

Durch den Wegfall traditioneller Normen kann auch die Umwelt dem Individuum immer weniger Orientierung bieten. Die Konsequenz ist eine zunehmende Fragmentierung des Selbst. (...) Die Anpassung an die Kultur der Postmoderne leisten zu können, dazu ist nur ein starkes Ich fähig. Es muss die vielfältigen und oft widersprüchlichen Optionen der Gesellschaft integrieren, ohne sich hierbei zu verlieren.¹²¹

Aus einem Kanon möglicher Werte und Überzeugungen hat das Individuum seine eigenen zu bestimmen und zu entwickeln. Dabei verfügt es über eine Fülle an Möglichkeiten, seine Lebensführung zu bestimmen und zu gestalten. Zum einen beinhaltet das sicherlich eine große Freiheit und Selbstverwirklichungspotential. Zum anderen ist es eine schwierige Aufgabe, denn der traditionelle Orientierungsrahmen steht nur noch eingeschränkt zur Verfügung.

Vor diesem Hintergrund beschreibt das Gefühl der Kohärenz die Fähigkeit, angesichts verschiedener (individueller und sozialer) Optionen ein Gefühl von Verstehbarkeit, Sinnhaftigkeit und Handhabbarkeit zu entwickeln. In gesellschaftlichen Situationen von Unsicherheit und vielen Wahlmöglichkeiten ist das (eigene) Zutrauen besonders wichtig. Vertrauen ist für die Persönlichkeits- und Identitätsentwicklung zentral (vgl. ebd.). Vertrauen ist derjenige Faktor, der das Individuum vor Gefühlen von Sinnlosigkeit schützt und den Menschen in seiner täglichen Auseinandersetzung mit der Umwelt

¹²¹ Das Zitat wurde einem Interviewgespräch mit Thomas Fuchs entnommen, welches d. Verf. am 10.12.2003 durchgeführt hat.

stabilisiert (vgl. KOLIP et al. 2000, 14). Die Existenz von Risiken macht es notwendig, dass gegenwärtiges Handeln im Lichte zukünftiger Folgen bedacht und erwogen werden will. Für **Thomas Fuchs** heißt das wiederum:

Die eigentliche ‚Kohärenz‘ findet das Individuum in seinem auf die Zukunft gerichteten Wollen, das die einzelnen Gegenwärtismomente zu einem einheitlichen Handlungsbogen zusammenschließt. Identität ist niemals gegenwärtig, sondern liegt immer vor uns. (Vgl. FN 116)

Menschen sind dazu angehalten, verschiedene Optionen perspektivisch zu berücksichtigen, dabei Flexibilität zu bewahren und trotzdem ihre Identität zu entwickeln. In dieser (erweiterten) Perspektive ist das Kohärenzgefühl die Fähigkeit, angesichts verschiedener gesellschaftlicher Optionen ein Gefühl zu haben:

1. von Verstehbarkeit durch Reflexion von Identität und gesellschaftlichem Umfeld,
2. von Sinnhaftigkeit durch die Entwicklung eines „auf die Zukunft gerichteten Wollens“, wie es von **Thomas Fuchs** beschrieben wird,
3. von Handhabbarkeit durch Bildung einer stabilen Ich-Identität.

Wird das Salutogenesekonzept nicht nur auf seine Relevanz für den evidenzbasierten Ansatz in Medizin, Psychologie und Sozialwissenschaften hin untersucht, sondern auch unter philosophische Implikationen betrachtet, finden sich nach Ansicht der Autorin gerade in Bezug auf die Identitätsentwicklung des Menschen überaus nützliche Anregungen.

6.4. Fazit

Die Betonung der Salutogenese und die Integration des ‚Sense of Coherence‘ als zentrale Einflussgröße in einer umfassenden Theorie von Gesundheit ist als ein innovativer und einflussreicher Ansatz innerhalb der Gesundheitswissenschaften anzusehen, der es erlaubt, sowohl körperliche als auch soziale und psychische Aspekte von Gesundheit zu analysieren und zu erklären.

Salutogenetische Sichtweisen beinhalten gegenüber einem begrenzten naturwissenschaftlich-biologischen Krankheitskonzept einen wesentlichen Fortschritt.

Der salutogenetische Ansatz hat zudem viele therapeutische Implikationen: Er betrachtet das Streben in Richtung Gesundheit als permanent und nie ganz erfolgreich und fokussiert die Aufmerksamkeit auf jene gesundheitserhaltenden Faktoren, die Menschen dazu verhelfen, so erfolgreich wie möglich mit den Bedrohungen im Verlauf des Lebens umzugehen.

Die Schwäche des Modells liegt in seiner großen Komplexität, die eine – übrigens von Antonovsky selbst geforderte – empirische Überprüfung kaum zulässt. Zwar sind Ausschnitte, wie z.B. die Kernhypothese des kausalen Zusammenhangs zwischen Kohärenzgefühl und Gesundheitszustand wiederholt untersucht worden, eine umfassende Überprüfung des Modells mit all seinen Bestandteilen und kausalen Implikationen steht jedoch noch aus.

Der Versuch, alle denkbaren Stressoren und Widerstandsressourcen – von genetischen bis makrogesellschaftlichen – in ein Modell einbeziehen zu wollen, ist sicherlich schwer realisierbar. Bisher lassen sich die Determinanten des Modells weder qualitativ noch quantitativ eindeutig bestimmen. Daher ist eine konkrete Operationalisierung bisher noch nicht geschehen.

Wichtig ist aber, dass das Konzept in vielerlei Hinsicht Räume eröffnet für einen interdisziplinären Austausch zwischen Medizin, Psychologie, Sozial- sowie auch Geisteswissenschaften. Damit trägt es zu einer erhöhten Zusammenarbeit dieser Fachdisziplinen bei.

7 STRAUS' IMPLIKATIONEN FÜR DIE HEUTIGE PSYCHIATRIE UND PSYCHOSOMATIK

Psychiatrie und Psychosomatik der Gegenwart beeindrucken zweifellos durch einen immensen Zuwachs an neurobiologischem und biochemischem Grundlagenwissen. In ihren konzeptuellen Entwürfen und in ihren klinisch-praktischen Handlungsanweisungen beginnen sie, sich dem Ziel einer universalen Nosologie und einer entsprechenden Standardisierung von Diagnostik und therapeutischem Inventar anzunähern (vgl. SCHMIDT-DEGENHARD 2003, 315). In der aktuellen Diskussion über die Konsequenzen der neurobiologischen Forschungsergebnisse und der damit verbundenen Konzeptionen des Geist-Gehirn-Verhältnisses für unser Menschenbild finden sich nicht selten Tendenzen einer reduktionistischen Auffassung von Subjektivität und eines psychiatrischen Naturalismus bzw. Materialismus (vgl. ebd.).

Aus der Perspektive einer solchen Wissenschaft mag durchaus die Frage aufkommen, welche Relevanz phänomenologisch-anthropologischer Betrachtungsweisen hier überhaupt noch zukommt. Eine Medizin, die sich der Validierung verpflichtet, muss in vielen Kontexten operationalisiert arbeiten und dabei metrisch-empirisch vorgehen. Vor diesem Hintergrund mögen die Fragestellungen und Forschungsthemen von Straus und seinen Zeitgenossen als irrelevant und bestenfalls unzeitgemäß oder – im schlimmsten Fall – als dem Erkenntnisfortschritt hinderlich erscheinen.

Dennoch sprechen Wissenschaftler wie beispielsweise **Klaus Dörner** der anthropologischen Bewegung auch heute durchaus eine Zukunft zu „solange sie fortfährt, zu erfahren, was sich zeigt, wenn Verrückte aus sich selber leben“¹²². Auch für den Psychiater **Michael Schmidt-Degenhardt** besitzt phänomenologisch-anthropologische Medizin und Forschung „eine bleibende Gültigkeit und epistemische Fruchtbarkeit, (...) die mit dem Anspruch neuer und immer wieder anders gewendeter Fragen unsere forschende und therapeutische Kreativität herausfordern“ (SCHMIDT-DEGENHARDT 1997, 473).

Wie ist das zu erklären? Nach der anfänglichen Euphorie, die bei Etablierung der Neurowissenschaften aufkam, weil viele Psychiater meinten, die Grundprobleme der

¹²² Das Zitat wurde einem Interviewgespräch mit Klaus Dörner entnommen, welches d. Verf. am 15.08.2003 durchgeführt hat.

Psychopathologie, psychiatrischen Krankheitslehre und Therapie endlich neurobiologisch lösen zu können, zeichnet sich gegenwärtig ab, dass die Einordnung der empirischen Forschungsergebnisse in den Gesamtzusammenhang psychiatrischen Verstehens oftmals problematisch ist (vgl. HEINZE, KUPKE 2005, 346). Darüber hinaus regen die Neurowissenschaften ihrerseits anthropologische Modelle an, die mit der psychiatrisch-psychotherapeutischen Praxis teilweise inkompatibel zu sein scheinen (vgl. ebd.). Ein Beispiel dafür ist die aktuelle Debatte um die Freiheit des Willens.¹²³

Wie schon zu Zeiten **Karl Jaspers** wird das Interesse an einer interdisziplinären Zusammenarbeit mit Geistes- und Sozialwissenschaften wieder zunehmend stärker. Philosophische Diskurse zwischen sozialer und somatischer Psychiatrie, zwischen Medizin und Psychologie, zwischen beruflichen Experten und solchen aus eigener Erfahrung regen zu multimodalen Betrachtungen über das Menschenbild und das therapeutische Handeln an.

In den angelsächsischen Ländern wurden vielerorts Forschungsbereiche für Philosophie und Psychiatrie gegründet bis hin zum Erscheinen erster Lehrbücher für diesen Bereich (vgl. FULFORD GRAHAM, THORNTON 2005). In den USA ist die ‚Association for the Advancement of Philosophy and Psychiatry‘ (AAPP) seit Jahren als Fachgesellschaft aktiv, ebenso hat sich in England im Rahmen des ‚Royal College of Psychiatry‘ eine Philosophiegruppe gegründet, die mittlerweile die mitgliederstärkste Untergruppe des ‚Royal College‘ ist (vgl. HEINZE, KUPKE 2005, 348). Weiterhin existiert in den skandinavischen Ländern das nordische Netzwerk für Philosophie in der Psychiatrie. Mittlerweile haben mehrere internationale Fachkongresse zur Bedeutung

¹²³ In den letzten Jahren haben die Lebenswissenschaften, und dabei insbesondere die moderne Neurobiologie, neue Befunde erbracht, die aus Sicht einiger Proponenten zeigen, dass der Mensch durch seine Gene und sein Gehirn bestimmt ist. Der **freie Wille** und die Fähigkeit zu freien Entscheidungen und Handlungen seien Konstrukte unserer Kultur und ließen sich nicht mit dem biologischen Bild vom Menschen vereinbaren (vgl. MAIER, HELMCHEN, SASS 2005, 543 ff.). Grundlage sind vor allem die Experimente des Neuropsychologen Benjamin Libet, der zeigen konnte, dass sich über das EEG bereits Bereitschaftspotentiale des Gehirns ableiten lassen, die nahezu eine halbe Sekunde vor dem Bewusstwerden einer Entscheidung auftreten. Auf dieser Datenbasis konstituiert sich ein Bild vom Menschen, das ihn als von ‚subkortikalen Schaltkreisen‘ determiniert erklärt, der sein Handeln nur im Nachhinein von der kortikalen Ebene kommentieren kann (‚Homo neurobiologicus‘) (vgl. ebd.). Hirnforscher wie Gerhard Roth oder Wolf Singer erklären damit die frei entscheidende, selbstreflektierende Person zu einer Illusion (vgl. ebd.). Dem steht das klassische geisteswissenschaftliche Konzept vom Menschen gegenüber, das den Menschen als ein geistiges Wesen auffasst, das zur Selbstreflexion befähigt ist. Es betont die Individualität der Person, welche sich konstituiert und definiert aus einem Wechselspiel mit ihrer sozialen Umwelt. Solche Sichtweisen des Menschen, auf die sich auch das Rechtswesen stützt, scheinen durch die Hirnforschung nachhaltig erschüttert zu werden. Dies betrifft beispielsweise die Fundierung des Freiheits-Konstrukts von der Einsicht in die Möglichkeit anderen Verhaltens und von der ‚Steuerungsfähigkeit‘, die wichtige Konstrukte für Gerichtsurteile sind (vgl. MAIER, HELMCHEN, SASS 2005).

der Philosophie in der Psychiatrie stattgefunden, in deren Folge sich ein internationales Netzwerk zur Bearbeitung dieser Fragen gegründet hat.¹²⁴ Auch die ‚World Psychiatric Association‘ (WPA) hat eine entsprechende Sektion eingerichtet.

In Deutschland ist seit den Hochzeiten der anthropologischen Psychiatrie die ‚Deutsche Gesellschaft für anthropologische und daseinsanalytische Medizin, Psychologie und Psychotherapie‘ (DGA) mit diesem Gebiet befasst (ebd.). Seit mehr als 13 Jahren arbeitet darüber hinaus in Berlin die ‚Gesellschaft für Philosophie und Wissenschaften der Psyche‘, die weniger einen daseinsanalytisch-phänomenologischen als vielmehr einen kritisch-dialektischen Philosophieansatz vertritt (vgl. HEINZE 1996, 34).¹²⁵ Im Jahre 2005 hat die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) das Referat ‚Philosophische Grundlagen der Psychiatrie und Psychotherapie‘ gegründet, welches Aktivitäten in diesem Gebiet unter dem Dach der DGPPN bündeln soll. Ziele des neu gegründeten Referates sind die Förderung geisteswissenschaftlicher Grundlagenwissenschaften innerhalb der Psychiatrie, die Bereicherung der Ausbildungsinhalte der Psychiatrie und Psychotherapie mit Themen aus den Grenzgebieten zwischen Psychiatrie und Philosophie sowie die Durchführung entsprechender wissenschaftlicher Symposien und Workshops. Auf internationaler Ebene kooperiert das Referat mit den oben genannten Fachorganisationen (vgl. HEINZE, KUPKE 2005, 349). Eine besondere Anwendung hat die philosophische Reflexion bei der Entwicklung der so genannten ‚value-based medicine‘¹²⁶ (VBM) in den angelsächsischen Ländern gefunden; diese ist in Großbritannien seit einigen Jahren Bestandteil der curricularen Facharztausbildung. Das Konzept ergänzt die evidenzbasierte Medizin um wertegeleitete Verstehens- und Praxisansätze (vgl. WOODBRIDGE, FULFORD 2004).

Ist dieser Diskurs der Versuch, die – ursprünglich gemeinsame – Sprache zwischen Geistes- und Naturwissenschaften wieder zu entdecken? Lässt sich damit einer Stigmatisierung beider Disziplinen entgegenwirken?

¹²⁴ Vgl. International Network for Philosophy and Psychiatry, <http://www.inpponline.org>. Stand 01.06.2009.

¹²⁵ Vgl. Gesellschaft für Philosophie und Wissenschaften der Psyche. <http://www.gpwp.de>. Stand 01.06.2009.

¹²⁶ Die ‚value-based medicine‘ nimmt eine Bewertung der Aufwendungen für medizinisches Handeln mit dem resultierenden Nutzen für den Patienten vor, beurteilt also den Wert einer medizinischen Behandlung für den einzelnen Betroffenen (vgl. HIRNEISS 2006, 493).

Thomas Fuchs beschreibt die Situation folgendermaßen:

Es ist doch offensichtlich, dass psychiatrisches Verstehen weiter reicht, als sich nur auf die Diskussion empirisch generierter Forschungsergebnisse zu stützen. Es ist notwendig, Brücken zur somatischen Psychiatrie und Medizin zu schlagen, damit diese nicht in einem selbstgewählten Ghetto gefangen bleibt und ein zunehmend reduktionistisches Krankheitsverständnis und ein überholtes Beziehungsangebot nicht für die Entwicklung des ganzen Faches zum Problem werden (...). Psychiatrie mit Zukunft meint eine Seelenheilkunde, die dem Arzt sowohl im naturwissenschaftlich-biologischen wie im psychologisch-psychotherapeutischen Bereich Zuständigkeit des Urteils und des Handelns vermittelt.¹²⁷

Vor diesem Hintergrund besitzt das Denken von Straus nach wie vor höchste Aktualität. Wenn es darum geht, sich auf die Gesamtwirklichkeit des Menschen zu besinnen, ihn als Gesamtperson in den Mittelpunkt der Betrachtungen zu stellen, dann kann sein phänomenologisch-anthropologischer Ansatz die operationalisierte Diagnostik entscheidend bereichern.

7.1. Medizintheoretische und diagnostische Implikationen

Für den Philosophen **Bernhard Waldenfels** eröffnet Straus der Wissenschaft einen „eigenständigen und eigengesetzlich konstituierten Erfahrungsraum des seelisch anderen, der dem methodischen Purismus operationaler Wissenschaft verborgen bleiben muss“.¹²⁸ Waldenfels sieht die intersubjektive Vermittlung dieses Erfahrungsraumes als ein wesentliches Verdienst von Straus an. Straus ging es darum, anthropologische Aspekte psychischer Erkrankungen aufzuzeigen. Diese Gesichtspunkte würden neben den neurobiologischen, genetischen, psychodynamischen und soziologischen Aspekten die Mehrdimensionalität der heutigen klinischen Psychiatrie und Psychosomatik ausmachen (vgl. ebd.).

Das Ziel phänomenologisch-anthropologischer Wissenschaft liegt sicherlich nicht darin, sich polarisierend von der empirisch-metrischen Forschung abzugrenzen. Selbstverständlich bedarf es einer Haltung der Offenheit gegenüber deren Resultaten, die ja eine fortlaufende Erweiterung unseres Wissens vom Menschen bedeuten. Aber es geht auch darum, einer Verabsolutierung reduktionistischer Wissenschaftskonzepte und einem psychiatrischen Positivismus mit einer angemessenen kritischen Reserve zu begegnen. Mithilfe der Gedanken von Straus lassen sich kontextuelle Zusammenhänge entwickeln, in denen empirische Ergebnisse verstanden und miteinander verknüpft

¹²⁷ Das Zitat wurde einem Interviewgespräch mit Thomas Fuchs entnommen, welches d. Verf. am 10.12.2003 durchgeführt hat.

¹²⁸ Das Zitat wurde einem Interviewgespräch mit Bernhard Waldenfels entnommen, welches d. Verf. am 19.03.2004 durchgeführt hat.

werden können. Daraus können wiederum neue Fragestellungen entwickelt werden. Statt konstitutives Wissen - so genannte „hard facts“ (HEINZE, KUPKE 2005, 349) - zur Verfügung zu stellen, bietet Straus quasi eine Orientierung in diesem Wissen an, d.h. ein regulatives Wissen um begründete Zwecke und Ziele - so genannte „soft facts“ (ebd.).

Eine ausschließlich perspektivische Verengung auf alles Objektive lässt mit Sicherheit das Subjektive unberücksichtigt. Mit ‚subjektiv‘ ist in diesem Zusammenhang gemeint, welche Person mit ihrer jeweiligen Lebens- und Leidensgeschichte in welcher Form an einer psychischen Krankheit leidet. Hier kann jeder klinisch tätige Mediziner viel von Straus lernen, denn er sucht den selbst um Verständnis ringenden Menschen in seiner Umgebung individuell zu erfassen und zu verstehen. Aus seinen Überlegungen lassen sich gute Rückschlüsse auf subjektive Krankheitskonzepte ableiten.

Außerdem kann man die Analysen von Straus nutzen, wenn man sich mit anthropologischen Theoremen und Voraussetzungen der Psychiatrie der Gegenwart beschäftigt. In einer Zeit, in der die psychiatrische Forschung in viele verschiedene Forschungsparadigmen aufgefächert ist, wird meist auf die Explikation der unweigerlich unterstellten Anthropologie verzichtet. Schon Straus sah darin ein großes Problem und machte es sich zur Aufgabe, begriffliche und theoretische Konflikte auf drei Ebenen (moderierend) zu klären (s. Abb. 15).

Die heutige Psychiatrie und Psychosomatik sind vor allem aufgrund der ökonomischen Situation gefordert, pragmatisch umsetzbare Behandlungsmöglichkeiten und -strategien zu entwickeln. Gleichzeitig sind sie aber auch Wissenschaftsgebiete, die durch ihre Beschäftigung mit den Extremen menschlichen Erlebens und Verhaltens ständig dazu aufgerufen werden, Beiträge zu einem anthropologischen Selbstverständnis des Menschen zu liefern. Vor diesem Hintergrund erscheint es umso notwendiger, das von Straus vertretene Prinzip der ‚Ganzheitlichkeit‘ zu bewahren und zu fördern.

Gerade in der Arbeit mit seelischen Erkrankungen gehört auch die Analyse ethischer Fragen zu einem Teil der beruflichen Fachkompetenz (vgl. MAIER, HELMCHEN, SASS 2005, 543). **Klaus Dörner** gibt zu bedenken:

Neben dem Wissen kommt gerade in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Begegnung dem Menschenbild, nach dem der psychiatrisch Tätige handelt, besondere Bedeutung zu. Die Bewusstwerdung der Bedingungen der Begegnung in und mit der Psychiatrie kann über die Psychiatrie hinauswirken und zum Ansatzpunkt für Nachdenken über menschenwürdiges Umgehen mit Kranken werden. Für das Handeln in der Psychiatrie sind die Entwicklung einer gemeinsamen

Suchhaltung, die koordinierte Anwendung des jeweiligen professionellen Wissens und eine spezifische, für alle Berufsgruppen geltende Ethik erforderlich.¹²⁹

Werte und Normen üben auf das psychiatrisch-psychotherapeutische einen überaus großen Einfluss aus (vgl. Helmchen 2008, 84ff.).¹³⁰ Aber nicht nur die Werte einer bestimmten Gesellschaft zu einer bestimmten Zeit prägen die Art, wie psychiatrische Diagnosen zustande kommen: Viele psychiatrische Symptome werden von Betroffenen innerlich erlebt und ihre Erfassung ist nur in einer kommunikativen Interaktion möglich. Bestimmte Verhaltensweisen werden von den Fachleuten durch Interaktion eingeschätzt. Diese Begegnungen führen zu Diagnosen und Therapieanschlüssen. Die ständige Reflexion der eigenen Rolle in diesen Begegnungen ist Grundvoraussetzung für die Tätigkeit als Psychiater und Psychotherapeut. Will man diesen Prozess besser verstehen, findet man bei Straus Hilfestellung. In vielen seiner Schriften gibt er nützliche Hinweise zu dessen interaktiver Gestaltung (vgl. STRAUS 1925; 1932; 1956). Dabei zeigt er durchaus die Tendenz, ethische Aussagen mit Seinsaussagen zu verknüpfen. Er versucht, ethisch brisante Situationen stets von der intersubjektiven Erfahrung heraus zu beschreiben und ihre Komplexität dadurch zu erklären (vgl. STRAUS 1950; 1958b; 1963).

In Schriften wie ‚Die Ästhesiologie und ihre Bedeutung für das Verständnis der Halluzinationen‘ (1949) oder ‚Ein Beitrag zur Pathologie der Zwangsercheinungen‘ (1938) beschäftigt er sich beispielsweise mit der Asymmetrie des Verhältnisses von Arzt und Patient. Seine Ansicht nach stelle es gerade im Bereich der Psychiatrie eine besondere Schwierigkeit dar: Einerseits solle die Beziehung gegenseitige Wertschätzung ausdrücken, andererseits erfordere die Krankheit häufig nicht-gleichberechtigte Interaktionen. In diesen Situationen müsse der Arzt zunächst immer individuell und eigenverantwortlich ethische Aspekte gegeneinander abwägen - erst dann könne er entscheiden (vgl. ebd.).

¹²⁹ Das Zitat wurde einem Interviewgespräch mit Klaus Dörner entnommen, welches d. Verf. am 15.08.2003 durchgeführt hat.

¹³⁰ Anmerkung d. Verf.: Die Rolle von Psychiatern in der Vorbereitung und Ausführung der Verbrechen des dritten Reiches ist sicherlich eine tragische Konsequenz dieser Tatsache und ein Grund für die besondere Sorgfalt im Umgang mit Ethik in der Psychiatrie seither.



Abb. 15: Moderationsebenen bei Straus.
 (Erstellt von d. Verf. in Anlehnung an HEINZE, KUPKE 2005.)

7.2. Therapeutische Implikationen

Für die Arbeit mit psychisch kranken Menschen kann es wichtig sein herauszufinden, auf welcher phänomenalen Ebene die Welt des Kranken gestört ist. Liegt die Störung beispielsweise im leiblichen Bereich, ist weiter zu differenzieren, ob der vitale Antrieb als solcher gestört ist oder ob Störungen in einzelnen Bereichen des Körpers vorliegen. Liegt die Störungsebene vorrangig in der persönlichen Situation, kann wiederum gefragt werden, auf welche Art und Weise die Grenzen zwischen persönlicher Eigen- und Fremdwelt verschoben sind. Die Einschätzung der phänomenalen Ebene hat dabei direkten Einfluss auf die Bandbreite therapeutischen Handelns.

In dem die ‚Straus'sche Therapie‘ einen vertieften Blick auf das anthropologische Fundament von Störungen wirft, kann sie auch die psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung bereichern. Straus fasst Phänomene, die oft intuitiv, unbeachtet, unaussprechbar oder unbeschreibbar erscheinen, in eine prägnante Sprache (vgl. STRAUS 1949b, 1959, 1961). Seine Arbeit setzt dabei nicht erst auf der Ebene der Symptome an (in der Hoffnung, dass die Symptome die Störung anzeigen), sondern bereits auf einer Stufe vorher. Phänomene sind basaler und wertfreier als Symptome, die häufig bereits den Erwartungscharakter des Zuordenbaren und eindeutig Wegweisenden in sich tragen und damit vorurteilsbehaftet den Blick des Beobachters auf die Phänomene verstellen können. Phänomene liegen auf einer tieferen Abstraktionsbasis als Symptome.

Ansatzpunkt der therapeutischen Erwägungen von Straus ist der gesamte phänomenale Bereich der persönlichen Situation des Menschen. Dabei gilt es, den therapeutischen Blick auf die Phänomene zuerst zu schärfen und zu schulen, um das Selbstverständliche und Einfachste nicht zu übersehen. Das gesamte therapeutische Handwerkszeug kann dann – an den Phänomenen geeicht – hilfreich eingesetzt werden. Von den Phänomenen ausgehend lassen sich Hinweise für die Therapie ableiten.

Dennoch, die praktische Anwendung der Straus'schen Erkenntnisse auf den therapeutischen Bereich ist sicherlich bescheiden. Weder lassen sich wesentlich neue Therapiemethoden ableiten noch innovative therapeutische Techniken entwickeln. Straus bietet keine neue Therapierichtung an, sondern eher ein breites theoretisches Fundament. Hierbei werden nicht komplizierte Interaktionen, Handlungsanweisungen oder metatheoretische Deutungen vorgeschlagen, sondern einfache, basale, jedem

vertraute Möglichkeiten des Wahrnehmens, Denkens, Fühlens, und Sich-Verhaltens neu entdeckt.¹³¹

Trotzdem können die Ergebnisse seiner Analysen für die therapeutische Begleitung eines psychisch kranken Menschen eine wichtige Verstehensbrücke bilden: Durch sie wird eine tiefer gehende Annahme des Kranken in seinem ‚leidvoll abgewandelten Personsein‘ möglich. Dieses Annehmen ist eine wichtige atmosphärisch-emotionale Voraussetzung in der Akutphase einer Behandlung, die ja vornehmlich pharmakotherapeutisch gestützt abläuft (vgl. VALDES-STAUER 2009, 565). Vielleicht ergibt sich dabei schon die Chance, dem Patienten neben Möglichkeiten einer verbesserten Rollenflexibilität auch Wege zu einer kreativen Selbsterweiterung zu eröffnen

Interessant ist auch, was Straus zur inneren Haltung des Therapeuten schreibt. Er ist davon überzeugt, dass sie als implizite, latente und nicht näher explizierte Prämisse maßgeblich Entscheidungen über diagnostische Maßnahmen oder therapeutische Strategien bestimmt, besonders im Bereich medizinischer Disziplinen, die mit seelischen Störungen arbeiten. Reflektiert oder unreflektiert beeinflusst sie das jeweilige Bild vom Menschen und das Verständnis seiner Erkrankungen, die therapeutische Beziehungsfähigkeit und auch das Angebot an therapeutischen Konzepten. Daher ist seiner Ansicht nach eine grundsätzliche Besinnung auf fundamentale Aspekte des therapeutischen Menschenbildes essentiell (vgl. STRAUS 1963, 929). Immer wieder weist er darauf hin, dass die innere Haltung vor der rationalen Erkenntnis steht und vor konkreten Handlungen kommt. Bei ihm bezeichnet diese Grundhaltung so etwas wie eine generelle Achtsamkeit gegenüber dem Anderen. Sie bestimmt, was ich im Kontakt mit dem Anderen wahr- und wichtig nehme. Wahrnehmen wird bei Straus auch als intuitives Sich-einlassen auf den Anderen beschrieben (vgl. STRAUS 1930; 1935; 1943). Hierbei kommt es nicht darauf an, die Symptome zu durchschauen, sondern zuvor genau hinzuschauen, was für Phänomene sich einem möglichst offenen und vorurteilsfreien Blick von selbst zeigen. Daran schließt sich der Schritt an, die Phänomene in ihrer Eigensinnhaftigkeit zu würdigen, um somit vorschnelle Deutungen

¹³¹ Ein Beispiel für die ‚Wirkmacht des Basalen‘ ist das von Straus in vielen Variationen beschriebene nonverbale Ausdrucksverhalten des Menschen (vgl. STRAUS 1953, 139ff.): Es ist ein simples und doch gerade in seiner Einfachheit fundamentales Werkzeug therapeutischen Wirkens, das allgegenwärtig und jedem vertraut ist und doch so verschiedene Implikationen und Wirkungen haben kann, die selten expliziert werden (vgl. ebd.).

oder Rückführungen von etwas auf ein anderes zu vermeiden. Dem Willen zur Veränderung (d.h. der Wunsch, ein Sosein in ein Anderssein zu überführen), der jeder Therapie inhärent sei, müsse eine elementare Wertschätzung und Würdigung des momentanen Soseins vorausgehen (vgl. STRAUS 1963, 930ff.).

Die Würdigung von Phänomenen in ihrer Eigenart schützt vor zu schnellen Deutungen. Insofern lassen sich die Erkenntnisse von Straus auch als Aufforderung zu einer gewissen therapeutischen Langsamkeit verstehen, die vorschnellen Diagnosen, Deutungen und therapeutischen Interventionen den Wind aus den Segeln nehmen. Therapie besteht bei Straus aus Beobachten, Dialog und Gegenseitigkeit. Dies scheint umso notwendiger, als heutzutage die Arzt-Patienten-Beziehung überrollt und verschüttet zu werden droht von den drängenden ökonomischen bzw. betriebswirtschaftlichen Zwängen und Scheinzwängen.

Will man die Bedeutung von Straus für die aktuelle Psychiatrie und Psychosomatik analysieren, kommt man nicht umhin, auch auf wichtige Schwächen bei ihm hinzuweisen. Diese sind unter anderem Folgende:

Die theoretische Nähe des Straus'schen Diskurses zu bestimmten philosophischen Konzeptionen vom Wesen des Menschen führt zu einer methodologisch nicht immer reflektierten und unkritischen Übernahme philosophischer Begrifflichkeiten. Diese sind dem Gegenstandsbereich der Psychiatrie und Psychosomatik als Erfahrungswissenschaft manchmal unangemessen. In der Folge finden sich dann Texte, die durch sprachliche Verstiegtheit und Manieriertheit zwar brillieren, die aber erfahrungsfern und praktisch irrelevant sind. Dadurch wird dem breiten, wissenschaftlich interessierten Publikum ein Zugang zu ihnen erschwert.

Des Weiteren bietet der Theoretiker Straus bei der konkreten Anwendung seiner Erörterungen auf klinische Sachverhalte bzw. therapeutische Möglichkeiten wenig Hilfestellung. Seine Kommentare hierzu bleiben fragmentarisch. Klinische Tatbestände werden bei ihm vornehmlich zur Illustration theoretischer Gedankengänge herangezogen (vgl. PASSIE 1995, 26). Ein umgekehrtes Herangehen wäre sicherlich praxisbezogener. Unter diesem Gesichtspunkt hat das Misstrauen, mit dem man als klinisch tätiger Mediziner den anthropologischen Betrachtungsweisen von Straus begegnen mag, eine gewisse Berechtigung. Um sich mit seinen Texten kritisch auseinanderzusetzen, ist es daher notwendig, die eigene klinisch-psychiatrische und psychotherapeutische Erfahrung immer mit einzubeziehen.

7.3. Fazit

Straus' Konzept wird dem klinisch tätigen Psychiater wenig konkrete therapeutische Handlungsanweisungen vermitteln. Hierfür bildet das verfügbare Spektrum der modernen Pharmako-, Psycho- und Soziotherapie die unverzichtbare pragmatisch-technische Voraussetzung seines Handelns. Aber – ausgehend vom ethischen Primat des mitmenschlichen Umgangs mit dem Kranken vor der technisch-instrumentalen Dimension der ärztlichen Tätigkeit – ergibt sich mit Hilfe des Straus'schen Konzeptes eine wesentliche Erweiterung und Verfeinerung unserer Erfahrungsweisen des Seelisch-Anderen. Hieraus kann eine therapeutische Einstellung erwachsen, die in der Besinnung auf die Individualität und auf die existentielle Dimension des seelisch Kranken ihr vorrangiges Ziel erblickt. In der Folge wird sich eine tiefere Bezogenheit zum Subjekt Patient ergeben, die wiederum für einen gelingenden therapeutischen Prozess unerlässlich ist.

8 ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK

Gegenstand der vorliegenden Arbeit war es, zwei medizintheoretische Konzepte auf ihre jeweiligen Anwendungsmöglichkeiten im Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik hin zu untersuchen. Ausgewählt wurden der salutogenetische Ansatz des Soziologen Aaron Antonovsky und das phänomenologisch-anthropologische Konzept des Psychiaters Erwin Walter Maximilian Straus. Beide Konzepte können nach Ansicht der Autorin die gegenwärtig dominierende empirisch-kausalanalytische Forschung um wichtige anthropologische und ressourcenorientierte Prämissen ergänzen.

Sowohl Antonovsky als auch Straus haben für die Psychiatrie und Psychosomatik wichtige Arbeit geleistet: Erstens, da sie begriffliche Grundlagen, Methoden und Arbeitsweisen der Fächer aus unterschiedlichen theoretischen Perspektiven beleuchteten und kritisch hinterfragten. Zweitens, da ihr therapeutisches Herangehen auch heute noch überall dort eine Leitorientierung bietet, wo Krankheit bekämpft und Gesundheit gefördert werden soll. In der vorliegenden Arbeit wurden ihre Konzepte eingehend untersucht und vor dem Hintergrund ihres Krankheits- und Gesundheitsbegriffes diskutiert.

Die Analyse gliederte sich in drei Teile:

Nach der Einleitung (Kapitel 1) und der Vorstellung der Methodik (Kapitel 2) wurden im ersten Teil (Kapitel 3 und 4) die zwei Theorien zunächst deskriptiv dargestellt. Neben der Erläuterung ihres wissenschaftstheoretischen Hintergrundes wurden die jeweiligen Thesen und terminologischen Festlegungen beschrieben und erklärt. Überdies wurde Bezug genommen auf die lebens- und zeitgeschichtlichen Verflechtungen beider Wissenschaftler. Bei Straus war dieser Blick intensiver als bei Antonovsky, da das Leben und Werk des Psychiaters in der heutigen Psychiatrie und Psychosomatik weitaus weniger bekannt ist als das des Soziologen. Grundsätzlich ist das für diesen Wissenschaftsbereich durchaus von Nachteil, denn Straus' Arbeiten enthalten reichhaltiges Material, das zu einer Klärung von Begriffen wie ‚Norm‘, ‚Pathologie‘, ‚Krankheit‘ und ‚Gesundheit‘ herangezogen werden kann. Die biographische Darstellung seiner Person und die kritische Analyse seiner wissenschaftlichen Texte waren daher ein wesentlicher Schwerpunkt dieser Arbeit. Im Vorfeld wurden sowohl

schriftliche Dokumente und Bildmaterial als auch mündliche Berichte aus 15 Interviewgesprächen mit Medizinern, Psychologen, Philosophen, Soziologen und Historikern aus Europa und Nordamerika untersucht und aufeinander bezogen, so dass auf diese Weise ein umfassender Einblick in das Leben und Werk von Straus gewonnen werden konnte.

Im zweiten Teil der Analyse (Kapitel 5) wurden wesentliche Prinzipien beider Konzepte auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede hin untersucht. Dabei wurde gezeigt, dass ihre Kernaussagen aufgrund disziplinär bedingter Differenzen in Methodik und sachlicher Fragestellung nur teilweise in Übereinstimmung gebracht werden können. Des Weiteren wurde festgehalten, dass sie trotz vieler Unterschiede in dem Bemühen konvergieren, Gesundheit und Krankheit in Abhängigkeit von biologischen, körperlichen und psychischen Voraussetzungen sowie von sozialen und gesellschaftlichen Einflüssen zu betrachten. Die Werkanalyse zeigte, dass weder Antonovsky noch Straus eine explizite Definition von Gesundheit geben und stattdessen eher Umschreibungen liefern. Beide Wissenschaftler favorisieren ein mehrdimensionales Gesundheitsverständnis, das neben einem Freisein von körperlichen Beschwerden auch Leistungsfähigkeit, Selbstentfaltung, Selbstverwirklichung und Sinnfindung berücksichtigt. Gesundheit ist für sie abhängig vom individuellen Umgang mit Belastungen, Risiken und Gefahren im sozialen Kontext. Antonovsky wagt sich dabei noch etwas weiter vor als Straus: Auf der Basis eines systemtheoretischen Ansatzes geht er nicht nur von einer multifaktoriellen Ätiologie, sondern von multiplen Wechselwirkungen zwischen den einzelnen Determinanten aus. Mit seiner These von einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum belebt er die Diskussion um den Krankheits- und Gesundheitsbegriff maßgeblich. Durch seine starke Ressourcenorientierung hebt er sich wesentlich von der kurativen Medizin ab und stärkt sowohl die verhaltens- als auch die verhältnisorientierte Prävention. Stattdessen bleibt Straus vorwiegend dem pathogenetischen Gesundheitsverständnis verpflichtet und konzentriert sich vornehmlich auf die Entwicklung von kurativen Behandlungsansätzen.

Im dritten Teil der Arbeit (Kapitel 6 und 7) wurde der Frage nachgegangen, welche Folgerungen sich aus den Erkenntnissen von Antonovsky und Straus für die klinische und wissenschaftliche Arbeit eines Psychiaters und Psychosomatikers ableiten lassen. Bei der Gestaltung dieses Diskurses wurden die o. g. Interviewgespräche abermals in die Textanalyse integriert, so dass umfassend Stellung bezogen werden konnte.

Das Fazit lautete: Beiden Modellen wird in der Prävention und Bewältigung von Krankheiten ein hoher Stellenwert zuerkannt. Sie beinhalten gegenüber einem rein empirisch-kausalanalytischen Vorgehen wesentliche Fortschritte. Die phänomenologisch-anthropologische Arbeit von Straus führt in erster Linie zu einem besseren Verständnis der subjektiven Erlebnisweise des Patienten. Antonovsky liefert wiederum wertvolle Ansätze zur Gesundheitsförderung und Prävention. Hier liegt der Gewinn vor allem in der Identifikation und Stärkung von gesunden Anteilen und Selbstheilungskräften des Patienten.

Aus der Analyse ergeben sich zwei wesentliche Schlussfolgerungen:

- Die relevanten Determinanten von Gesundheit und Krankheit lassen sich nicht allein durch quantitative Forschung beantworten. Zu den genuinen Aufgaben psychiatrischer und psychosomatischer Wissenschaft gehören auch problemgeschichtliche und ideologiekritische Untersuchungen, wie sie Antonovsky und Straus beispielhaft vorgenommen haben. Für diesen Wissenschaftszweig resultiert hieraus der klare Auftrag zu einer stärkeren Integration von qualitativer Forschung.
- Psychiatrie und Psychosomatik sind heute in viele verschiedene Einzeldisziplinen aufgefächert, die sich hauptsächlich auf die Entwicklung konkret umsetzbarer neuer Behandlungsmöglichkeiten konzentrieren. Die Vehemenz, mit der diese Entwicklung in der Öffentlichkeit diskutiert wird, zeigt, wie wichtig es ist, hier einen allgemeinen Handlungsrahmen zu schaffen, innerhalb dessen sich Kliniker und Wissenschaftler orientieren können. Hierfür geben Antonovsky und Straus viele überaus nützliche Anregungen.

Eine wichtige noch offen gebliebene Fragestellung für zukünftige Forschung betrifft die konkrete Verknüpfung beider Konzepte in der Diagnostik und Therapie von seelischen Erkrankungen. Wenn diese Verbindung gelingt, könnte nach Ansicht d. Verf. die Qualität in der Patientenversorgung entscheidend verbessert werden.

9 SUMMARY

This dissertation examines two medical-theoretical concepts and their practical uses in psychiatry and psychosomatics. The two concepts selected for this study are: the salutogenetic approach by Aaron Antonovsky, and the phenomenological anthropology concept of Erwin Straus.

The author thinks that both models can complement currently dominating empirical and causal-analytical research by important anthropological and resource-oriented assumptions. Both Antonovsky and Straus have had a significant impact on psychiatry and psychosomatic medicine: Firstly, because they examined and challenged conceptual basics and methods of the two fields by looking at them from different theoretical perspectives. Secondly, because even today their therapeutic approach is still widely accepted as an orientation to where diseases should be fought and health should be enhanced. In this thesis the above concepts are examined in detail and discussed with regard to their definitions of disease and health.

The analysis consists of three parts:

The first part introduces the two theories from a descriptive perspective. Their scientific-theoretical background is clarified, and the individual propositions and the terminology used are described and explained. Furthermore, the author takes a look at the biographical and historical connections between the two scientists. In this connection, Straus is examined more thoroughly than Antonovsky. In today's psychiatry and psychosomatics much less is known about Straus' life and achievements than about those of the sociologist Antonovsky. The author considers this a disadvantage for this scientific field, as Straus' works contain comprehensive material that can be used to clarify terms like ‚norm‘, ‚pathology‘, ‚disease‘, and ‚health‘. His biographical profile and an analysis of his scientific literature form the basis of this thesis.

The second part outlines key principles of both concepts and compares their similarities and differences. It is demonstrated that their core conclusions match only partially, which is due to the two scientists' differing methodologies and approaches and their different academic backgrounds.

Despite many differences both of them tend to look at ‚health‘ and ‚disease‘ in dependence of biological, physical and psychological preconditions and to take social and societal influences into consideration.

An analysis of their scientific works reveals that neither Antonovsky nor Straus provide an explicit definition of ‚health‘, but instead tend to circumscribe the term. Both scientists preferred a multi-dimensional conception of ‚health‘, which, apart from the absence of physical problems, comprises performance, self-development, self-realization, and finding a meaning or purpose. According to them health depends on how people cope with stress, risks and hazards within their social contexts.

In this connection, Antonovsky goes a step further than Straus: based on a system-theoretical approach he assumes that there is not only a multi-factorial etiology but that there are multiple interactions between the individual determinants. His theory of a health-disease continuum meant a considerable stimulation of the scientific discussion about the definition of ‚health‘ and ‚disease‘. His strong resource-oriented approach stands out from established curative medicine and supports both behavior and relation-oriented prevention. Instead, Straus keeps following a definition of ‚health‘ that is based on a pathogenetic concept and mainly focuses on the development of curative therapy approaches.

The third part of the thesis examines which conclusions can be drawn from Antonovskys and Straus‘ findings, and what impact they may have on the scientific work of psychiatrists and practitioners of psychosomatic medicine. The result of this discourse is: both models are equally important for preventing and coping with diseases. They are a considerable progress compared with a purely empirical and causal-analytical concept. Straus‘ phenomenological anthropology work primarily helps gain a better understanding of a patient’s subjective experiencing. Antonovsky, on the other hand, provides important approaches towards health promotion and prevention. The main benefit lies in the identification and stabilization of healthy parts and the patient’s self-healing power.

The author concludes as follows:

- When the terms ‚health‘ and ‚disease‘ are discussed on a scientific-theoretical and practical basis, it soon becomes obvious that the relevant determinants cannot be answered by quantitative research alone. The genuine responsibilities of psychiatric and psychosomatic science therefore include

problem-historical and ideology-critical research, as done exemplarily by Antonovsky and Straus. This branch of science clearly needs a stronger orientation towards qualitative research.

- Today, psychiatry and psychosomatic medicine are divided into a number of individual disciplines, which mainly focus on the development of new and practical treatment methods. The intensity of public debates about this development illustrates how necessary it is to create a framework of general guidelines for clinicians and scientists. Therefore Antonovsky and Straus provide a great deal of useful suggestions.

10 ANHANG

10.1. Biographische Anmerkungen

- Adler, Alfred
(1870-1937)
- Der österreichische Arzt und Psychotherapeut gilt als Begründer der Individualpsychologie. Adler war davon überzeugt, dass bei jeder Lebensäußerung des Menschen körperliche und seelische Vorgänge gemeinsam wirksam sind und eine unteilbare Einheit bilden. Diese Entdeckung formt heute die Grundlage der Psychosomatik (vgl. RATTNER 2000).
- Aschoff, Karl Albert
Ludwig
(1866-1942)
- Der Pathologe Aschoff ist bekannt geworden mit der Entdeckung der später nach ihm benannten rheumatischen Knötchen im Herzmuskel (Aschoff-Knötchen). Mit seinem Schüler Sunao Tawara beschrieb er 1906 den AV-Knoten (Aschoff-Tawara-Knoten). Darüber hinaus führte er grundlegende Untersuchungen über den Lipidstoffwechsel und über die Funktion der Nebennierenrinde durch. Des Weiteren prägte er den Begriff des Retikulo-endothelialen Zellsystems (vgl. WORMER 1989, 7).
- Bandura, Albert
(geb. 1925)
- Bandura leistete wichtige Beiträge zur Lernpsychologie. Unter anderem setzte er in der Aggressionsforschung dem Trieb und der Frustration die Rolle des sozialen Lernens als entscheidenden Auslösemechanismus hinzu. 1974 wurde Bandura zum Präsidenten der American Psychological Association ernannt. Anfang 2008 wurde ihm der Grawemeyer Award in Psychologie verliehen. Seine wohl bekannteste Studie ist die im Jahre 1963 durchgeführte sogenannte ‚Bobo doll study‘, die zur Entwicklung der Theorie des Lernens am Modell (‚Beobachtungslernen‘) führte. Bandura war zuletzt an der Stanford Universität tätig (vgl. BOEREE, C.G. (2007): Persönlichkeitstheorien. Bandura, Albert. Social psychology. Online publiziert auf URL:
<http://www.social-psychology.de/sp/pt/bandura>, Stand 09.06.2009).
- Baeyer, Walter Ritter von
(1904-1987)
- Von Baeyer war von 1955 bis 1972 Direktor der Psychiatrischen und Neurologischen Klinik der Universität Heidelberg. Das wissenschaftliche Interesse von Baeyers galt der Auseinandersetzung mit Themen wie
1. der Freiheitsraum in Gesundheit und Krankheit,
 2. der Freiheitsfrage in der forensischen Psychiatrie und
 3. der Psychotraumatologie.
- Insbesondere beschäftigte er sich mit der Psychiatrie der unter dem Nazi-

Regime verfolgten. Er begutachtete eine große Anzahl jüdischer Patienten, die die Konzentrationslager überlebt hatten und später psychiatrische Symptome entwickelten. Groß war sein Engagement auch im Bereich der Sozialpsychiatrie. Von 1966 bis 1971 war er Vizepräsident des Weltverbands für Psychiatrie (vgl. HÄFNER 2006).

Bergmann, Franz August
Richard Gustav von
(1878-1955)

Bergmann gab als Professor für Innere Medizin in Marburg, Frankfurt, Berlin und München dem medizinischen Denken weit über sein Fachgebiet hinaus neue Impulse. Mit seinem Konzept der ‚Funktionellen Pathologie‘ schuf er die Grundlagen der Psychosomatik (vgl. Online Lexikon des Spiegel Wissen Verlages, Online publiziert auf URL: <http://wissen.spiegel.de/wissen/dokument/dokument.html>, Stand 07.07.2009).

Bergson, Henri-Louis
(1859-1941)

Dieser französische Philosoph erhielt im Jahre 1927 den Literatur-Nobelpreis (vgl. DELEUZE 2001). Er gilt als ein bedeutender Vertreter der Lebensphilosophie und als ein Vorläufer des Existenzialismus. Sein markantestes Philosophem ist der Begriff des ‚élan vital‘ als Beschreibung ‚einer alle Gebiete des Seienden durchwaltenden geistigen Kraft, die die Entwicklung vorantreibt‘ (vgl. BERGSON 1928), einer Kraft, die vom Menschen nicht rational, sondern nur intuitiv erkannt werden kann und die sich in allen Schöpfungsakten manifestiert, sowohl den künstlerischen, wissenschaftlichen wie auch den evolutionären in der Natur. Das Denken Bergsons hat vor allem in den Jahren 1900 bis 1930 stark gewirkt und zahlreiche Schriftsteller beeinflusst, beispielsweise Marcel Proust, André Gide, Paul Claudel oder T. S. Eliot (vgl. DELEUZE 2001).

Beringer, Kurt
(1887-1974)

Beringer war als Medizinprofessor in Freiburg und Heidelberg tätig. 1932 als Oberarzt an der Psychiatrischen und Nervenlinik München beginnend, wurde er im Jahre 1934 ordentlicher Professor der Psychiatrie in Freiburg und Direktor der dortigen Psychiatrischen Klinik und der Nervenlinik (vgl. BRUCH, KADERAS 2002, 48).

Binswanger, Ludwig
(1891-1966)

Als der bekannteste Spross der weitverzweigten Psychiaterfamilie Binswanger gehörte Ludwig Binswanger schon früh zu den führenden geistigen Persönlichkeiten seines Landes. Er leitete 45 Jahre lang das 1857 von seinem namensgleichen Großvater gegründete Sanatorium Bellevue, das mit ihm international bekannt wurde. Als Begründer der Daseinsanalyse hat er heute einen festen Platz in der Psychiatriegeschichte des 20. Jahrhunderts. Binswanger hat versucht, psychoanalytisches und philosophisches Wissen miteinander zu verbinden. Für ihn ist eine

(medizinische) Theorie nicht nur eine Konstruktion zum Zwecke der Erklärung eines Geschehens. Seiner Ansicht nach beschreibt sie einen methodischen Leitfaden für das wissenschaftliche Verständnis von bestimmten Erlebnissen, der ihrem Sinn und Gehalt entnommen wird. (vgl. FICHTNER, G. (2005): Binswanger, Ludwig. Historisches Lexikon der Schweiz. Online publiziert auf URL: <http://www.hls-dhs-dss.ch/textes/d/D14293.php>. Stand 18.06.09).

Blankenburg, Wolfgang
(1928-2002)

Blankenburg studierte neben Medizin Philosophie und Psychologie. Nach einer zunächst internistischen ärztlichen Tätigkeit war er Assistent und dann Oberarzt an der psychiatrischen Klinik und Nervenklinik der Universität Freiburg, wo er sich auch habilitierte. Von 1975 bis 1993 war er Lehrstuhlinhaber und Leiter der Klinik für Psychiatrie an der Universität Marburg. Bekannt geworden ist Blankenburg vor allem durch sein im Jahre 1971 veröffentlichtes Hauptwerk „Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit“. In dieser wissenschaftlichen Abhandlung vergleicht er den Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit als ein Wesensmerkmal der (symptomarmen) schizophrenen Alienation mit dem Vorgang der phänomenologischen Reduktion, die ihm zufolge gleichfalls eine methodisch intendierte Aufhebung der natürlichen Selbstverständlichkeit bedeutet (vgl. KRAUS 2003, 1030).

Bleuler, Paul Eugen
(1857-1939)

Der Schweizer Psychiater Bleuler ist im Jahre 1911 bekannt geworden durch die von ihm initiierte Neubeschreibung der Erkrankung der Schizophrenie. In seiner bekannten Schrift: „Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien“ (1911) versuchte er, die bisher von Emil Kraepelin geprägte Bezeichnung der ‚Dementia praecox‘ zu ersetzen. Für Bleuler war die Ambivalenz das Hauptsymptom der Schizophrenie. In einer Zeit, in der für die Behandlung der Schizophrenie noch keinerlei medikamentöse Therapie zur Verfügung stand, erzielte Bleuler durch Verbesserung der allgemeingesundheitlichen Voraussetzungen und durch persönliche Zuwendung oft eine erstaunliche Besserung der Symptomatik (vgl. KLAESI 1956).

Block, Jack
(geb. 1924)

Dieser US-amerikanische Psychologe wurde in New York geboren. Im Jahre 1950 habilitierte er sich an der Stanford University in Palo Alto, Kalifornien. Bis zu seiner Emeritierung war er an der University of California in Berkeley tätig (vgl. Homepage der University of California Berkeley, URL: <http://psychology.berkeley.edu/faculty/profiles/jblock.html>, Stand 11.06.2009).

KAPITEL X: ANHANG

- Bonhoeffer, Karl Ludwig (1868-1948) Bonhoeffer war intensiv bemüht gewesen, die Psychiatrie als anerkanntes, wissenschaftliches Fach in der Medizin fest zu etablieren und weg von der reinen ‚Anstaltsmedizin‘ weiterzuentwickeln. Sein Bestreben galt einer Wahrung der Einheit von Psychiatrie und Neurologie. Er hatte die Vorstellung, dass sogenannte ‚psychische Krankheiten‘ in nervenärztlichen und Allgemeinpraxen, in Ambulatorien und Polikliniken behandelt werden sollen. Auf ihn zurück geht der Begriff des sogenannten ‚akuten exogenen Reaktionstyps‘, welcher heute der Bezeichnung ‚Hirnorganisches Psychosyndrom‘ entspricht (vgl. HEINZ, SCHULZE 1981).
- Boss, Medard (1903-1990) Dieser Schweizer Psychiater war neben Ludwig Binswanger ein weiterer Vertreter, der die Daseinsanalyse Martin Heideggers für die Psychiatrie nutzbar machte. Ist der Ansatz der Daseinsanalyse von Ludwig Binswanger ursprünglich als rein theoretische Fundierung der Psychiatrie gedacht gewesen, wurde er von Medard Boss auch für den therapeutischen Kontext fruchtbar gemacht. Seine Grundannahmen waren folgende (vgl. RATTNER 1995, 720ff.):
1. Psychiatrische Erkrankungen seien nur vom gesunden und kranken Gesamtdasein des Menschen her zu verstehen.
 2. Krankheit sei ‚Ausdruck der wesensmäßigen Endlichkeit des Daseins‘.
 3. Heilung vollziehe sich als Begegnung im Sinne des ‚Mit-Seins mit Anderen‘.
- In Boss' Konzept wird der Arzt oder Therapeut als ein Partner in das Krankheitsgeschehen eingebunden. Er soll dem Kranken aus der Enge helfen, die diesem durch die ‚Begrenztheit seines Daseins‘ vorgegeben ist (vgl. ebd.).
- Bräutigam, Walter (geb. 1920) Bräutigam war bis zu seiner Emeritierung Leiter der Psychosomatischen Universitätsklinik in Heidelberg. Er ist unter anderem Verfasser des Buches „Psychosomatische Medizin. Ein kurzgefasstes Lehrbuch“, welches 1997 im Thieme Verlag erschienen ist (vgl. BRÄUTIGAM 1997).
- Brentano, Franz Clemens (1838-1917) Der deutsche Philosoph und Psychologe verband die Philosophie eng mit der Psychologie, die für ihn die Grundwissenschaft schlechthin darstellte. Er gilt u.a. als Begründer der Aktpsychologie, die postuliert, dass psychische Erscheinungen sich kennzeichnen durch Aktcharakter und Intentionalität (vgl. HEDWIG 1987).
- Buytendijk, Frederik Als einer der Begründer der psychologischen Anthropologie gilt er auch als

KAPITEL X: ANHANG

- Jacobus Johannes
(1887-1974)
- einer der Ahnherren der kybernetischen Anthropologie. Stationen seiner Ausbildung, Forschung und Lehre waren die Universitäten von Amsterdam, Groningen, Utrecht, Neapel, Cambridge sowie Berlin, Gießen, Bonn, Köln und Basel. Wichtig für seinen Werdegang waren der Kontakt mit Hans Driesch, Max Scheler und Helmuth Plessner, in dem sich Impulse der Phänomenologie mit Fragestellungen der Philosophischen Anthropologie, der Gestalttheorie, der theoretischen Biologie und der Verhaltensforschung verbanden (vgl. BOUDIER 2005).
- Cassirer, Richard
(1868-1925)
- Cassirer war von 1912 bis zu seinem Todesjahr 1925 Professor für Neurologie an der Friedrich-Wilhelms-Universität (der heutigen Humboldt-Universität zu Berlin). Seine Forschungen konzentrierten sich vordergründig auf die Bereiche Neuroanatomie und Neuropathologie (vgl. STRAUS 1927c).
- Descartes, René
(1596-1650)
- Der Franzose Descartes war Philosoph, Mathematiker und Naturwissenschaftler. Descartes gilt als der Begründer des modernen frühneuzeitlichen Rationalismus. Sein rationalistisches Denken wird auch Cartesianismus genannt. Seine Auffassung bezüglich der Existenz von zwei nicht miteinander wechselwirkenden, voneinander verschiedenen Substanzen – Geist und Materie - ist heute als cartesianischer Dualismus bekannt. Für Descartes waren physiologische Modellvorstellungen integraler Bestandteil seiner Philosophie. Er gilt als ein wesentlicher Wegbereiter der neuzeitlichen Iatrophysik (vgl. PRECHTL 2004).
- Dilthey, Wilhelm
(1833-1911)
- Entgegen dem zu seiner Zeit stark verbreiteten Naturalismus entwickelte der deutsche Philosoph, Psychologe und Pädagoge Dilthey ein lebensphilosophisches Fundament, welches das menschliche Leben und die Formen seines Ausdrucks nicht mehr nur nach Naturgesetzmäßigkeiten erklärte, sondern vielmehr die Eigengesetzlichkeit des menschlichen Geisteslebens zu verstehen suchte. Nach einem Studium der Theologie, Geschichte und Philosophie promovierte er im Jahre 1864 über die Ethik von Schleiermacher und habilitierte sich im gleichen Jahr über das moralische Bewusstsein. Anschließend wurde Privatdozent an der Universität Berlin, wo er bis zum Jahre 1905 lehrte. Dilthey formulierte in Abgrenzung zu den Naturwissenschaften eine Theorie der Geisteswissenschaften. Als deren Methode entwickelte er die Hermeneutik und die verstehende Psychologie. Dabei suchte er ein Fundament, von dem aus das menschliche Leben in seiner ganzen Breite verstanden werden kann. Er begründete die so genannte Lebensphilosophie (vgl. LESSING 2001).

KAPITEL X: ANHANG

- Dörner, Klaus
(geb. 1933)
- Dörner studierte Medizin, Soziologie und Geschichte. Er gilt heute als bedeutender Vertreter der deutschen Sozialpsychiatrie. Bis zu seiner Emeritierung war er an der Universität Witten/Herdecke tätig (vgl. SCHÄFER, A. (2008): Klaus Doerner. Reformier und provokanter Geist. Psychologie heute. Online publiziert auf URL: http://www.psychologie-heute.de/portraits/klaus_doerner.html, Stand 03.07.2009).
- Droysen, Johann Gustav
Bernhard
(1808-1884)
- Als Geschichtstheoretiker hat Droysen die Grundlage für die hermeneutische Methodik in den modernen Geschichtswissenschaften gelegt. Droysen unterteilte seine Historik in zwei Teile, die ‚Methodik‘ und die ‚Systematik‘, wobei die Methodik eher als hilfswissenschaftliche Anleitung zum historischen Forschen zu sehen ist und die Systematik die Selbstreflexion einer verstehenden Geschichtswissenschaft darstellt (vgl. LEYH 2008).
- Engel, George Libman
(1913-1999)
- Engel war an der medizinischen Fakultät der Universität in Rochester (New York) als Internist und Psychiater tätig. Bekannt geworden ist er zunächst mit seinen Arbeiten über subakute bakterielle Endokarditis. Mitte der 50er Jahre des letzten Jahrhunderts wurde er zu einer der führenden Persönlichkeiten in der empirischen Forschung der Psychosomatik (vgl. DOWLING 2005).
- Fichtner, Gerhard
(geb. 1932)
- Fichtner ist bis zum Jahre 1998 Direktor des Instituts für Geschichte der Medizin an der Universität Tübingen gewesen. Seine Forschungsschwerpunkte waren Medizinische Bibliographie, Medizin der frühen Neuzeit, Geschichte der Psychiatrie und Psychoanalyse (vgl. FICHTNER, G. (2005): Binswanger, Ludwig. Historisches Lexikon der Schweiz. Online publiziert auf URL: <http://www.hls-dhs-dss.ch/textes/d/D14293.php>. Stand 18.06.09).
- Frankl, Viktor Emil
(1905-1997)
- Frankl wurde aufgrund seiner jüdischen Herkunft im Jahre 1942 ins Ghetto Theresienstadt, im Jahre 1944 nach Auschwitz und anschließend in ein Außenlager des KZ Dachau gebracht. Der Neurologe und Psychiater überlebte den Holocaust und schrieb seine Eindrücke und Erfahrungen in den Konzentrationslagern in seinem Buch „...trotzdem Ja zum Leben sagen“ nieder (vgl. FRANKL 1946). Dieses Buch machte ihn weltberühmt. Nach dem Krieg wurde er Professor für Neurologie und Psychiatrie an der Universität Wien, hatte aber auch Professuren an der Harvard University sowie an Universitäten in Dallas und Pittsburgh inne. Die U.S. International University in Kalifornien errichtete eigens für ihn eine Professur für Logotherapie. Mittlerweile sind seine 32 Bücher in 34 Sprachen erschienen (vgl. The Official

Website of the Viktor Frankl Institute Vienna, URL:
<http://logotherapy.univie.ac.at/d/person.html>, Stand 11.06.2009).

Freud, Sigmund
(1856-1939)

Freud hielt die Psychoanalyse für eine Wissenschaft, die psychische Phänomene als unmittelbar materialisiert versteht. Sein Bestreben war es, eine Psychologie auf physiologischer Grundlage zu entwickeln, die Gedanken vornehmlich als Energiebewegungen in Neuronen versteht. Zeit seines Lebens hielt er (trotz aller sonstigen Wandlungen) an der Grundauffassung fest, der 'psychische Apparat' sei, obwohl vorübergehend in mentalistischer Sprache beschrieben, ein physikalisches System, für das dereinst, wenn nur die neurophysiologischen und neuroanatomischen Wissenschaften weiter fortgeschritten sind, ausschließlich physikalische Begriffe eingeführt werden können (vgl. BÜHLER 1983, 89 ff.).

Fuchs, Thomas
(geb. 1958)

Thomas Fuchs ist Oberarzt und Leiter der Sektion 'Phänomenologische Psychopathologie' an der Psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg. Er ist Professor für Psychiatrie und Psychotherapie, promoviert in Medizin-geschichte und in Philosophie. Er leitet das Referat 'Philosophische Grundlagen der Psychiatrie' der Deutschen Psychiatrischen Gesellschaft und koordiniert das Europäische Graduiertenkolleg 'Disorders and Coherence of the Embodied Self'. Weiterhin ist er Vorsitzender der 'Deutschen Gesellschaft für phänomenologisch-anthropologische Psychotherapie, Psychiatrie und Psychologie'. Seine wissenschaftlichen Arbeitsschwerpunkte sind:

1. Phänomenologische Psychologie und Pathopsychologie,
2. Kohärenz und Störungen des Selbsterlebens sowie
3. Theorie und Ethik der Psychiatrie und Medizin.

(Vgl. Offizielle Homepage des Universitätsklinikum Heidelberg, URL:
<http://www.klinikum.uni-heidelberg.de/Prof-Dr-med-Dr-phil-Thomas-Fuchs.6031.0.html>. Stand 09.04.2009).

Gadamer, Hans Georg
(1900-2002)

Durch sein im Jahre 1960 veröffentlichtes Werk „Wahrheit und Methode“ wurde Gadamer zum Begründer der philosophischen Hermeneutik. Der deutsche Philosoph und Schüler Martin Heideggers wandte sich damit sowohl gegen den Methodologismus der traditionellen Hermeneutik von Friedrich Schleiermacher und Wilhelm Dilthey als auch gegen den Idealismus Georg Wilhelm Friedrich Hegels. Für Gadamer ist jegliches Verstehen (egal ob es sich dabei um Texte, Bauwerke oder Menschen handelt) an die Sprachlichkeit des Seins vor dem Horizont der Zeit gebunden. Die Voraussetzung dafür ist Offenheit auf der Seite des Interpreten, der sich der eigenen Vorurteilsstruktur bewusst werden soll und die Bereitschaft zum

Gespräch mitbringt. Gadamer wurde 1949 Nachfolger von Karl Jaspers an der Universität Heidelberg (vgl. DI CESARE 2009).

Gaupp, Robert Eugen
(1870-1953)

Als deutscher Neurologe und Psychiater war Gaupp zunächst an der Universität Tübingen tätig. Ab 1931 war er Mitglied des Kuratoriums des Kaiser-Wilhelm-Instituts für Hirnforschung, von 1945 bis 1948 Dezernent für Wohlfahrts- und Gesundheitswesen der Stadt Stuttgart. Berühmt geworden ist Gaupp für die Veröffentlichung seiner Kasuistik über den Massenmörder Ernst August Wagner, an dessen Fall er anschaulich psychologisch erklärbare Momente in der Wahnentstehung aufzeigen konnte (vgl. KOLLE 1970, 140).

Gebattel, Viktor Emil
Klemens Franz Freiherr
von
(1883-1976)

Gebattel war Psychiater, Psychotherapeut, Wissenschaftspublizist, Philosoph und Schriftsteller. Hauptanliegen seiner Untersuchungen war es, zu zeigen, dass viele Symptome neurotischer und psychotischer Erkrankungen zentrale existentielle Sinngehalte menschlichen Seins in eigentümlicher Art und Weise widerspiegeln (vgl. PASSIE 1995, 121).

Geiger, Moritz
(1880–1937)

Dieser deutsche Phänomenologe gab zusammen mit dem Münchner Husserl-Kreis das sogenannte „Jahrbuch für Philosophie und phänomenologische Forschung“ heraus. Unter der NS-Diktatur musste er aufgrund seiner jüdischen Abstammung 1933 in die USA emigrieren. Dort lehrte er am Vassar College der Stanford University in New York. Zu seinen berühmteren Schülern zählen u.a. Klaus Berger, Hans-Georg Gadamer, Walter Benjamin und Karl Löwith (vgl. SCHWEMMER 2008, 791).

Griesinger, Wilhelm
(1817-1868)

Griesinger ist einer der meist zitierten Psychiater in der psychiatriegeschichtlichen und auch klinisch-psychiatrischen Literatur. Er gilt als Begründer des sogenannten materialistischen Ansatzes in diesem Fachgebiet, da er die Psychiatrie als Wissenschaft in engste Verbindung mit der Anatomie, Neuropathologie und der Physiologie brachte. Er war ursprünglich als Internist tätig und wurde in dieser Profession im Jahre 1849 zunächst Ordinarius an der medizinischen Fakultät in Kiel. Acht Monate später zog er nach Kairo, wo er als Präsident des Medizinalwesens Ägyptens und als Leibarzt des ägyptischen Khediven arbeitete. In Ägypten verfasste er größere Publikationen über Tropenkrankheiten. 1854 wurde er Direktor der medizinischen Klinik in Tübingen. 1860 folgte er einem Ruf nach Zürich und wandte sich zunehmend der Psychiatrie zu. Er wurde Gründervater des Burghölzli. 1865 kam er als Professor für Psychiatrie und Neurologie an die Charité in Berlin. Im Umgang mit psychisch Kranken setzte er neue

Maßstäbe und trat für freiheitlichere Formen ein. Er forderte die Abschaffung der Zwangsmaßnahmen und betonte die Wichtigkeit der Umgebung der Kranken (vgl. VERWEY 2004).

Hansen, Karl
(1893-1962)

Dieser Internist und Neurologe war besonders an psychosomatischen Fragestellungen interessiert und lieferte wichtige Beiträge im Bereich der medizinischen Anthropologie (vgl. SCHÖNKNECHT 1997).

Heidegger, Martin
(1889-1976)

Heidegger zählt zu den einflussreichsten Philosophen des 20. Jahrhunderts. Zu den zentralen Bemühungen Heideggers gehörte die Kritik der traditionellen Metaphysik, die er unter phänomenologischen, hermeneutischen und ontologischen Gesichtspunkten interpretierte und kritisierte. Heidegger hat zudem die philosophische Richtung der Fundamentalontologie begründet. Seine Gedanken übten direkt und über einige seiner Schüler großen und bleibenden Einfluss auf die moderne Philosophie auch außerhalb Deutschlands sowie auf andere Geisteswissenschaften aus. Heideggers NS-Engagement ist bis heute Gegenstand kontroverser Debatten (vgl. FIGAL 2007).

Herxheimer, Herbert
(1894-1985)

Herxheimer war als Internist bis zum Jahre 1936 an der Charité tätig. Nach seiner Emigration widmete er sich in London wissenschaftlich dem Thema „Asthma bronchiale“. Für seine hervorragenden medizinischen und wissenschaftlichen Leistungen erhielt er im Jahre 1976 das Große Verdienstkreuz der Bundesrepublik Deutschland (vgl. Homepage der Abteilung für Infektiologie der Charité Berlin, Geschichte der Allergie und Asthma Poliklinik, URL: <http://www.charite.de/infektiologie/a-histo.shtml>, Stand 18.06.2009).

Husserl, Edmund
(1859-1938)

Der deutsche Philosoph gilt als Begründer der Phänomenologie, mit deren Hilfe er die „Philosophie als strenge Wissenschaft“ (Titel einer programmatischen Schrift aus dem Jahre 1911) zu begründen suchte. Husserl war davon überzeugt, dass die Grundlage jeder alltäglichen, wissenschaftlichen und philosophischen Erkenntnis im konsequenten Abstrahieren von jeder vorgefassten Meinung liegt. Die einzigen Voraussetzungen, die für ihn galten, waren folgende:

1. Erkenntnis vollzieht sich in Bewusstseinsakten.
2. Es ist möglich, eine unmittelbare (d.h. theoriefreie) Beschreibung des sich Zeigenden zu geben.

Der Erkennende solle sich darauf konzentrieren, das sich Zeigende möglichst

genau zu beschreiben. Das, was sich direkt in solchen Erkenntnisakten zeigt, nennt Husserl Phänomene und deren Beschreibung Phänomenologie (vgl. DANZER 1995, 99ff).

Jung, Carl Gustav
(1875-1961)

Dieser Mediziner und Psychologe gilt als Begründer der Analytischen Psychologie. Im Jahre 1905 konnte sich Jung 1905 bei Bleuler mit umfangreichen diagnostischen Assoziationsstudien habilitieren, denen er im Jahre 1907 seine Arbeit „Über die Psychologie der Dementia praecox“ folgen ließ. Wegen Zerwürfnissen mit Bleuler gab Jung 1909 seine Tätigkeit bei ihm auf und engagierte sich in Freuds Bewegung. Von 1910 bis 1914 war er Präsident der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung. 1912 publizierte er sein Buch „Wandlungen und Symbole der Libido“, das schließlich auch zum Bruch mit Freud führte, da Jung darin Freuds Libidotheorie kritisierte (vgl. WEHR 1988).

Kobasa, Susan C.

Kobasa arbeitet als klinische Psychologin an der City University in New York. Bekannt geworden ist sie durch die Ergebnisse einer Studie, die sie in den 70er Jahren an Mitarbeitern der ‚Bell Telephone Company‘ in den USA durchgeführt hat. In diesem Betrieb wurden zu jener Zeit radikale Umstrukturierungen vorgenommen und somit ein hoher Druck auf die Mitarbeiter ausgeübt. Kobasa untersuchte, wie die jeweiligen Angestellten mit dieser Belastung umgingen. Dabei stellte sie gezielt die Frage, was gestresste Menschen, die nicht krank werden, von gestressten Menschen unterscheidet, die infolge der Stressbelastung krank werden. Auf dieser Grundlage aufbauend, konnte sie später spezifische Persönlichkeitseigenschaften definieren, die Stress besser bzw. schlechter zu bewältigen imstande sind (vgl. LORENZ 2004, 83).

Kolle, Kurt
(1898-1975)

Kolle arbeitete von 1926 bis 1933 als Assistent von Georg Sterz an der Psychiatrischen Klinik in Kiel. Anschließend war er als niedergelassener Nervenarzt in Frankfurt am Main tätig. In der Zeit des Nationalsozialismus erhielt er Publikationsverbot. Von 1953 bis 1966 leitete er die Universitätsklinik für Psychiatrie in München. Er ist Autor verschiedener Lehrbücher und Biographien (vgl. STÜRZBECHER 1980).

Kraepelin, Emil
(1856-1926)

Auf diesen deutschen Psychiater gehen viele Entwicklungen in der wissenschaftlichen Psychiatrie zurück. Von Kraepelin stammen beispielsweise die Grundlagen des heutigen Systems der Klassifizierung psychischer Störungen. Darüber hinaus führte er zahlreiche experimentalpsychologische Methoden in die Psychiatrie ein und gilt nicht zuletzt als Begründer der

modernen empirisch orientierten Psychopathologie, mit der in ersten Ansätzen ein psychologisches Denken in der Psychiatrie üblich wurde (vgl. WEBER, BURGMAIR, ENGSTROM 2006).

Kretschmer, Ernst
(1888-1964)

Kretschmer erforschte die menschliche Konstitution und stellte eine Typenlehre auf. Mit seiner Konstitutionstypologie führte er die Unterscheidung zwischen den Typen des Leptosomen, des Pyknikers und des Athletikers ein. Er beschrieb 1940 als Erster das apallische Syndrom, das sog. Wachkoma (vgl. PRIWITZER 2004).

Kuhn, Roland
(1912-2005)

Bekannt geworden ist der Psychiater Kuhn vor allem durch die Entdeckung der antidepressiven Wirkung von Imipramin. Er war Schüler von Ludwig Binswanger und später Direktor der Kantonalen Psychiatrischen Klinik in Münsterlingen (vgl. HINTERHUBER 2004).

Kuhn, Thomas Samuel
(1922-1996)

Dieser US-amerikanische Wissenschaftstheoretiker und Wissenschaftshistoriker wurde 1922 in Cincinnati geboren und begann ein Studium der Physik an der Harvard Universität im Jahre 1940. Von 1964 bis 1979 lehrte er an der Princeton University. Danach wechselte er ans Massachusetts Institute of Technology (MIT), wo er bis zu seiner Emeritierung im Jahr 1991 blieb. Kuhn war Gründungsmitglied der International Academy of Science. 1982 wurde Kuhn mit der George-Sarton-Medaille ausgezeichnet, dem renommiertesten Preis für Wissenschaftsgeschichte der von George Sarton und Lawrence Joseph Henderson gegründeten History of Science Society (HSS) (vgl. FULLER 2000).

Laing, Ronald David
(1927-1989)

Der britische Psychiater gilt als Begründer der interpersonalen Phänomenologie. Ursprünglich psychoanalytisch ausgebildet, machte er sich vor allem einen Namen als eine der führenden Figuren in der Anti-Psychiatrie-Bewegung. Laings gesamtes Werk richtet sich gegen die mystifizierende Verdinglichung der von Freud als unbehandelbar betrachteten psychotischen Erkrankungen. Für Laing stehen auch diese psychischen Störungen im Kontext einer – familiären und gesellschaftlichen – Genese. Seiner Ansicht nach sind sie vor allem existentielle Situationen der Betroffenen selbst, die von diesen gelebt werden müssen. Dem behandelnden Arzt kommt hierbei die Aufgabe zu, das Erleben des Patienten – wenn nur irgend möglich – quasi mitzuerleben, es existentiell mitzuverstehen, anstatt es objektiv kategorisieren zu wollen (vgl. BURSTON 1996, 25).

Lazarsfeld, Paul Felix

Dieser österreichisch-amerikanische Soziologe ist auch unter dem

KAPITEL X: ANHANG

- (1901-1976) Pseudonym Elias Smith bekannt. Durch die Studie über „Die Arbeitslosen von Marienthal“ wurde er zum Begründer der modernen empirischen Sozialforschung (vgl. ALLERBECK 2003).
- Lazarus, Richard S.
(1922-2002) Der amerikanische Stressforscher gilt als der bedeutsamste Träger der ‚Kognitiven Wende‘ – einem Paradigmenwechsel innerhalb der psychologischen Wissenschaftsgemeinde vom Behaviorismus hin zum Kognitivismus – in den 1950er und 1960er Jahren. Nach einem Psychologie- und Soziologiestudium in New York war er zunächst als Professor in Pittsburgh und ab dem Jahre 1957 an der Universität von Berkeley in Kalifornien tätig (HYMAN, C. (2002): Richard Lazarus. UC Berkeley psychology faculty member and influential researcher, dies at 80. Nachruf der Universität Berkeley. Online publiziert auf URL: http://www.berkeley.edu/news/media/releases/2002/12/04_lazarus.html, Stand 08.06.2009).
- Lipps, Theodor
(1851-1914) Lipps gilt heute als einer der Hauptvertreter des Psychologismus in Deutschland. Er wirkte insbesondere auf dem Bereich der psychologischen Ästhetik (vgl. SCHISCHKOFF 1982).
- Mayer-Gross, Wilhelm
(1889-1961) Mayer-Gross war als deutscher Psychiater bis zu seiner Emigration im Jahre 1934 vorwiegend in Heidelberg tätig. Wie beispielsweise Kurt Schneider oder Hans Große hat auch er wichtige Beiträge geliefert zur Weiterentwicklung phänomenologisch orientierter Psychopathologie (vgl. WILKINSON 1993).
- Merleau-Ponty, Maurice
(1908-1961) Neben Paul Ricoeur, Jean-Paul Sartre, Gabriel Marcel, Emmanuel Levinas und Aron Gurwitsch ist Merleau-Ponty einer der wichtigsten Vertreter der französischen Phänomenologie. Seine Philosophie lässt die Phänomenologie in einen intensiven Dialog eintreten mit Denkstilen des Strukturalismus, der Gestalttheorie, Psychologie und verschiedenen philosophischen Traditionen. Schwerpunkt seiner Arbeiten ist dabei die Rolle des Leibes, als den der Mensch sich selbst und die Welt erfährt. In Ergänzung zu Husserl und Heidegger bietet Merleau-Ponty quasi einen ‚Dritten Weg‘ zur Erhellung des fundamentalen Zusammenhangs von Dasein und Welt an: Er sieht die grundlegende Verfasstheit des Subjekts nicht wie Husserl in der Intentionalität seines Bewusstseins und auch nicht in seinem Sein als Dasein im Sinne Heideggers. Er sieht sie vielmehr in seiner Leiblichkeit fundiert, die er in einem oszillierenden Gespräch zwischen Empirismus und Intellektualismus herausarbeitet. Wichtige Begriffe der Philosophie Merleau-Pontys und für deren Verständnis konstitutiv sind Ambiguität, Leib und

Intentionalität (vgl. DANZER 2003).

Minkowski, Eugène
(1885-1972)

Dieser französisch-jüdische Psychiater begann seine medizinische Tätigkeit zunächst in Warschau. Aufgrund politischer Repressionen durch die zaristische Regierung war er jedoch gezwungen, zunächst nach München und anschließend nach Frankreich zu emigrieren. Sein wissenschaftlicher Fokus galt vor allem dem (phänomenologischen) Studium zur Psychopathologie im Zusammenhang mit der Zeitwahrnehmung (vgl. PASSIE 1995, 96ff.).

Natanson, Maurice
(1937-1996)

Natanson hat wesentlich dazu beigetragen, die Amerikaner in die Arbeit von Jean-Paul Sartre und Edmund Husserl einzuführen. Lehraufträge führten den Philosophen an die ‚University of Houston‘, die ‚University of North Carolina‘, die ‚University of California at Santa Cruz‘ und schließlich im Jahre 1976 an die ‚Yale University‘ (vgl. BUTLER 1997).

Parnas, Josef
(geb. 1950)

Parnas wurde in Lublin (Dänemark) geboren. Er studierte Medizin an der Universität in Kopenhagen. Im Jahre 1983 schloss er seine Assistenzarztausbildung im Fachbereich Psychiatrie ab. Seit dem Jahre 2000 ist er Professor für Psychiatrie an der Universität in Kopenhagen. Im Rahmen seiner Tätigkeit am dortigen ‚Center for Subjectivity Research‘ und nach Durchführung zahlreicher eigener Studien hat er die These entwickelt, dass im Ursprung der meisten Störungen des schizophrenen Formenkreises Störungen der Selbstwahrnehmung stehen (vgl. WEBER 2006, 120ff.).

Pawlow, Iwan
Petrowitsch (1849-1936)

Dieser russische Mediziner und Physiologe erarbeitete wichtige Grundlagen für die Verhaltensforschung und legte den Grundstein für fast alle neueren Lerntheorien. Pawlow war der Überzeugung, dass Verhalten auf Reflexen beruhen kann und entdeckte das Prinzip der klassischen Konditionierung. Im Jahre 1904 erhielt er den Nobelpreis für Medizin für seine Arbeiten über Verdauungsdrüsen. Ein Forschungsprojekt, welches unmittelbar aus seinen mit dem Nobelpreis gewürdigten Studien hervorging ist der sogenannte ‚Pawlowsche Hund‘. Bei diesen Untersuchungen stellte Pawlow fest, dass die Speichelsekretion eines Hundes nicht erst mit dem Fressvorgang beginnt, sondern bereits beim Anblick der Nahrung. Auch ein anderer Reiz (als neutraler Reiz bezeichnet) konnte die Sekretion von Speichel auslösen, wenn er regelmäßig der Fütterung vorausging. Diese Koppelung bezeichnete Pawlow als ‚konditionierten Reflex‘. Pawlows Leistung bestand aber nicht nur darin, diesen ‚bedingten Reflex‘ gefunden zu haben. Er erforschte auch die Gesetzmäßigkeiten von Hemmungs- und Erregungsprozessen im

Nervensystem. Er konnte bei Hunden experimentell Neurosen erzeugen und wieder heilen. Daraus zog er Schlüsse zur Erklärung des Mechanismus einer Reihe psychischer Erkrankungen und ihrer Heilung. Diese Prämissen fanden bei Straus wenig Verständnis (vgl. RÜTING 2002).

Reinach, Adolf
(1883-1917)

Als Philosoph, Phänomenologe, Sprachphilosoph und Rechtstheoretiker gilt Reinach als Begründer der sogenannten Sprechaktttheorie. Seine Arbeit über „Die apriorischen Grundlagen des bürgerlichen Rechtes“ (1913) war die erste systematische Behandlung der Sprechakte. Seine philosophische Orientierung wird als ‚Realistische Phänomenologie‘ bezeichnet und ist dem Realismus zuzurechnen (vgl. SCHUMANN 2003, 343).

Ricœur, Paul
(1913-2005)

Ricœur beschäftigten in seiner Arbeit vor allem folgende Themen (vgl. WALDENFELS 1987, 266ff.):

1. der Vorgang des Wollens,
2. die Symbole, in denen sich das Wollen ausdrückt,
3. die sprachliche Produktion in Dichtung und Erzählung und
4. die Grundbegriffe der Geschichtswissenschaft.

Ricœur gilt neben Hans-Georg Gadamer als Hauptvertreter der philosophischen Hermeneutik im 20. Jahrhundert: "Die Realität, nach der die Philosophie letztendlich fragt, das ist wohl der handelnde Mensch. Und ich füge immer hinzu: der leidende Mensch" (zit. nach einem Interview in der Zeitung ‚Le Monde‘ aus dem Jahre 1987). Ricœur wurde unter anderem mit dem Hegel-Preis und dem Karl-Jaspers-Preis ausgezeichnet. Im Juli 2003 erhielt er aus den Händen von Papst Johannes Paul II. bei einer Audienz im Vatikan den Internationalen Preis Paul VI. für seinen „großzügigen Beitrag zum ökumenischen Dialog“ (vgl. ebd.).

Rothschuh, Karl Eduard
(1908-1984)

Rothschuh war als Physiologe und Medizinhistoriker in Münster tätig. Im Jahre 1959 gründete er das Institut für Theorie und Geschichte der Medizin und wurde auch sein erster Direktor und Lehrstuhlinhaber (vgl. TOELLNER, T. (2004): Karl Eduard Rothschuh und die historische Medizin, veröffentlicht am 01. 07. 2004, URL: <http://www.getmed.de/ra/2004rothschuh-und-die-historische-medizin-1.htm>, Stand 06.06.2009)

Rotter, Julian B.
(geb. 1916)

Dieser US-amerikanische Psychologe hat sich ebenso wie Bandura mit der Entwicklung einer sozialen Lerntheorie beschäftigt. Sein Hauptaugenmerk galt dabei der Analyse von Entscheidungen, die Personen treffen, wenn sie sich mit einer Anzahl unterschiedlicher Handlungsalternativen konfrontiert

sehen. Von ausschlaggebender Bedeutung seien hierbei einerseits generalisierte (Persönlichkeitseigenschaften) als auch spezifische (situative) Handlungsdeterminanten. Beide werden von Rotter als ein Produkt von Lernerfahrungen angesehen (vgl. SCHWERTFEGER 2007).

Sartre, Jean Paul
(1905-1980)

Der französische Schriftsteller und Philosoph gilt als Vordenker und Hauptvertreter des Existentialismus und als der repräsentative französische Intellektuelle des 20. Jahrhunderts. 1964 wurde Sartre der Nobelpreis für Literatur zuerkannt, obwohl er schon im Vorfeld seine Ablehnung angekündigt hatte und diese dann auch aufrechterhielt. Am bündigsten formuliert ist sein theoretisches Konstrukt in dem Satz „L'existence précède l'essence“ (SARTRE 1946, 29, Übersetzung d. Verf.: „Die Existenz geht dem Wesen voraus“). Seiner Ansicht nach ist einzig das nackte Dasein dem Menschen vorgegeben. Was ihn am Ende ausmacht, das muss er erfinden. Die Grenzen seiner Freiheit sind nur in ihm, nicht aber äußerlich. Sartre vertritt die These der absoluten Freiheit des Individuums. Für ihn kommt die Existenz vor dem Wesen oder Sein des Menschen. Das heißt: Das Sein des Menschen ist nicht im Voraus definierbar, vielmehr schafft der Mensch sein eigenes Wesen immer wieder neu, ist durch die Kontingenz des Lebens dazu (zu seiner Freiheit) verurteilt (vgl. LÉVY 2002).

Scheler, Max
(1874-1928)

Durch seine Schrift „Die Stellung des Menschen im Kosmos“ (1928) gilt Scheler neben Plessner bis heute als ein Hauptbegründer der philosophischen Anthropologie. Scheler studierte zunächst Medizin, Philosophie, Psychologie und Soziologie in München und Berlin (u.a. bei Wilhelm Dilthey, Carl Stumpf und Georg Simmel). Im Jahre 1899 habilitierte er sich mit dem Thema „Die transzendente und die psychologische Methode“. Im Rahmen seiner philosophischen Arbeiten entwickelte er zur Grundlegung eines ethischen Personalismus eine materiale Wertethik. Daneben widmete er sich jedoch auch soziologischen Fragestellungen und avancierte hier zum Mitbegründer der Wissenssoziologie. In dezidiertem Auseinandersetzung mit den Wissenschaften – vor allem der Biologie, aber auch den Kultur- und Sozialwissenschaften – versuchte er in einer neuartigen Reflexionsfigur eine Kennzeichnung der ‚Sonderstellung‘ des Menschen in der Natur, die sowohl der modernen Wissenschaftserfahrung wie der Unergründlichkeit des Menschen, seiner Freiheitserfahrung standhalten sollte (vgl. SANDER 2001).

Schleiermacher, Friedrich
Daniel Ernst
(1768-1834)

In der Vielgestaltigkeit seiner in die verschiedensten Richtungen ausgreifenden Tätigkeiten (protestantischer Theologe, Philosoph und Pädagoge) war er eine der bedeutendsten geistigen Größen an der

Friedrichs-Wilhelms-Universität in Berlin, an der er ab 1810 bis zu seinem Lebensende als ordentlicher Professor lehrte. Eine seiner grundlegenden Behauptungen war, dass die Religiosität genauso zum Menschen gehöre, wie das (deduktive) Denken und das (moralische) Handeln und somit beide als gleichwertig zu betrachten seien (vgl. FISCHER 2001).

Schmidt-Degenhard,
Michael
(geb. 1954)

Schmidt-Degenhard ist Chefarzt an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Kaiserswerther Diakonie in Düsseldorf. Wissenschaftlich setzt er sich intensiv mit Methoden und Themen der anthropologischen Psychiatrie auseinander. Dabei erforscht er u.a. Depressionen, wahnhaftige Störungen sowie den Einfluss von Extremsituationen auf das menschliche Bewusstsein (vgl. DEUTSCHES ÄRZTEBLATT 2003, 1557).

Schmitz, Hermann
(geb. 1928)

Mit seinem zehnbändigen Werk „System der Philosophie“ (1964 ff.) begründete Schmitz eine neue philosophische Richtung, die sog. ‚Neue Phänomenologie‘. Wie die klassische Phänomenologie hat auch sie es sich zum Ziel gemacht, das Feld der alltäglichen und unmittelbaren Erfahrungen zu erfassen — getreu dem Motto von Edmund Husserl: ‚Zu den Sachen‘. Allerdings weicht Schmitz in beträchtlicher Weise von der klassischen Phänomenologie ab. Theoretischer Kernbegriff bei ihm ist der Begriff des Leibes. Schmitz’ ‚Neue Phänomenologie‘ kann daher auch treffend als ‚Leibphilosophie‘ bezeichnet werden. Vom Leib als zentralem Gegenstand seiner Analyse aus gelangt Hermann Schmitz auf nahezu allen Gebieten der Philosophie zu neuen Einsichten, die er in seinem Werk „System der Philosophie“ (SCHMITZ 2005) zusammengefasst hat (vgl. SOENTGEN 1998).

Schneider, Carl
(1891-1946)

Der Psychiater ist vor allem bekannt durch seine Verwicklung in die Tötung Geisteskranker während der Zeit des Nationalsozialismus. Im Zweiten Weltkrieg wurde Schneider beratender Psychiater bei der 6. Armee und war an den Beratungen über den Entwurf eines Euthanasiegesetzes beteiligt. Sein Tod erfolgte durch Suizid während seiner Untersuchungshaft in Frankfurt am Main (vgl. TELLE 1990).

Schneider, Kurt
(1887-1967)

Kurt Schneider gilt bis heute als einer der wichtigsten Forscher im Bereich Psychopathologie. Berühmt geworden ist Schneider vor allem durch die Unterscheidung der Symptome 1. und 2. Ranges der Schizophrenie. Seine Arbeiten gelten als Grundlage für die Forschungsgruppen, die in den 1970er Jahren die heute gültigen Diagnose-Systeme (ICD und DSM) ausarbeiteten. Schneider war nach seiner Promotion im Jahre 1912 zunächst als Oberarzt

bei Gustav Schaffenburg in Köln tätig. 1919 konnte er sich habilitieren, 1921 erwarb er den Dr. phil. 1931 wurde er in München Leiter der klinischen Abteilung der ‚Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie (Kaiser-Wilhelm-Institut)‘, dem heutigen Max-Planck-Institut für Psychiatrie. Zuletzt war er von 1946 bis 1955 ordentlicher Professor und Direktor der Psychiatrischen Universitätsklinik in Heidelberg, wo er auch seinen Lebensabend verbrachte. Schneider teilte die psychischen Störungen in 5 Gruppen ein: Psychopathische Persönlichkeiten, Abnorme Erlebnisreaktionen, Schwachsinnige und ihre Psychosen, Körperlich begründbare Psychosen und Zylothymie und Schizophrenie (vgl. HUBER 1979, 102ff.).

Spiegelberg, Herbert
(1904-1990)

Dieser Philosoph hat maßgeblich dazu beigetragen, die phänomenologische Erkenntnismethode in den Vereinigten Staaten bekannt zu machen. Sein Hauptinteresse galt den Bereichen: Zeitgenössische kontinentale Philosophie, Geschichte der Ideen, Ethik und Phänomenologische Psychologie (vgl. SCHUHMANN 1990).

Stertz, Georg
(1879-1959)

Stertz studierte Medizin in Freiburg, München und Breslau. In Breslau promoviert, folgte im Jahre 1911 die Habilitation. Im Jahre 1921 erhielt er einen Lehrstuhl für Psychiatrie in Marburg. Fünf Jahre später wurde er als Ordinarius nach Kiel berufen, wo er für einige Jahre die Nervenklinik leitete. Nach dem Krieg erhielt Georg Stertz 1946 einen Lehrstuhl für Psychiatrie und Nervenheilkunde in München, wo er bis zu seinem Tod lebte (vgl. KOLLE 1953).

Strassmann, Paul
(1866-1936)

Strassmann war ein renommierter Berliner Gynäkologe. Im Jahre 1900 gründete er eine eigene Frauenklinik, in welcher er auch Lehrveranstaltungen durchführte. Im Jahre 1933 emigrierte er in die Schweiz, wo er 3 Jahre später verstarb (vgl. Katalog der wissenschaftlichen Sammlungen der HU Universität zu Berlin, URL:
<http://www.sammlungen.hu-berlin.de/dokumente/17219>, Stand 01.06.2009).

Stumpf, Carl
(1848-1936)

Stumpf hat entscheidenden Einfluss auf Edmund Husserl ausgeübt. Von ihm stammt der philosophische Begriff ‚Sachverhalt‘. Zusammen mit seinem Studenten Oskar Pfungst löste er 1907 das Rätsel um den sogenannten ‚Klugen Hans‘ und verhalf damit der experimentellen Psychologie zum Durchbruch (vgl. Kurzbiographie im Virtual Laboratory des Max-Planck-Instituts für Wissenschaftsgeschichte, URL:
<http://vlp.mpiwg-berlin.mpg.de/people/data?id=per307>, Stand 18.06.2009).

Tellenbach, Hubertus
(1914-1994)

Bekannt geworden ist Tellenbach mit seiner Monographie „Melancholie. Problemgeschichte, Endogenität, Typologie, Pathogenese, Klinik“, die er im Jahre 1961 veröffentlicht hat. Darin beschrieb er den sogenannten ‚Typus melancholicus‘, die zur Melancholie veranlagte Persönlichkeit, als auf Ordnungs- und Harmoniestrukturen festgelegt. Davon ausgehend versuchte er zu einem allgemeinen Begriff der Endogenität, der Krankheitsverursachung durch eine bestimmte Daseinsverfassung zu gelangen (vgl. TELLENBACH 1961). Tellenbach studierte von 1933 bis 1938 in Freiburg im Breisgau, Königsberg, Kiel und München parallel Medizin und Philosophie und promovierte in beiden Fächern. Er arbeitete er als Neurologe in München, wo er sich im Jahre 1952 habilitierte. 1956 wechselte er nach Heidelberg und bekleidete dort seit 1958 eine außerordentliche Professur. Von 1971 war er bis zu seinem Ausscheiden im Jahre 1979 Ärztlicher Direktor der für ihn eigens geschaffenen Abteilung Klinische Psychopathologie an der Universität Heidelberg (vgl. Zentrum für psychosoziale Medizin des Universitätsklinikums Heidelberg (1995): Nachruf auf Hubertus Tellenbach. Online publiziert auf URL: <http://www.klinikum.uni-heidelberg.de/Nachruf.2067.0.html>, Stand 22.06.2009).

Weizsäcker, Viktor
Freiherr von
(1886-1957)

Weizsäcker gilt als ein ‚Vater‘ der psychosomatischen Medizin und der Medizinischen Anthropologie. Weizsäckers Ziel war die Einführung des Subjektes in die Medizin. Seinen Werdegang, der ihn zunächst von der Physiologie zur Inneren Medizin und anschließend weiter zur Neurologie und Psychotherapie führte, hat er 1944 in Breslau niedergeschrieben. Er wurde unter dem Titel „Natur und Geist“ veröffentlicht (vgl. HOFFMANN 2006).

Werner, Emmy
(geb. 1929)

Werner habilitierte sich an der University of Nebraska. Heute ist sie emeritierte Professorin am Department of Human and Community Development an der University of California, Davis. Internationale Bekanntheit erlangte Werner für ihre Längsschnittstudie an 698 Kindern auf der Hawaiinsel Kauai. Die Studie zeigte, dass Kinder, die biologischen, medizinischen und sozialen Risikofaktoren (wie zum Beispiel Komplikationen bei der Geburt oder Armut) ausgesetzt sind, sich im Durchschnitt negativer entwickeln, als Kinder die keinen Risikofaktoren ausgesetzt sind. Sie sind zum Beispiel häufiger delinquent, psychisch und körperlich weniger gesund und später beruflich weniger erfolgreich. Das meistbeachtete Ergebnis von Werners Studie jedoch war, dass es auch Kinder gab, die sich trotz vieler Risikofaktoren positiv entwickeln. Das traf auf ungefähr ein Drittel dieser Kinder zu. Diese Kinder wurden als resilient bezeichnet (vgl. WERNER,

SCHMITH 1982).

Uexküll, Jakob Johann
Baron von
(1864-1944)

Der Philosoph und Biologe gilt als einer der fruchtbarsten Denker des 20. Jahrhunderts. Er ist sowohl Mitbegründer der Verhaltensphysiologie und Ethologie als auch ein Vorläufer der Biokybernetik. Von besonderem Interesse für Uexküll war, dass Zeichen und Bedeutung von größter Wichtigkeit für alle Lebensprozesse sind. Sein Konzept des Funktionskreises kann als ein allgemeines Modell für Zeichenprozesse (Semiosis) angesehen werden. Uexküll führte den Begriff der Umwelt in die Biologie ein und gilt damit als Wegbereiter der Ökologie. Er war ein wichtiger Pionier der theoretischen Biologie und der wissenschaftstheoretischen Linie des radikalen Konstruktivismus (vgl. KULL 2001).

Uexküll, Thure von
(1908-2004)

Thure von Uexküll ist als ein wichtiger Begründer der psychosomatischen Medizin anzusehen. Sein Ziel war es, „den real existierenden Dualismus einer Medizin für Körper ohne Seelen und einer Medizin für Seelen ohne Körper zu überwinden“ (OTTO 2001, 34).

Zutt, Jürg
(1893-1980)

Zutt war als deutscher Psychiater von 1923 bis 1937 an der Berliner Charité tätig. Bekannt ist er heute vor allem für seine wissenschaftlichen Beiträge zur Entwicklung einer verstehenden Anthropologie des Menschen (vgl. SCHÖNKNECHT 1997).

10.2. Literaturverzeichnis

- Adler, A. (1933): Der Sinn des Lebens. In: Brunner, R., Wiegand, R. (2008): Alfred Adler. Der Sinn des Lebens. Religion und Individualpsychologie. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht, 23-177.
- Amrein, J. (2005): Geisteskrankheiten sind Gehirnerkrankheiten. In: Schweizer Zeitschrift für Psychiatrie und Neurologie 2. Zürich: Rosenfluh und Saem, 41-43.
- Antonovsky, A. (1979): Health, stress and coping. San Francisco: Jossey Bass.
- Antonovsky, A. (1985): The life cycle, mental health and the sense of coherence. Tel Aviv: Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences 22, 273-280.
- Antonovsky, A. (1988): Unraveling the mystery of health – How people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey Bass. Deutsche Übersetzung durch Franke, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: DGVT Verlag.
- Antonovsky, A. (1989): The problematic status of the Biopsychosocial Model. In: Saladin, P., Schaufelberger, H.J., Schläppi, P. (1989): ‚Medizin‘ für die Medizin. Arzt und Ärztin zwischen Wissenschaft und Praxis. Festschrift für Hannes G. Pauli. Basel u.a.: Helbig und Lichtenhahn.
- Antonovsky, A. (1990): Pathways leading to successful coping and health. In: Rosenbaum, M. (1990): Learned resourcefulness: on coping skills, self control and adaptive behavior. New York: Springer, 31-63.
- Antonovsky, A. (1991a): The Structural Sources of Salutogenetic Strengths. In: Cooper, C., Payne, R. (1991): Personality and Stress: Individual Differences in Stress Process. New York: Wiley, 67-104.
- Antonovsky, A. (1991b): Meine Odyssee als Streßforscher. In: Abholz, H. u.a. (1991): Rationierung der Medizin. Hamburg: Argument, 112-130.
- Antonovsky, A. (1993a): Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung. In: Franke, A., Broda, M. (1993): Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept. Tübingen: DGVT, 3-14.
- Antonovsky, A. (1993b): The Structure and Properties of the Sense of Coherence Scale. Social Science and Medicine 36. Amsterdam: Elsevier Science, 725-733.
- Antonovsky, A. (1993c): Complexity, Conflict, Chaos, Coherence, Coercion and Civility. Social Science and Medicine 37. Amsterdam: Elsevier Science, 969-974.
- Antonovsky, A. (1993d): Rejoinder. Social Science and Medicine 38. Amsterdam: Elsevier Science, 980-981.
- Aschoff, L. (1938): Virchows Cellularpathologie. III. Teil. In: Aschoff, L., Küster, E., Schmidt, H.J. (1938): Hundert Jahre Zellforschung. Berlin: Protoplasma Monographien.
- Bandura, A. (1977): Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Washington: Psychological Review 8, 191-215.
- Bartmann, S. (2004): Flüchten oder Bleiben? Rekonstruktion biographischer Verläufe und Ressourcen von Emigranten im Nationalsozialismus. Oldenburg: VS.
- Becker, V. (2005): Der naturwissenschaftliche Krankheitsbegriff. Der Pathologe 26. Berlin u.a.: Springer, 7–10.

- Bengel, J., Strittmatter, R., Willmann, H. (2001): Was erhält Menschen gesund? Antonovsky's Modell der Salutogenese - Diskussionsstand und Stellenwert. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).
- Benkert, O., Hippus, H. (2007): Kompendium der psychiatrischen Pharmakotherapie. 6. Auflage. Berlin u.a.: Springer.
- Berger, H. (2003): Gesundheitsförderung - Ein neuer Weg in die Psychiatrie. Psychiatrische Praxis 30/1. Stuttgart: Georg Thieme, 14-20.
- Berger, H., Paul, R., Heimsath, E. (2007): Die Förderung seelischer Gesundheit und die Prävention seelischer Krankheiten im Allgemeinkrankenhaus: Gibt es Beziehungen zur Konsiliar-Liaison-Psychiatrie? Psychosomatik und Konsiliarpsychiatrie 1. Darmstadt: Steinkopf, 52-55.
- Bergson, H.L. (1919): L' Energie spirituelle. Essais et conférences. Paris Alcan. Deutsche Übersetzung von Lerch, E. (1928): Die seelische Energie. Aufsätze und Vorträge. Jena: Diederichs.
- Betty, E. (1962): Die Hermeneutik als allgemeine Methodik der Geisteswissenschaften. Tübingen: Mohr.
- Blättner, B. (2007): Das Modell der Salutogenese The salutogenic model. Eine Leitorientierung für die berufliche Praxis. Prävention und Gesundheitsförderung. Berlin u.a.: Springer, 67-73.
- Blankenburg, W. (1991): Phänomenologie als Grundlagendisziplin der Psychiatrie. Fundamenta Psychiatrica 5. Stuttgart: Schattauer, 92-101.
- Bley, H. (1975): Sozialrecht. Frankfurt am Main: Metzner.
- Bossong, F. (1991): Zu Leben und Werk von Erwin Walter Maximilian Straus (1891-1975) Würzburg: Königshausen und Neumann.
- Boudier, H.S. (2005): Helmuth Plessner als philosophischer Wegweiser für F.J.J. Buytendijk. Man and World. Amsterdam u.a.: Springer, 199-207.
- Bräutigam, W., Christian, P., von Rad, M. (1997): Psychosomatische Medizin. Ein kurzgefaßtes Lehrbuch. Stuttgart: Thieme.
- Brieskorn-Zinke, M. (2000): Die pflegerische Relevanz der Grundgedanken des Salutogenese-Konzepts. Pflege 13. Bern: Hans Huber, 373-380.
- Bruch, R., Kaderas, B. (2002): Wissenschaften und Wissenschaftspolitik: Bestandsaufnahmen zu Formationen, Brüchen und Kontinuitäten im Deutschland des 20. Jahrhunderts. Wiesbaden: Franz Steiner.
- Bründel, H. (2004): Jugendsuizidalität und Salutogenese. Hilfe und Unterstützung für suizidgefährdete Jugendliche. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bubner, R. (1980): Zur Sache der Dialektik. Stuttgart: Reclam.
- Bühler, K.E. (1983): Methode und Behandlung. Grundfragen anthropologischer Psychotherapie. Habilitationsschrift aus dem Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie der Julius-Maximilians-Universität Würzburg zur Erlangung der Facultas Legendi für das Fach Psychotherapie und Psychosomatik. Würzburg.
- Bundesärztekammer (2003): Deutsches Ärzteblatt. Jahrgang 100. Heft 22. Berlin: Deutscher Ärzteverlag.
- Bundessozialgericht (BSG): Urteil des Bundessozialgerichts von 1967 (BSG 26, 288, 289).
- Burston, D. (1996): The Wing of Madness: The Life and Work of R. D. Laing. Cambridge: Harvard University Press.

- Busch, A. (2006): Semantische Kämpfe in der Medizin. Ansätze zu einer Typologie der Wissenskämpfe. In: Felder, E. (2006): Semantische Kämpfe. Macht und Sprache in den Wissenschaften. Berlin: Walter de Gruyter, 47-73.
- Butler, J. (1997): Maurice Natanson. The Review of Metaphysics. New York: Philosophy Education Society.
- Casper, V. (2005): Sense of Coherence - Die Kraft der Gruppe. Münster u.a.: LIT.
- Cicchetti, D., Blender, J.B. (2006): Multiple-Levels-of-Analysis Perspective on Resilience. New York: Annals of the New York Academy of Sciences 1094, 248–258.
- Cierpka, M. (2001): FAUSTLOS. Ein Curriculum zur Prävention von aggressive und gewaltbereitem Verhalten bei Kindern der Klassen 1 bis 3. Göttingen: Hogrefe.
- Cohen, K.J. et al. (2006): MAOA, maltreatment and gene–environment interaction predicting children's mental health: new evidence and a meta-analysis. Miami: Molecular Psychiatry 11, 903-913. Published online <http://www.nature.com/mp/journal/v11/n10/abs/4001851a.html>. Stand 01. 06. 2009.
- Coyle, P.K. (2007): Evidence-based medicine and clinical trials. St. Paul: Neurology 68. Official Journal of the American Academy of Neurology, 3-7.
- Danzer, G. (1995): Psychosomatische Medizin. Konzepte und Modelle. Frankfurt am Main: Fischer.
- Danzer, G. et al. (2002): On the theory of individual health. London: Journal of Medical Ethics 28, 17-19.
- Danzer, G. (2003): Merleau-Ponty. Ein Philosoph auf der Suche nach Sinn. Berlin: Kadmos.
- Davison, G.C., Neale, J.M. (2002): Klinische Psychologie. Weinheim: Beltz, 14-54.
- Deleuze, G. (2001): Henri Bergson zur Einführung. Hamburg: Junius.
- Di Cesare, D. (2009): Gadamer – Ein philosophisches Porträt. Tübingen: Mohr-Siebeck.
- Dilthey, W. (1894): Ideen über eine beschreibende und zergliedernde Psychologie. In: Gründer K (2006): Wilhelm Dilthey. Gesammelte Schriften. I-XII. 1914-36. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Dilthey, W. (1905): Studien zur Grundlegung der Geisteswissenschaften. In: Gründer, K. (2006): Wilhelm Dilthey. Gesammelte Schriften. I-XII. 1914-36. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Dollinger, B. (2006) Aktivierende Sozialpädagogik. Ein kritisches Glossar. Wiesbaden: VS, 173-188.
- Dowling, A.S. (2005): George Engel MD (1913-1999). Arlington: The American Journal of Psychiatry 162, 2039.
- Droysen, J.G. (1868): Grundriss der Historik. In: Leyh, P., Blanke, H.W. (2008): Historik. Historisch-kritische Ausgabe. Stuttgart: Frommann-Holzboog.
- Doyle, W.J., Gentile, D.A., Cohen, S. (2006): Emotional style, nasal cytokines and illness expression after experimental rhinovirus exposure. Brain Behavior and Immunity. Amsterdam: Elsevier, 175-181.
- Egger, J.W. (2005): Das biopsychosoziale Krankheitsmodell. Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit. Graz: Psychologische Medizin.
- von Engelhardt, D., Gerigk, H.J. (2009): Karl Jaspers im Schnittpunkt von Zeitgeschichte, Psychopathologie, Literatur und Film. Heidelberg: Mattes.
- Fichtner, G. (2005): Ludwig Binswanger. In: Jorio, M. (2005): Historisches Lexikon der Schweiz. Bern: Schwabe.
- Figal, G. (2007): Martin Heidegger zur Einführung. Hamburg: Junius.
- Fischer, H. (2001): Friedrich Daniel Ernst Schleiermacher. München: Beck.

KAPITEL X: ANHANG

- Folkman, S., Lazarus, R.S. (1985): *The Revised Ways of Coping*. San Francisco: University of California.
- Frankl, V.E. (1946): *...trotzdem Ja zum Leben sagen. Ein Psychologe erlebt ein Konzentrationslager*. Wien: Jugend und Volk.
- Frankl, V.E. (1967): *Theorie und Therapie der Neurosen*. München: Ernst Reinhardt.
- Franklin, L. (2009): *Langenscheidt Handwörterbuch Deutsch/Englisch. Elektronische Version*. München: Langenscheidt.
- Friedmann, A. (2005): *Psychiatrie und Menschenbild*. Wien: *Wiener Medizinische Wochenschrift* 155, 517-23.
- Fuchs-Heinritz, W. (2000): *Biographische Forschung. Eine Einführung in Praxis und Methoden*. Wiesbaden: VS.
- Fulford, B., Graham, G., Thornton, T. (2005): *The Oxford textbook of philosophy of psychiatry*. Oxford: Oxford University Press.
- Fuller, S. (2000): *Thomas Kuhn: A Philosophical History for Our Times*. Chicago: University of Chicago Press.
- Gadamer, H.G. (1993): *Über die Verborgenheit der Gesundheit*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Gander, H.H. (2009): *Husserl-Lexikon*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Giddens, A. (1991): *Modernity and self-identity. Self and society in the late modern age*. Stanford: Stanford University Press.
- Glazinski, R. (2007): *Sozialmedizinische Bedeutung des Konzepts der Salutogenese für Neurologie und Psychiatrie. Social-medical significance of the concept of salutogenesis in neurology and psychiatry. Das Gesundheitswesen* 69. Stuttgart: Thieme, 134-136.
- Griesinger, W. (1845): *Lehrbuch der Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten*. Stuttgart: Krabbe.
- Göppel, G. (1997): *Ursprünge der seelischen Gesundheit. Risiko und Schutzfaktoren in der kindlichen Entwicklung*. In: Zwick E (1997): *Gesundheitspädagogik*. Münster u.a.: LIT, 7-28.
- Gutmann, P. (2006): *Anthropological psychiatry and philosophy of language*. Basel: *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie* 157, 4–14.
- Häfner, H. (2006): *Walter Ritter von Bayer*. In: Hippus, H., Holdorff, B., Schliack, H. (2006): *Nervenärzte*. Stuttgart: Thieme, 19-27.
- Hansson, K., Cederbald, M. (2004): *Sense of Coherence as a Meta-Theory for Salutogenic Family Therapy*. Hammond: *Journal of Family Psychotherapy* 15. The official journal of the International Family Therapy Association, 39-54.
- Hartmann, D. (1998): *Philosophische Grundlagen der Psychologie*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Haucke, K. (2000): *Plessner zur Einführung*. Hamburg: Junius.
- Hauser, J. (2004): *Vom Sinn des Leidens. Die Bedeutung systemtheoretischer existenzphilosophischer und religiös spiritueller Anschauungsweisen für die therapeutische Praxis*. Würzburg: Königshausen und Neumann.
- Hedwig, K. (1987): *Franz Brentano. Geschichte der Philosophie der Neuzeit. Philosophische Bibliothek. Band 359*. Hamburg: Meiner.

- Heim, E. (1994): Salutogenese versus Pathogenese - ein neuer Zugang zu einer alten Weisheit. Schweizerische Medizinische Wochenschrift 12. Basel: EMH, 1267-75.
- Heinz, A., Schulze, F. (1981): Karl Bonhoeffer. Seine Persönlichkeit, sein Werk, seine Wirkung. Psychiatrie. Neurologie und medizinische Psychologie 33. Leipzig: Hirzel, 321-326.
- Heinz, A. et al. (1998): In vivo association between alcohol intoxication, aggression, and serotonin transporter availability in nonhuman primates. Arlington: The American Journal of Psychiatry 155, 1023-1028.
- Heinze, M., Kupke, C., Pflanz, S.V. (1996): Psyche im Streit der Theorien. Würzburg: Königshausen und Neumann.
- Heinze, M., Kupke, C. (2005): Philosophie in der Psychiatrie. Der Nervenarzt 77. Berlin u.a.: Springer, 346-349.
- Helmchen, H. (2008): Krankheit und Kranksein: Ziele psychiatrischer Therapie. In: Marneros, A., Röttig, D. (2008): Biogenese und Psychogenese. Regensburg: Roderer, 83-101.
- Hinterhuber, H. (2005): Laudatio auf Roland Kuhn anlässlich der Verleihung der Hans- Prinzhorn-Medaille in Berlin am 28. 10. 2004. Basel: Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie 158, 266-267.
- Hirneiß, C. u.a. (2006): ‚Value-based-medicine‘ in der Augenheilkunde. Der Ophthalmologe 103/6. Berlin u.a.: Springer, 493-500.
- Höfer, R. (2000): Jugend, Gesundheit und Identität: Studien zum Kohärenzgefühl. Wiesbaden: Opladen.
- Hoffmann, S.O. (2006): Viktor von Weizsäcker: Arzt und Denker gegen den Strom. Deutsches Ärzteblatt 5. Berlin u.a: Bundesärztekammer, 161.
- Holzinger, S. (2006): Die Arzt-Patienten-Beziehung in der Sicht von Erwin Straus unter besonderer Berücksichtigung seines Briefwechsels mit Ludwig Binswanger. Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades Doctor medicinae aus der medizinischen Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik und Psychotherapie der Medizinischen Fakultät Charité der Humboldt-Universität zu Berlin.
- Honecker, M. (1996): Grundriss der Sozialethik. Berlin u.a.: Walter de Gruyter.
- Huber, G. (1979): Die klinische Psychopathologie von Kurt Schneider. In: Janzarik, W. (1979): Psychopathologie als Grundlagenwissenschaft. Stuttgart: Enke, 102-111.
- Husserl, E. (1891): Philosophie der Arithmetik. Philosophische und logische Untersuchungen. In: Panzer, U. (1984): Husserliana: Gesammelte Werke. XIX/1. Den Haag: Nijoff.
- Husserl, E. (1911): Philosophie als strenge Wissenschaft In: Panzer, U. (1984): Husserliana: Gesammelte Werke. XIX/1. Den Haag: Nijoff.
- Jacobs, C. (2000): Salutogenese. Eine pastoralpsychologische Studie zu seelischer Gesundheit. Ressourcen und Umgang mit Belastung bei Seelsorgern. Würzburg: Echter.
- Jaspers, K. (1913): Allgemeine Psychopathologie. Ein Leitfaden für Studierende, Ärzte und Psychologen. Berlin u.a.: Springer. (Anmerkung d. Verf.: In den Jahren 1920, 1923, 1946 wurde das Werk jeweils neu aufgelegt. Seither gibt es zahlreiche weitere unveränderte Auflagen.)
- Jordan, S. (2002): Lexikon Geschichtswissenschaft. Hundert Grundbegriffe. Stuttgart: Reclam.

- Kiecolt-Glaser et al. (1996): Chronic stress alters the immune response to influenza virus vaccine in older adults. Washington: Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America 93/7, 3043-3047.
- Kienast, T., Wrase, J., Heinz, A. (2008): Neurobiology of substance-related addiction: findings of neuroimaging. Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie 76/1. Stuttgart: Thieme, 68-76.
- Klaesi, J. (1956): Eugen B. In: Kolle, K. (1956): Große Nervenärzte. Band 1. Stuttgart: Thieme, 7-17.
- Kobasa, S.C. (1979): Stressful life events. Personality and health. Journal of Personality and Social Psychology 37. Washington: American Psychological Association, 1-11.
- Kolip, P., Wydler, H., Abel, T. (2000): Gesundheit: Salutogenese und Kohärenzgefühl. Einleitung und Überblick. In: Wydler, H., Kolip, P., Abel, T. (2000): Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts. Weinheim u.a.: Juventa, 11-21.
- Kolle, K. (1953): Georg Stertz. Zum 75. Geburtstag am 19. Dezember 1953. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie 126. Berlin u.a.: Springer, 338-339.
- Kolle, K. (1970): Große Nervenärzte. Band. 2. Stuttgart: Georg Thieme, 139-149.
- Krampen, M. (2004): Thure von Uexküll. Arzt, Wissenschaftler, Semiotiker. Zeitschrift für Semiotik 26. Berlin u.a.: Stauffenberg, 421-428.
- Krapp, A., Weidemann, B. (2001): Pädagogische Psychologie: ein Lehrbuch. Weinheim: Beltz.
- Kraus, A. (1999): Phänomenologisch-anthropologische Psychiatrie. In: Helmchen, H., Henn, F., Lauter, H., Sartorius, H. (1999): Psychiatrie der Gegenwart. Band 1. Berlin u.a.: Springer, 577-603.
- Kraus, A. (2003): Wolfgang Blankenburg (1928-2002): Der Nervenarzt 74. Berlin u.a.: Springer, 1030-1032.
- Kraus, W. (1998): Narrative Psychologie. In: Grubitzsch, S., Weber, K. (1998): Psychologische Grundbegriffe. Ein Handbuch. Berlin: Rowohlt.
- Kuhn, T.S. (1962): The Structure of Scientific Revolutions. Chicago: University of Chicago Press.
- Kull, K. (2001): Jakob von Uexküll: An introduction. Semiotica 134. International Association for Semiotic Studies. Berlin u.a.: Walter de Gruyter, 1-59.
- Längle, A. (2001): Viktor Frankl – Ein Porträt. München: Piper.
- Lazarus, R.S. (1991): Emotion and Adaptation. London: Oxford University Press.
- Lessing, H.U. (2001): Wilhelm Dilthey's ‚Einleitung in die Geisteswissenschaften‘. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Lévy, B.H. (2002): Sartre. Der Philosoph des 20. Jahrhunderts. München: Hanser.
- Leyh, P. (2008): Vorwort zu Johann Gustav Droysen. Historik. Rekonstruktion der ersten vollständigen Fassung der Vorlesungen (1857). Grundriß der Historik in der ersten handschriftlichen (1857/1858) und der letzten gedruckten Fassung. In: Leyh, P. (2008): Johann Gustav Droysen. Historik. Rekonstruktion der ersten vollständigen Fassung der Vorlesungen (1857). Grundriß der Historik in der ersten handschriftlichen (1857/1858) und der letzten gedruckten Fassung. Stuttgart-Bad Cannstatt: Frommann-Holzboog, 9-30.
- Lindfors, P., Lundberg, O., Lundberg, U. (2006): Allostatic Load and Clinical Risk as Related to Sense of Coherence in Middle-Aged Women. Psychosomatic Medicine 68/5. Journal of the American Psychosomatic Society. Stockholm: Inverness, 801-807.

- Lorenz, R. (2004): Salutogenese. Grundwissen für Psychologen, Mediziner, Gesundheits- und Pflegewissenschaftler. München: Ernst Reinhardt.
- Maier, G. (1974): Das Ende der historisch-kritischen Methode. Wuppertal: Brockhaus.
- Maier, W., Helmchen, H., Sass, H. (2005): Hirnforschung und Menschenbild im 21. Jahrhundert. Nervenarzt 76. Berlin u.a.: Springer, 543–545.
- Marlovits, A.M. (2001): Über die Einheit von Empfinden und Sich-Bewegen: Eine Einführung in die phänomenologische Bewegungstheorie von Erwin Straus. Hamburg: Czwalina.
- Moldzio, A. (2004): Schizophrenie - eine philosophische Erkrankung. Würzburg: Königshausen und Neumann.
- Neubauer, V. (2008): Gesundheits- und Krankheitsmodelle – Leitziele in der klinischen Sozialarbeit. München: Grin.
- Nietzsche, F. (1994): Aus dem Nachlass der Achtzigerjahre („Wille zur Macht“). In: Schlechta, K. (1994) Gesammelte Werke. Band 3. München: Hanser.
- Nota, J.H. (1995): Max Scheler. Der Mensch und seine Philosophie. Fridingen: Börsig.
- Novak, P. (1998): Salutogenese und Pathogenese: Komplementarität und Abgrenzung. In: Margraf, J., Siegrist, J., Neumer, S. (1998): Gesundheits- oder Krankheitstheorie? Saluto- vs. pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen. Berlin u.a.: Springer, 27-39.
- Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (1994): In: Forschung aktuell. Sonderheft Gesundheitswissenschaften. Public Health. Berlin: TU.
- Otto, R. (2001): Thure von Uexküll. Von der Psychosomatik zur Integrierten Medizin. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Papp, M., Klimek, V., Willner, P. (1994): Parallel changes in dopamine D2 receptor binding in limbic forebrain associated with chronic mild stress-induced anhedonia and its reversal by imipramine. Psychopharmacology 115. Berlin u.a.: Springer, 441-446.
- Passie, T. (1995): Phänomenologisch–anthropologische Psychiatrie und Psychologie. Eine Studie über den Wengener Kreis: Binswanger – Minkowski - von Gebattel - Straus. Hürtgenwald: Guido Pressler.
- Peine, A. (2006): Innovation und Paradigma. Epistemische Stile in Innovationsprozessen. Bielefeld: Transcript.
- Petzold, H., Steffan, A. (2001): Gesundheit, Krankheit, Diagnose- und Therapieverständnis in der „Integrativen Therapie“. Integrative Therapie. München: Zeitschrift für vergleichende Psychotherapie und Methodenintegration, 75-102.
- Pfeiffer, J. (1998): Die Vertreibung deutscher Neuropathologen 1933–1939. Der Nervenarzt 69. Berlin u.a.: Springer, 99-109.
- Plessner, H. (1928): Die Stufen des Organischen und der Mensch. Einleitung in die philosophische Anthropologie. Berlin: Walter de Gruyter.
- Prechtel, P. (2004): Descartes zur Einführung. Hamburg: Junius.
- Price, J.L. (2004): Findings from the National Vietnam Veterans' Readjustment Study - Factsheet. National Center for PTSD. United States Department of Veterans Affairs. Website Fact Sheet. URL: http://www.ncptsd.org/facts/veterans/fs_NVVRS.html, Stand 01.07.09.

- Priwitzer, M. (2004): Ernst Kretschmer und das Wahnproblem. Inaugural Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin. Tübingen: Medizinische Fakultät der Eberhard-Karls-Universität.
- Rattner, J. (1995): Erwin W. Straus. In: Rattner, J. (1995): Klassiker der Psychoanalyse. Weinheim: Beltz, 677-699.
- Rattner, J. (1995): Medard Boss. In: Rattner, J. (1995): Klassiker der Psychoanalyse. Weinheim: Beltz, 700-725.
- Rattner, J. (2000): Alfred Adler in Selbstzeugnissen und Bilddokumenten. Hamburg: Rowohlt.
- Rosenbrock, R. (2004): Prävention und Gesundheitsförderung - gesundheitswissenschaftliche Grundlage für die Politik. Das Gesundheitswesen 66: Stuttgart: Thieme, 146-152.
- Ross, U.H. (2000): Die praktische Umsetzung des Salutogenesekonzeptes bei chronischem Tinnitus als systemischer Hörwahrnehmungsstörung. In: Kolip, P., Wydler, H., Abel, T. (2000): Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzeptes. Weinheim u.a.: Juventa, 161-173.
- Rothschuh, K.E. (1975): Was ist Krankheit? Erscheinung, Erklärung, Sinngebung. In: Rothschuh, K.E. (1975): Wege der Forschung. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 397-417.
- Rotter, J.B. (1966): General expectancies for internal vs. external control of reinforcement. Princeton: Psychological Monographs 80, 609.
- Rütting, T. (2002): Pavlov und der Neue Mensch. Diskurse über Disziplinierung in Sowjetrußland. München: Oldenbourg.
- Rutter, M. (2006): Implications of Resilience Concepts for Scientific Understanding. New York: Annals of the New York Academy of Sciences 1094, 1-12.
- Sander, A. (2001): Max Scheler zur Einführung. Hamburg: Junius.
- Sartre, J.P. (1944): Huis Clos. Hatier Verlag. Paris. Deutsche Übersetzung durch König, T. (1986): Geschlossene Gesellschaft. Stück in einem Akt. Leipzig: Rowohlt.
- Sartre, J.P. (1946): L'existentialisme est un humanisme. In: Contat, M., Rybalka, M. (1970): Les Écrits de Sartre. Paris: Gallimard.
- Scarr, S., McCartney, L. (1983): How people make their own environments: A theory on genotype environment effects. Child Development 54. Farmington: Wiley-Blackwell, 424-435.
- Scharfetter, S. (1999): Schizophrene Menschen. Diagnostik. Psychopathologie. Forschungsansätze. Weinheim: Beltz.
- Scheibler, F. (2004): Shared Decision-Making. Von der Compliance zur partnerschaftlichen Entscheidungsfindung. Bern: Hans Huber.
- Scheier, M.F., Carver, C.S. (1987): Dispositional optimism and physical well-being: The influence of generalized outcome expectancies on health. Journal of Personality 55. Farmington: Wiley-Blackwell, 169-210.
- Schischkoff, G. (1982): Philosophisches Wörterbuch. Stuttgart: Alfred Kröner.
- Schmidt-Degenhard, M. (1997): Zur Standortbestimmung einer anthropologischen Psychiatrie. Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie 65. Stuttgart: Thieme, 473-480.
- Schmidt-Degenhard, M. (2003): Anthropologische Aspekte psychischer Erkrankungen. In: Möller, H.J., Laux, G., Kapfhammer, H.P. (2003): Psychiatrie und Psychotherapie. Berlin u.a.: Springer, 306-316.

- Schmitz, H. (2005): System der Philosophie. Die Gegenwart. Bonn: Bouvier.
- Schnabel, P.E. (2007): Gesundheit fördern und Krankheit prävenieren. Besonderheiten, Leistungen und Potentiale aktueller Konzepte vorbeugenden Versorgungshandelns. Weinheim: Juventa.
- Schnell, H., Hill, P., Esser, E. (2005): Methoden der empirischen Sozialforschung. München: Oldenburg.
- Schönknecht, P. (1997): Die Bedeutung der verstehenden Anthropologie von Jürg Zutt (1983-1980) für Theorie und Praxis der Psychiatrie. Würzburg: Königshausen und Neumann.
- Scholze-Stubenecht, W., Eickhoff, B., Mang, D. (2006): Der Duden. Das Fremdwörterbuch. 9. Auflage. Band 5. Mannheim: Brockhaus.
- Schulte, D. (1998): Psychische Gesundheit, Psychische Krankheit, Psychische Störung. In: Baumann U., Perrez, M. (1998): Lehrbuch Klinische Psychologie–Psychotherapie. Bern: Huber, 19-32.
- Schumann, K. (1997): Herbert Spiegelberg 1904-1990. Husserl Studies 7/2. Amsterdam: Springer Netherlands, 123-127.
- Schumann, K. (2003): Reinach, Adolf. In: Historische Kommission der Bayerischen Akademie der Wissenschaften (2003.) Neue Deutsche Biographie. Band 21. Berlin: Duncker und Humblot.
- Schwemmer, O. (2008): Geiger, Moritz. In: Mittelstraß, J. (2008): Enzyklopädie Philosophie und Wissenschaftsgeschichte. Band 3. Stuttgart u.a.: Metzler.
- Schwertfeger, M. (2007): Die soziale Lerntheorie Julian B. Rotters im Vergleich zu Albert Bandura. München: Grin.
- Shure, M.B., Spivack, G. (1981): Probleme lösen im Gespräch. Erziehung als Hilfe zur Selbsthilfe. Stuttgart: Klett Kotta.
- Seiffert, H. (1992): Einführung in die Hermeneutik. Tübingen: UTB.
- Soentgen, J. (1998): Die verdeckte Wirklichkeit. Einführung in die Neue Phänomenologie von Hermann Schmitz. Bonn: Bouvier.
- Sone, T. et al. (2008): Sense of Living (Ikigai) and Mortality in Japan: Ohsaki Study. Psychosomatic Medicine 70. Official Journal of the American Psychosomatic Association. Lippincott: Williams and Wilkins, 709-715.
- Stoffels, H. (2003): Situationskreis und Situationstherapie. Überlegungen zu einem integrativen Konzept von Psychotherapie. In: Jacobi, R. M. E., Janz, D. (2003): Zur Aktualität Viktor von Weizsäcker. Würzburg: Königshausen und Neumann, 89-102.
- Straub, R.H. (2005): Vernetztes Denken in der biomedizinischen Forschung: Psycho-Neuro-Endokrino-Immunologie. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Straus, E.W., Wohlwill, F. (1924): Nichteitrige Entzündungen des Centralnervensystems. In: Kraus, F., Brugsch, T. (1924): Spezielle Pathologie und Therapie innerer Krankheiten. Band 2. Berlin: Urban und Schwarzenberg, 455-464.
- Straus, E.W. (1925): Wesen und Vorgang der Suggestion. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie. 28. Berlin: Karger, 17-70.
- Straus, E.W. (1926a): Das Problem der Individualität. In: Straus, E.W. (1926): Die Biologie der Person. Ein Handbuch der allgemeinen und speziellen Konstitutionslehre. Berlin: Stilke, 5-34.
- Straus, E.W. (1926b): Atlas der Elektrodiagnostik. Berlin: Stilke.

KAPITEL X: ANHANG

- Straus, E.W. (1927a): Über Suggestion und Suggestibilität. Zürich: Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie 20, 23-43.
- Straus, E.W. (1927b): Brief an Binswanger 34. 443/30. Tübingen: Universitätsarchiv der Eberhard Karls Universität.
- Straus, E.W. (1927c): Dem Andenken an Richard Cassirer. Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 108. Berlin u.a.: Springer, 813-818.
- Straus, E.W. (1928): Das Zeiterleben in der endogenen Depression und in der psychopathischen Verstimmung. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie 68. Berlin: Karger, 126-140.
- Straus, E.W. (1929a): Brief an Binswanger 59. 443/30. Tübingen: Universitätsarchiv der Eberhard Karls Universität.
- Straus, E.W. (1929b): Über die organische Natur der Tics und der Koprolalie. Zentralblatt für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 47. Berlin u.a.: Springer, 698-699.
- Straus, E.W. (1930): Geschehnis und Erlebnis: Zugleich eine historiologische Deutung des psychischen Traumas und der Renten-Neurose. Berlin u.a.: Springer.
- Straus, E.W. (1931): Zur Psychologie und Psychopathologie der Sentimentalität. Zentralblatt für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 62. Berlin u.a.: Springer, 399-400.
- Straus, E.W. (1932): Theorie der Hypnose. Gesellschaftsbericht der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten vom 29.2.1932. Zentralblatt für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 64. Berlin u.a.: Springer, 714.
- Straus, E.W. (1933): Brief an Binswanger 134. 443/30. Tübingen: Universitätsarchiv der Eberhard Karls Universität.
- Straus, E.W. (1935): Vom Sinn der Sinne. Berlin u.a.: Springer.
- Straus, E.W. (1937): Descartes' Bedeutung für die moderne Psychologie. Travaux du IXe Congres International de Philosophie. Congres Descartes. Paris: Hermann et cie Editeurs 3, 52-59.
- Straus, E.W. (1938): Ein Beitrag zur Pathologie der Zwangsercheinungen. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie 98. Berlin: Karger, 63-101.
- Straus, E.W. (1941a): Education in a time of Crisis. Kentucky: Black Mountain College Bulletin 7.
- Straus, E.W. (1941b): Psychology of Phobias. North Carolina: Journal of the Elisha Mitchell Scientific Society 57, 196-197.
- Straus, E.W. (1942): Depersonalization: It's Significance for Psychology and Psychopathology. North Carolina: Journal of the Elisha Mitchell Scientific Society 58, 124.
- Straus, E.W. (1943): Some Imponderables Influencing Morale. North Carolina: Journal of the Elisha Mitchell Scientific 59, 112.
- Straus, E.W. (1948): On Obsession. A Clinical and methodological Study. Nervous and Mental Disease Monographs 73. New York: Coolige Foundation.
- Straus, E.W. (1949a): Die aufrechte Haltung. Eine anthropologische Studie. Festschrift für Professor Karl Bonhoeffer zu seinem 80. Geburtstag. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie 117. Berlin: Karger.

- Straus, E.W. (1949b): Die Ästhesiologie und ihre Bedeutung für das Verständnis der Halluzinationen. Zeitschrift für Psychiatrie und Neurologie. In: Straus E.W., Zutt J. (1963): Die Wahnwelten. Frankfurt am Main: Akademische Verlagsgesellschaft.
- Straus, E.W. (1950): Die Entwicklung der amerikanischen Psychiatrie zwischen den Weltkriegen. Berlin: Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten 184,133-150.
- Straus, E.W. (1953): Der Mensch als ein fragendes Wesen. In: von Gebattel, V.E.F., Kafka, G., Rever, W.F. (1953): Jahrbuch für Psychologie und Psychotherapie 1. Würzburg: Karl Auer, 139-153.
- Straus, E.W. (1956a): Vom Sinn der Sinne. 2. Auflage. Berlin u.a.: Springer.
- Straus, E.W. (1956b): On the Form and Structure of Man's Inner Freedom. Kentucky: Kentucky Law Journal 45, 255-269.
- Straus, E.W. (1958a): Formen und Formeln. In: Ehrhardt, H.E., Ploog, D. (1958): Psychiatrie und Gesellschaft. Bern u.a.: Hans Huber, 25-35.
- Straus, E.W. (1958b): The Brain and Human Behavior: Comments and Discussion. Research Publication. Association for Research in Nervous and Mental Disease. Vol. XXXVI. Baltimore: Williams and Wilkins, 140-141, 271-279, 464-465.
- Straus, E.W. (1959): Human Action: Response or Project. Confinia Psychiatrica 2. Basel: Karger, 148-171.
- Straus, E.W. (1960a): The Existential Approach to Psychiatry. Vortrag am 19. 02. 1960 auf dem 4. Unitarian Symposium ‚Man's Inner World. The Resources of Religion and Depth Psychology‘ in Cincinnati, Ohio. In: Smith, J.H. (1970): Psychiatry and the Humanities 1. New Haven: Yale University Press, 127-143.
- Straus, E.W. (1960b): Psychologie der menschlichen Welt. Berlin u.a.: Springer.
- Straus, E.W. (1961): Norm and Pathology of I-World Relations. Diseases of the Nervous System. Cambridge: Monograph Supplement 22, 1-12.
- Straus, E.W. (1962): Phenomenology of Hallucinations. In: West, L.J. (1962): Hallucinations. New York: Grune and Stratton, 220-232.
- Straus, E.W. (1963): Psychiatrie und Philosophie. In: Gruhle u.a. (1963): Psychiatrie der Gegenwart. Berlin u.a.: Springer, 926-994.
- Straus, E.W. (1974): Sounds, Words, Sentences. Phenomenology, Pure and Applied. Language and Language Disturbances. Pittsburgh: Dusquesne University Press, 81-105.
- Stürzbecher, M. (1980): Kollé, Kurt. In: Historische Kommission der Bayerischen Akademie der Wissenschaften (1980): Neue Deutsche Biographie. Berlin: Duncker und Humblot.
- Tellenbach, H. (1961): Melancholie: Zur Problemgeschichte, Typologie, Pathogenese und Klinik. Berlin u.a.: Springer.
- Teller, C. (1990): Carl Schneider. Zur Biographie eines deutschen Wissenschaftlers. Velber: Geschichte und Gesellschaft 16, 464-478.
- Thies, C. (2000): Gehlen zur Einführung. Hamburg: Junius.
- Tull, M (2008): Posttraumatic Stress (PTSD): Recovering from and Overcoming Trauma. Website Post Traumatic Stress (PTSD). URL: <http://ptsd.about.com/od/causesanddevelopment/a/resiliency.htm>. Stand 01.06.2009.

KAPITEL X: ANHANG

- von Uexküll, Th., Wesiak, W. (1990): Theorie der Humanmedizin. München u.a.: Urban und Schwarzenberg.
- von Uexküll, Th., Wesiak, W. (1996): Wissenschaftstheorie: Ein biopsychosoziales Modell. In: von Uexküll, Th., Adler, R. (1996): Psychosomatische Medizin. München: Urban und Schwarzenberg, 22-24.
- Valdes-Stauber, J. (2009): Behandlung chronisch psychisch kranker Menschen. Ethische und anthropologische Aspekte. Der Nervenarzt 80. Berlin u.a.: Springer, 564-577.
- Vanicek, A. (2005): Griechisch-lateinisches etymologisches Wörterbuch. Leipzig: Elibron.
- Verwey, G. (2004): Wilhelm Griesinger. Psychiatrie als ärztlicher Humanismus. Nijmegen: Arts und Boeve.
- Volkow, N.D. et al. (1999): Prediction of reinforcing responses to psychostimulants in humans by brain dopamine D2 receptor levels. Arlington: The American Journal of Psychiatry 155. Journal of the American Psychiatric Association, 1440-1443.
- Waldenfels B. (1987): Paul Ricoeur: Umwege der Deutung. In: Waldenfels, B. (1987): Phänomenologie in Frankreich. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 266-335.
- Weber, C. (2006): Ich. Wie wir uns selbst erfinden. Frankfurt am Main: Campus.
- Weber M.M., Burgmair, W., Engstrom, E.J. (2006): Zwischen klinischen Krankheitsbildern und psychischer Volkshygiene: Emil Kraepelin 1856-1956. Deutsches Ärzteblatt 103/41. Köln: Verlag Deutsches Ärzteblatt, 2685-2690.
- Wehr, G. (1988): C.G. Jung – Leben, Werk, Wirkung. Zürich: Diogenes.
- Weinert, A. (1998): Organisationspsychologie: Ein Lehrbuch. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- von Weizsäcker, V. (1947): Der Gestaltkreis. Theorie der Einheit von Wahrnehmen und Bewegen von Viktor von Weizsäcker. Stuttgart: Thieme.
- von Weizsäcker, V. (1956): Gestaltkreis und Komplementarität. In: Vogel, P. (1956): Viktor von Weizsäcker. Arzt im Irrsinn der Zeit. Eine Freundesgabe zum 70. Geburtstag am 21.04. 1956. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht, 21-53.
- Welbrink, A., Franke, A. (2000): Zwischen Genuss und Sucht- das Salutogenesemodell in der Suchtforschung. In: Wydler, H., Kolip, P., Abel, T. (2000): Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts. Weinheim u.a.: Juventa, 43-56.
- Wermke, M. u.a. (2006): Duden. Die deutsche Rechtschreibung. Mannheim u.a.: Dudenverlag. Mannheim.
- Werner, E.E., Schmith, R.S. (1982): Vulnerable but invincible: A study of resilient children. New York: McGraw-Hill.
- Wilkinson, G. (1993): Talking about Psychiatry. London: Royal College of Psychiatrists Publications.
- Woodbridge, K., Fulford, B. (2004): Whose values? A workbook for values-based practice in mental health care. London: Sainsbury Centre for Mental Health.
- World Health Organisation (2001): World Health Report 2001. Mental Health: new understanding, new hope. Geneva: WHO.
- World Health Organisation (2005): Europäische Erklärung zur Psychischen Gesundheit. Helsinki: WHO.

KAPITEL X: ANHANG

Wormer, E.J. (1989): Syndrome der Kardiologie und ihre Schöpfer. München: Medikation.

Wydler, H., Kolip, P., Abel, T. (2006): Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts. Weinheim u.a.: Juventa.

Wustermann, C. (2004): Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern. Weinheim u.a.: Beltz.

Zeyer, A. (1997): Salutogenese und Pathogenese- ein Paradigmenwechsel aus der Perspektive der modernen Physik. Sozial- und Präventivmedizin 42. Basel: Birkhäuser, 380-384.

10.3. Bibliographie von Aaron Antonovsky

1. Antonovsky, A. (1961): The early Jewish Labor Movement in the United States. New York: YIVO Institute of Jewish Research.
2. Antonovsky, A., Maoz, B., Dowty, N., Wijsenbeek, H. (1971): Twenty five years later. A limited study of the sequel of the Concentration Camp experience. London: Social Psychiatry 6, 186-193.
3. Antonovsky, A. (1972): Breakdown. A needed fourth step in the conceptual armamentarium of modern medicine. Social Science and Medicine 6. Amsterdam: Elsevier Science, 537-544.
4. Antonovsky, A. (1973): The utility of the breakdown concept. Social Science and Medicine 7. Amsterdam: Elsevier Science. 605-612.
5. Antonovsky, H., Antonovsky, A. (1974): Commitment in an Israeli Kibbutz. London: Human Relations 27, 303-319.
6. Antonovsky, A. (1976): Conceptual and methodological problems in the study of resistance and stressful life events. In: Dohrenwend, B.S., Dohrenwend, B.P. (1976): Stressful life events: their nature and effects. New York: Wiles and Sons, 245-258.
7. Antonovsky, A. (1979): Health, stress and coping. San Francisco: Jossey Bass.
8. Antonovsky, A. (1983): The Sense of Coherence: Development of a Research Instrument. Newsletter and Research Reports 1. Tel Aviv: W.S. Schwartz Research Center for Behavioral Medicine, Tel Aviv University, 1-11.
9. Antonovsky, A. (1984): A call for a new question –salutogenesis – and a proposed answer – the sense of coherence. New York: Journal of Preventive Psychiatry 2, 1-13.
10. Antonovsky, A. (1984): The sense of coherence as a determinant of health. In: Matarazzo, J.D., Weiss, S.M., Herd, J.A., Miller, N.E. (1984): Behavioral health. New York: Wiley-Blackwell, 129-144.
11. Antonovsky, A. (1985): The life cycle, mental health and the sense of coherence. Tel Aviv: Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences 22, 273-280.
12. Antonovsky, A. (1986): Intergenerational networks and transmitting the Sense of Coherence. In: Datan, N., Greene, A.L., Reese, H.W. (1986): Life-span developmental psychology. Intergenerational relations. Lawrence Erlbaum Associates. New York: Hillsdale, 211-222.
13. Antonovsky, A., Sagy, S. (1986): The development of a sense of coherence and its impact on responses to stress situations. Journal of Social Psychology 126. New York: Wiley-Blackwell, 213-225.
14. Antonovsky, A. (1987): The salutogenetic perspective: toward a new view of health and illness. Advances. The Journal of Mind-Body Health 4. New York: Hillsdale, 47-55.
15. Antonovsky, A. (1988): Unraveling the mystery of health – How people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey Bass. Deutsche Übersetzung durch Franke, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: DGVT Verlag.

16. Antonovsky, A., Sourani, T. (1988): Family Sense of Coherence and Family Adaption. *Journal of Marriage and the Family* 50. New York: Wiley-Blackwell, 79-92.
17. Antonovsky, A. (1989): Die salutogenetische Perspektive: Zu einer neuen Sicht von Gesundheit und Krankheit. *Meducs 2*. Bern: Bulletin der Schweizerischen Vereinigung für medizinische Ausbildung, 51-57.
18. Antonovsky, A. (1989): The problematic status of the Biopsychosocial Model. In: Saladin, P., Schaufelberger, H.J., Schläppi, P. (1989): ‚Medizin‘ für die Medizin. *Arzt und Ärztin zwischen Wissenschaft und Praxis. Festschrift für Hannes G. Pauli*. Basel u.a.: Helbig und Lichtenhahn.
19. Antonovsky, A. (1990): Personality and health: Testing the Sense of Coherence Model. In: Friedman, H.S. (1990): *Personality and Disease*. New York: Wiley and Sons, 155-177.
20. Antonovsky, A., Sagy, S. (1990): Confronting developmental tasks in the retirement transition. *Washington: The Gerontologist* 30, 362-368.
21. Antonovsky, A. (1990): Pathways leading to successful coping and health. In: Rosenbaum, M. (1990): *Learned resourcefulness: on coping skills, self control and adaptive behavior*. New York: Springer, 31-63.
22. Antonovsky, A. (1991): The Structural Sources of Salutogenetic Strengths. In: Cooper, C., Payne, R. (1991): *Personality and Stress: Individual Differences in Stress Process*. New York: Wiley-Blackwell, 67-104.
23. Antonovsky, A. (1991): Meine Odyssee als Streßforscher. In: Abholz, H. u.a. (1991): *Rationierung der Medizin*. Hamburg: Argument, 112-130.
24. Antonovsky, A. (1992): The behavioral sciences and academic family medicine: An alternative view. *Boston: Family Systems Medicine* 10, 283-291.
25. Antonovsky, A. (1992): Can attitude contribute to health? *Advances. The Journal of Mind-Body-Health*. New York: Hillsdale, 33-49.
26. Antonovsky, A. (1993): Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung. In: Franke, A., Broda, M. (1993): *Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept*. Tübingen: DGVT, 3-14.
27. Antonovsky, A. (1993): The Structure and Properties of the Sense of Coherence Scale. *Social Science and Medicine* 36. Amsterdam: Elsevier Science, 725-733.
28. Antonovsky, A. (1993): Complexity, Conflict, Chaos, Coherence, Coercion and Civility. *Social Science and Medicine* 37. Amsterdam: Elsevier Science, 969-974.
29. Antonovsky, A. (1993): Rejoinder. *Social Science and Medicine* 38. Amsterdam: Elsevier Science, 980-981.
30. Antonovsky, A. (1993): The implications of salutogenesis. An outsider's view. In: Turnball, A.P., Patterson, J.M., Behr, S.K., Murphy, D.L., Marquis, J.G., Blue-Banning, M.J. (1993): *Cognitive coping, family and disability*. Baltimore: Brooks, 111-122.
31. Antonovsky, A. (1994): A sociological critique of the ‚Well-Being‘ Movement. *Advances. The Journal of Mind-Body Health* 10. New York: Hillsdale, 6-12.
32. Antonovsky, A. (1995): The moral and the healthy: Identical, overlapping or orthogonal? *Tel Aviv: Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences* 32, 5-13.

33. Antonovsky, A. (1996): The sense of coherence. A historical and future perspective. Tel Aviv: Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences, 170-178.
34. Antonovsky, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche erweiterte Herausgabe von Franke, A.. Tübingen: DGVT.

10.4. Bibliographie von Erwin Straus

Das wissenschaftliche Werk von Erwin Straus umfasst insgesamt 88 publizierte Arbeiten, darunter zwei Bände gesammelter Schriften. Diese Sammelbände werden an erster Stelle angeführt, da sie in der Bibliographie einen wichtigen Bezugspunkt darstellen:

- I. Straus, E.W. (1960): Psychologie der menschlichen Welt. Berlin u.a.: Springer.
- II. Straus, E.W. (1966): Phenomenological Psychology. New York: Basic Books..

Die 88 publizierten Schriften von Erwin Straus sind:

1. Straus, E.W. (1919): Zur Pathogenese des chronischen Morphinismus. Inaugural-Dissertation zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde an der Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie 46. Berlin: Karger, 1-20.
2. Straus, E.W. (1922): Anthroposophie und Naturwissenschaft. Berlin: Klinische Wochenschrift 1, 958-960.
3. Straus, E.W., Wohlwill, F. (1922): Der Hitzschlag. In: Kraus, F., Brugsch, T. (Hrsg.): Spezielle Pathologie und Therapie innerer Krankheiten. Band 2. Berlin u.a.: Urban und Schwarzenberg, 445-454.
4. Straus, E.W., Wohlwill, F. (1924): Nichteitrige Entzündungen des Centralnervensystems. In: Kraus, F., Brugsch, T. (Hrsg.): Spezielle Pathologie und Therapie innerer Krankheiten. Band 2. Berlin u.a.: Urban und Schwarzenberg, 455-464.
5. Straus, E.W. (1924): Zur Logik und Psychologie des Okkultismus. Berlin: Klinische Wochenschrift 19, 843-846.
6. Straus, E.W. (1925): Wesen und Vorgang der Suggestion. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie 28. Berlin: Karger.
Nachdruck in: Straus, E.W. (1960): Psychologie der menschlichen Welt. Berlin u.a.: Springer, 17-70.
7. Straus, E.W., Guttman, E. (1925): Die Nosologische Stellung der Akroparästhesien, Berlin: Klinische Wochenschrift 44,1-6.
Nachdruck in: Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde 88. Berlin u.a.: Springer, 247-253.
8. Straus, E.W. (1926): Das Problem der Individualität. In: Straus, E.W. (1926): Die Biologie der Person. Ein Handbuch der allgemeinen und speziellen Konstitutionslehre. Berlin: Stilke, 5- 34.
9. Straus, E.W. (1926): Atlas der Elektrodiagnostik. Berlin: Stilke.
10. Straus, E.W. (1927): Über Suggestion und Suggestibilität. Zürich: Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie 20, 23- 43.
11. Straus, E.W. (1927): Dem Andenken an Richard Cassirer. Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 108. Berlin u.a.: Springer, 813-818.

12. Straus, E.W. (1927): Untersuchungen über die postchoreatischen Motilitätsstörungen insbesondere die Beziehungen der Chorea minor zum Tic. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie 66. Berlin: Karger.
Nachdruck in: Straus, E.W. (1960): Psychologie der menschlichen Welt. Berlin u.a.: Springer, 71-125.
13. Straus, E.W. (1928): Das Zeiterleben in der endogenen Depression und in der psychopathischen Verstimmung. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie 68. Berlin: Karger.
Nachdruck in: Straus, E.W. (1960): Psychologie der menschlichen Welt. Berlin u.a.: Springer, 126-140.
14. Straus, E.W. (1929): Über die organische Natur der Tics und der Koproliale. Zentralblatt für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 47. Berlin u.a.: Springer, 698-699.
15. Straus, E.W. (1930): Geschehnis und Erlebnis: Zugleich eine historiologische Deutung des psychischen Traumas und der Renten-Neurose. Berlin: Springer.
16. Straus, E.W. (1930): Zwang und Raum. In Kretschmer, E., Cimbald, W. (1930): Bericht über den V. allgemeinen ärztlichen Kongress für Psychotherapie in Baden-Baden, 26.-29. April 1930. Leipzig: Hirzel, 167.
17. Straus, E.W. (1930): Die Formen des Räumlichen. Der Nervenarzt 3. Berlin u.a.: Springer, 633-656.
Nachdruck in: Straus, E.W. (1960): Psychologie der menschlichen Welt. Berlin u.a.: Springer, 141-178.
Englische Übersetzung durch Straus, E.W. (1966): The Forms of Spatiality. In: Straus, E.W. (1966): Phenomenological Psychology. New York: Basic Books, 3-37.
18. Straus, E.W. (1931): Bemerkungen zu dem Internationalen Neurologen-Kongress in Bern 1931. Der Nervenarzt 4. Berlin u.a.: Springer, 661-663.
19. Straus, E.W. (1931): Zur Psychologie und Psychopathologie der Sentimentalität. Zentralblatt für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 62. Berlin u.a.: Springer, 399-400.
Englische Übersetzung von Moss, D.M. (1980): Toward a Psychology and Psychopathology of Sentimentality. Journal of Phenomenological Psychology 11. Boston: Koninklijke Brill NV, 111-115.
20. Straus, E.W. (1932): Theorie der Hypnose. Gesellschaftsbericht der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten vom 29. 2. 1932. Zentralblatt für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 64. Berlin u.a.: Springer, 714.
21. Straus, E.W. (1932): Schlussbemerkungen zu H. Prinzhorns ‚Berichtigung‘. Der Nervenarzt 5. Berlin u.a.: Springer, 145-148.
22. Straus, E.W. (1933): Die Scham als historiologisches Problem. Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie 31. Basel: Schwabe AG, 339-343.
Nachdruck in: Straus, E.W. (1960): Psychologie der menschlichen Welt. Berlin u.a.: Springer, 179-186.
Englische Übersetzung durch Straus, E.W. (1966): Shame as a Historiological Problem. In: Straus E.W. (1966): Phenomenological Psychology. New York: Basic Books, 217-224.

23. Straus, E.W. (1935): Vom Sinn der Sinne. Berlin u.a.: Springer.
2. Auflage und erweiterte Auflage: Straus, E.W. (1956): Vom Sinn der Sinne. Berlin u.a.: Springer.
Englische Übersetzung durch Needleman, J. (1963): The Primary World of Senses: A Vindication of Sensory Experience. New York: Free Press of Glencoe.
24. Straus, E.W. (1935-36): Le Mouvement vecu. Paris: Recherches Philosophiques 5, 112-138.
Englische Übersetzung von Straus, E.W. (1966): The Lived Movement. In: Straus, E.W. (1966): Phenomenological Psychology. New York: Basic Books, 38-58.
25. Straus E.W. (1936): Die Paroxysmale Lähmung. In: Bumke, O., Foerster, O. (1936) Handbuch der Neurologie. Berlin: Springer, 1023-1045.
26. Straus, E.W. (1937): Descartes' Bedeutung für die moderne Psychologie. Travaux du IXe Congres International de Philosophie. Congres Descartes. Paris: Hermann et cie Editeurs 3, 52-59.
Englische Übersetzung von Straus, E.W. (1966): Descartes' Significance for Modern Psychology. In: Straus, E.W. (1966): Phenomenological Psychology. New York: Basic Books, 188-194.
27. Straus, E.W. (1938): Ein Beitrag zur Pathologie der Zwangerscheinungen. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie 98. Berlin: Karger, 63-101.
Nachdruck in: Straus, E.W. (1960): Psychologie der menschlichen Welt. Berlin u.a.: Springer, 187-223.
Englische Übersetzung durch Straus, E.W. (1966): The Pathology of Compulsion. In: Straus E.W. (1966): Phenomenological Psychology. New York: Basic Books, 296-329.
28. Straus, E.W. (1940): Psychological and Clinical Aspects of Space. Abstract eines Vortrages vor der ‚Boston Society of Psychiatry and Neurology‘ aus dem Jahre 1939. Philadelphia: Journal of Nervous and Mental Diseases 91, 648-649.
29. Straus, E.W. (1941): Education in a time of Crisis. Kentucky: Black Mountain College Bulletin 7.
30. Straus, E.W. (1941): Psychology of Phobias. North Carolina: Journal of the Elisha Mitchell Scientific Society 57, 196-197.
31. Straus, E.W. (1942): Depersonalization: It`s Significance for Psychology and Psychopathology. North Carolina: Journal of the Elisha Mitchell Scientific Society 58, 124.
32. Straus, E.W. (1943): Some Imponderables Influencing Morale. North Carolina: Journal of the Elisha Mitchell Scientific Society 59, 112.
33. Straus, E.W. (1946): The Life and Work of Karl Wilmanns. Arlington: The American Journal of Psychiatry 102, 688-691.
34. Straus, E.W. (1947): Disorders of Personal Time in Depressive States. Birmingham: Southern Medical Journal 40, 254-259.
Nachdruck in: Straus, E.W. (1966): Phenomenological Psychology. New York: Basic Books, 290-295
35. Straus, E.W. (1948): On Obsession. A Clinical and methodological Study. Nervous and Mental Disease Monographs 73. New York: Coolidge Foundation.

36. Straus, E.W. (1949): Die aufrechte Haltung. Eine anthropologische Studie. Festschrift für Professor Karl Bonhoeffer zu seinem 80. Geburtstag. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie 117. Berlin: Karger.
Nachdruck in: Straus, E.W. (1960): Psychologie der menschlichen Welt. Berlin u.a.: Springer, 224-235.
Englische Übersetzung von Straus, E.W. (1952): The Upright Posture. In: Psychiatric Quarterly 26. New York u.a.: Springer, 529-561.
Nachdruck (englisch) in: Straus, E.W. (1966): Phenomenological Psychology. New York: Basic Books, 224-235.
37. Straus, E.W. (1949): Die Ästhesiologie und ihre Bedeutung für das Verständnis der Halluzinationen. Basel: Zeitschrift für Psychiatrie und Neurologie 182.
Nachdruck in: Straus, E.W. (1960): Psychologie der menschlichen Welt. Berlin u.a.: Springer, 236-269.
Englische Übersetzung durch Straus, E.W. (1958): Aesthesiology and Hallucinations. In: May, R. (1958): Existence: A New Dimension in Psychiatry and Psychology. New York: Basic Books, 139-169.
38. Straus, E.W. (1950): Die Entwicklung der amerikanischen Psychiatrie zwischen den Weltkriegen. Berlin: Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten 184,133-150.
Nachdruck in: Straus, E.W. (1960): Psychologie der menschlichen Welt. Berlin u.a.: Springer, 270-288.
39. Straus, E.W. (1951): Rheoscopic Studies of Expression. Arlington: The American Journal of Psychiatry 108, 439-443.
Nachdruck in: Straus, E.W. (1960): Psychologie der menschlichen Welt. Berlin u.a.: Springer, 289-297.
Nachdruck in: Straus, E.W. (1966): Phenomenological Psychology. New York: Basic Books, 225-234.
40. Straus, E.W. (1951): The Autonomy of Questioning. Philadelphia: Journal of Nervous and Mental Disease 113, 67-74.
41. Straus, E.W. (1951): Ludwig Binswanger zum 70. Geburtstag. Der Nervenarzt 22. Berlin u.a.: Springer, 269-270.
42. Straus, E.W. (1952): Sigh: An Introduction to a Theory of Expression. Louvain: Tijdschrift voor Philosophie 14, 1-22.
Deutsche Übersetzung von Straus, E.W. (1954): Der Seufzer: Einführung in eine Lehre vom Ausdruck. In von Gebssattel, V.E.F., Kafka, G. (Hrsg.): Jahrbuch für Psychologie und Psychotherapie 2. Würzburg: Karl Auer, 113-128.
Nachdruck (deutsch) in: Straus, E.W. (1960): Psychologie der menschlichen Welt. Berlin u.a.: Springer, 298-315.
Nachdruck (englisch) in: Straus, E.W. (1966): Phenomenological Psychology. New York: Basic Books, 234-251.

43. Straus, E.W. (1953): Der Mensch als ein fragendes Wesen. In: von Gebattel, V.E.F., Kafka, G., Rever, W.F. (1953): Jahrbuch für Psychologie und Psychotherapie 1. Würzburg: Karl Auer, 139-153.
Englische Übersetzung von Straus, E.W. (1955): Man: A Questioning Being. Louvain: Tijdschrift voor Philosophie 17, 3-29.
Nachdruck (deutsch) in: Straus, E.W. (1960): Psychologie der menschlichen Welt. Berlin u.a.: Springer, 316-334.
Nachdruck (englisch) in: Straus, E.W. (1966): Phenomenological Psychology. New York: Basic Books, 166-187.
44. Straus, E.W., Ferguson-Rayport, S.M., Griffith, R.M. (1955): The Psychiatric Significance of Tattoos. Psychiatric Quarterly 29. New York: Springer, 112-131.
45. Straus, E.W., Griffith, R.M. (1955): Pseudoreversibility of Catatonic Stupor. Arlington: The American Journal of Psychiatry 3, 680-685.
Nachdruck in: Straus, E.W. (1960): Psychologie der menschlichen Welt. Berlin u.a.: Springer, 335-346.
Nachdruck in: Straus, E.W. (1966): Phenomenological Psychology. New York: Basic Books, 330-339.
46. Straus, E.W., Jokl, E., Kessler, H.H. (1956): Neuromuscular Performance and Sensory Receptivity in a Triple Congenital Amputee. Boston: Journal of the American Medical Association 161, 439-440.
47. Straus, E.W. (1956): Some Remarks About Awakeness. Louvain: Tijdschrift voor Philosophie 18, 13-28.
Nachdruck in: Straus, E.W. (1960): Psychologie der menschlichen Welt. Berlin u.a.: Springer, 347-363.
Nachdruck in: Straus, E.W. (1966): Phenomenological Psychology. New York: Basic Books, 101-117.
48. Straus, E.W. (1956): On the Form and Structure of Man's Inner Freedom. Kentucky: Kentucky Law Journal 45, 255-269.
Nachdruck in: Straus, E.W. (1960): Psychologie der menschlichen Welt. Berlin u.a.: Springer, 264-376.
49. Straus, E.W. (1957): Der Archimedische Punkt. Tirage à part de Recontre/Encounter/Begegnung. Contributions à une Psychologie humaine dédiées au Professeur F. J. J. Buytendijk. Uitgeverij het Spectrum. Antwerpen: Utrecht.
Nachdruck in: Straus, E.W. (1960): Psychologie der menschlichen Welt. Berlin u.a.: Springer, 377-397.
Englische Übersetzung von Moss, D.M (1982): The Archimedian Point in Man, Time and World: Two Contributions to Anthropological Psychology“. Pittsburgh: Duquesne University Press, 141-164.
50. Straus, E.W. (1958): Formen und Formeln. In: Ehrhardt, H.E., Ploog, D. (1958): Psychiatrie und Gesellschaft. Bern u.a.: Hans Huber, 25-35.

- Nachdruck in: Straus, E.W. (1960): *Psychologie der menschlichen Welt*. Berlin u.a.: Springer, 398-408.
51. Straus, E.W. (1958): *The Brain and Human Behavior: Comments and Discussion*. Research Publication. Association for Research in Nervous and Mental Disease. Vol. XXXVI. Baltimore: Williams and Wilkins, 140-141, 271-279, 464-465.
52. Straus, E.W. (1958): *Objektivität*. In: von Gebattel, V.E.F., Kafka, G. (Hrsg.): *Jahrbuch für Psychologie und Psychotherapie 6*. Würzburg: Karl Auer.
Nachdruck in: Straus, E.W. (1960): *Psychologie der menschlichen Welt*. Berlin u.a.: Springer, 409- 426.
Englische Übersetzung durch Straus, E.W. (1966): *Objectivity*. In: Straus, E.W. (1966): *Phenomenological Psychology*. New York: Basic Books, 118-133.
53. Straus, E.W. (1958): *Viktor E. Freiherr von Gebattel 75 Jahre*. *Der Nervenarzt* 29. Berlin u.a.: Springer, 233-234¹³².
1958 ebenfalls erschienen in: von Gebattel, V.E.F., Kafka, G. (Hrsg.): *Jahrbuch für Psychologie und Psychotherapie 6*. Würzburg: Karl Auer, 303-306.
54. Straus, E.W. (1959): *Report. The Fourth International Congress of Psychotherapy, Barcelona, Spain, 01. 09. -07. 09. 1958*. *Psychosomatic Medicine* 21. California: Stanford University Press, 158-164.
55. Straus E.W. (1959): *Human Action: Response or Project*. *Confinia Psychiatrica* 2. Basel: Karger, 148-171.
Nachdruck in: Straus, E.W. (1966): *Phenomenological Psychology*. New York: Basic Books, 196-216.
56. Straus, E.W., Lyons, J. (1959): *The Effects of Barbiturates in Catatonic Stupor*. Vortrag auf der 'Third Annual Research Conference on Chemotherapy Studies in Psychiatry' am 10. Juni 1958. VA Hospital. Illinois: Downey, 79-84.
57. Straus, E.W. (1960): *Phenomenology of Remembering and Infantile Amnesia*. Vortrag auf dem Internationalen Kongress für Psychotherapie in Barcelona im Jahre 1959. *Acta Psychotherapeutica et Psychosomatica* 8. Basel: Karger, 334-351.
Nachdruck in: Straus, E.W. (1966): *Phenomenological Psychology*. New York: Basic Books, 59-74.
58. Straus, E.W. (1960): *Psychologie der menschlichen Welt*. *Gesammelte Schriften von Erwin Straus*. Berlin u.a.: Springer.
59. Straus, E.W. (1960): *The Existential Approach to Psychiatry*. Vortrag am 19.02.1960 auf dem 4. Unitarian Symposium 'Man's Inner World. The Resources of Religion and Depth Psychology' in Cincinnati, Ohio. In: Smith, J.H. (1970): *Psychiatry and the Humanities* 1. New Haven: Yale University Press, 127-143.
60. Straus, E.W. (1960): *Über Gedächtnisspuren*. *Der Nervenarzt* 31. Berlin u.a.: Springer, 1-12.
Englische Übersetzung von Straus, E.W. (1962): *On Memory Traces*. *Louvain: Tijdschrift voor Philosophie* 24, 1-32.

¹³² Anmerkung d. Verf.: Der Artikel ist irrtümlicherweise mit ‚Jürg. Zutt‘ unterzeichnet (vgl. HOLZINGER 2006, S.113).

- Nachdruck (englisch) in: Straus, E.W. (1966): *Phenomenological Psychology*. New York: Basic Books, 75-100.
61. Straus, E.W. (1961): *Norm and Pathology of I-World Relations*. *Diseases of the Nervous System*. Cambridge: Monograph Supplement 22, 1-12.
Nachdruck (englisch) in: Straus, E.W. (1966): *Phenomenological Psychology*. New York: Basic Books, 255- 276.
62. Straus, E.W. (1961): *Diskussionsbemerkungen zu vorstehenden Beiträgen von W. von Baeyer, P. Matussek und W. Jacob*. *Der Nervenarzt* 32. Berlin u.a.: Springer, 551-552.
63. Straus, E.W. (1961): *Signals, Signs, and Symbols*. Washington: *Psychiatric Research Reports of the American Psychiatric Associations*, 1-14.
64. Straus, E.W. (1962): *Phenomenology of Hallucinations*. In: West, L.J. (1962): *Hallucinations*. New York: Grune & Stratton, 220-232
Nachdruck in: Straus, E.W. (1966): *Phenomenological Psychology*. New York: Basic Books, 277-289.
65. Straus, E.W. (1963): *Die Verwechslung von Reiz und Objekt. Ihr Grund und ihre Folgen*. In: Achelis, J.D., von Dittfurth, H. (1963): *Anthropologische und naturwissenschaftliche Grundlagen der Pharmako-Psychiatrie 2*. Stuttgart: Thieme, 4-32.
66. Straus, E.W. (1963): *Psychiatrie und Philosophie*. In: Gruhle u.a. (1963): *Psychiatrie der Gegenwart*. Berlin u.a.: Springer, 926-994.
Englische Übersetzung von Straus, E.W. (1963): *Psychiatry and Philosophy*. In: Natanson, M. (1963): *Psychiatry and Philosophy*. New York: Springer, 1-83.
67. Straus, E.W. (1963): *Über Störungen des Zeiterlebens bei seelischen Erkrankungen*. In: Schaltenbrand, G. (1963): *Zeit in nervenärztlicher Sicht*. Stuttgart: Ferdinand Enke, 14-16.
68. Straus, E.W. (1963): *Zum Sehen Geboren. Zum Schauen Bestellt: Betrachtungen zur ‚Aufrechten Haltung‘*. In: Wiesenhütter, E. (Hrsg.): *Werden und Handeln. Zum 80. Geburtstag von V. E. Freiherrn von Gebattel*. Stuttgart: Hippokrates, 44-73.
Englische Übersetzung von Straus, E.W. (1965): *Born to See. Bound to Behold*. Louvain: *Tijdschrift voor Philosophie* 273, 659-688.
Englische Übersetzung ebenfalls in Spicker, S.F. (1970): *The Philosophy of the Body*. Chicago: Quadrangle Books, 334-361.
69. Straus, E.W., Zutt, J. (1963): *Die Wahnwelten. Endogene Psychosen*. Frankfurt am Main: Akademische Verlagsgesellschaft.
70. Straus, E.W. (1964): *Chronognosy and Chronopathy*. In: Straus, E.W. (1964): *Phenomenology: Pure and Applied*. Pittsburgh: Duquesne University Press, 142-165.
71. Straus, E.W. (1964): *Über Anosognosie*. In: von Gebattel, V.E.F., Kafka, G. (Hrsg.): *Jahrbuch für Psychologie und Psychotherapie* 11. Würzburg: Karl Auer, 26-42.
Englische Übersetzung von Straus, E.W. (1967): *Anosognosia*. In: Straus, E.W. (1967): *Phenomenology of Will and Action*. Pittsburg: Duquesne University Press, 103-126.
72. Straus, E.W. (1965): *The Expression of Thinking*. In: Edie, J.M. (1965): *An Invitation to Phenomenology*. Chicago: Quadrangle Books, 266-283.

73. Straus, E.W. (1965): The Sense of the Senses. Memphis: The Southern Journal of Philosophy, 192-201.
74. Straus, E.W. (1966): Dem Andenken Ludwig Binswangers (1881-1966). Der Nervenarzt 37. Berlin u.a.: Springer, 529-531.
75. Straus, E.W. (1966): Phenomenological Psychology. New York: Basic Books.
76. Straus, E.W. (1967): An Existential Approach to Time. New York: Annals of the New York Academy of Sciences 138, 759-766.
77. Straus, E.W. (1969): ‚Discussion‘ of Dr. Lehmann’s existentialist view of dream interpretation. In: Kramer, M. (1969): Dream Psychology and the New Biology of Dreaming. Springfield III, 165-171.
78. Straus, E.W. (1969): The Polarity of Sensory Experience - The Spectrum of Senses. Vortrag auf der ‚First International Conference on Consciousness and Creativity‘ im St. Vincent Medical Center in New York City, Oktober 1967. New York: Journal for the Study of Consciousness 2, 24-35.
79. Straus, E.W. (1969): Embodiment and Excarnation. Discussion. Psychological Issues 6. Princeton: Psychological Monograph 22, 217-250.¹³³
80. Zutt, J., Straus, E.W., Scheller, H. (1969) Karl Bonhoeffer zum 100. Geburtstag am 31. März 1968. Berlin u.a.: Springer.
81. Straus, E.W., Natanson, M. (1969): Psychiatry and Philosophy. Berlin u.a.: Springer.
82. Straus, E.W. (1970): Phenomenology of Memory. In: Straus, E.W. (1970). Phenomenology of Memory. Pittsburgh: Duquesne University Press, 45-63.
83. Straus, E.W. (1970): The Phantom Limb. In: Straus, E.W. (1970): Phenomenology. Pure and Applied: Aisthesis and Aesthetics. Pittsburgh: Duquesne University Press, 130-148.
84. Straus, E.W. (1970): The Miser. In: Edie, J.M., Parker, F.H., Schrag, C. (1970): Patterns of the Life World. Evanston: Northwestern University Press, 157-179.
85. Straus, E.W., Aug, R.C., Ables, B.S. (1971): A Phenomenological Approach to Dyslexia. Journal of Phenomenological Psychology 1. New York: Springer, 225-235.
86. Straus, E.W. (1974): Sounds, Words, Sentences. Phenomenology, Pure and Applied. Language and Language Disturbances. Pittsburgh: Dusquesne University Press, 81- 105.
87. Straus, E.W. (1975): The Monads Have Windows. Phenomenological Perspectives: Historical and Systematic Essays in Honor of Herbert Spiegelberg. The Hague: Martinus Nijhoff, 130-150.
88. Straus, E.W. (1975): L'Observateur Oublie. In: Maldiney, H. (1975): Editions L'Age d'Homme. Lausanne: SA, 235-248.

¹³³ Der Artikel ist eine überarbeitete und erweiterte Fassung von Nr. 71.

Als Hauptwerke von Erwin Straus werden angesehen:

1. Straus, E.W. (1930): *Geschehnis und Erlebnis: Zugleich eine historiologische Deutung des psychischen Traumas und der Renten-Neurose*. Berlin u.a.: Springer.
2. Straus, E.W. (1935): *Vom Sinn der Sinne*. Berlin u.a.: Springer.
3. Straus, E.W. (1960): *Psychologie der menschlichen Welt. Gesammelte Schriften von Erwin Straus*. Berlin u.a.: Springer.
4. Straus, E.W. (1966): *Phenomenological Psychology*. New York: Basic Books.

Neben den soeben angeführten publizierten Schriften existieren von Erwin Straus noch mehr als 40 unveröffentlichte größere wissenschaftliche Arbeiten. Beispielhaft seien an dieser Stelle angeführt:

- Straus, E.W. (1940): *The Dead Letter and the Living Word*. North Carolina: Black Mountain College.
- Straus, E.W. (1942): *A Proposal for the Education of Veterans (GI Bill)*. North Carolina: Black Mountain College.

Darüber hinaus hat Erwin Straus in der Zeit von 1964 bis 1970 insgesamt fünf Konferenzberichte der „Lexington Conferences on Pure and Applied Phenomenology“ herausgegeben, die jeweils durch die Duquesne University Press in Pittsburgh veröffentlicht worden sind.¹³⁵ Diese sind im Einzelnen:

1. *Phenomenology: Pure and Applied* (1964).
2. *Phenomenology of Will and Action* (1967).
3. *Phenomenology of Memory* (1970).
4. *Aisthesis and Aesthetics* (1970).
5. *Language and Language Disturbance* (1974).

¹³⁵ Anmerkung d. Verf.: Die Jahresangaben entsprechen dem Zeitpunkt der Veröffentlichung und nicht dem tatsächlichen Jahr, in dem die Konferenz stattfand.

LEBENS LAUF

**„MEIN LEBENS LAUF WIRD AUS DATENSCHUTZRECHTLICHEN GRÜNDEN IN
DER ELEKTRONISCHEN VERSION MEINER ARBEIT NICHT VERÖFFENTLICHT.“**