

Gesundheit

Aspekte eines komplexen biopsychosozialen Konstrukts und seine Korrelation zu Optimismus und Glückserleben

Josef W. Egger

Zusammenfassung

Dem komplexen Konstrukt *Gesundheit* nähern sich eine Reihe von Definitionsversuchen: die sozialpolitische (statische) Definition der WHO, das bio-medizinische Konzept, das soziologische und sozial-medizinische bzw. public health-Konzept, die genuin psychologischen Konzepte von Gesundheit und der umfassendste, integrationsorientierte *biopsychosoziale Gesundheitsbegriff*. Letzterer beschreibt ein multidimensionales Wechselwirkungsgeschehen, in welchem Risiko- und protektive Faktoren auf allen beteiligten (externen wie Organismus-internen) Systemebenen das Produkt „Gesundheit“ generieren. Nicht die Abwesenheit von Störung bedeutet demnach Gesundheit, sondern die selbstregulative Fähigkeit, mit diesen Störun-

gen fertig zu werden, d. h. sie ausreichend kontrollieren zu können. *Gesundheit* erscheint hier nicht als ein Zustand, sondern als eine fortlaufend herzustellende, multimodale Funktionstüchtigkeit. Dabei helfen *protektive Faktoren* zunehmend besser zu verstehen, was uns – trotz gegebener Risikofaktoren – gesund erhält. Als dafür bedeutsame Konstrukte werden „Optimismus“ und „Glück“ in ihrer Vernetzung mit *Gesundheit* erörtert.

Schlüsselbegriffe

Gesundheit, biopsychosoziale Gesundheitsdefinition, Optimismus, Glück.

Gesundheit versus Krankheit

Seit jeher bestehen Schwierigkeiten darin, die Phänomene *Gesundheit* und *Krankheit* voneinander abzugrenzen. Die verschiedenen Aspekte oder Dimensionen von Gesundheit und Krankheit und die Erörterung, was nun tatsächlich unter einer physisch oder psychisch imponierenden Störung bzw. einer Behinderung zu verstehen ist, machen die angestrebte Trennung oftmals praktisch unmöglich oder theoretisch fragwürdig. Die Grundlage für diese Schwierigkeiten liegt vor allem in den *Verstehensmodellen* von Krankheit und Gesundheit. Das erkannte Manko: Biologische, psychologische und öko-soziale Einflussgrößen müssten in ihrer parallelen Verschaltung und nicht als singuläre Dimensionen kalkuliert werden (Reinbacher & Egger 2000): Dazu kommen viele Detailspekte wie z. B. geschlechtsspezifische, sozioepidemiologische oder subjektive Theorien („Laienvorstellungen“, vgl. Flick 1998) von Gesundheit und Krankheit (s. a. Franke 2006).

Einen erheblichen Flurschaden für eine wissenschaftliche Auseinandersetzung hat die WHO-Formel für „Gesundheit“ verursacht. Bis heute zitieren viele den Satz vom Zustand des vollkommenen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlergehens als Gesundheits-Definition. Diese idealistisch-sozialpolitische Definition war aber nach dem Zweiten Weltkrieg vor allem an die Regierungen gerichtet gewesen und für diese

als Auftrag zu verstehen, den Bevölkerungen bessere, dem Wesen des Menschen gerechter werdende (äußere) Lebensbedingungen bereit zu stellen, welche für die Ausbildung von Gesundheit verantwortlich gesehen wurden. Dass diese Formel als wissenschaftliche Definition unbrauchbar ist, war vielen Lehrbuchschreibern, Gesundheits- und Sozialexperten offenbar unwichtig, ihre einprägsame Formulierung hat sie ungeschadet ihrer Unerreichbarkeit populär werden lassen.

Auch andere populär gewordene Vorstellungen wie das *Homöostase-Modell* sind – aus heutiger Sicht und wissenschaftlich nüchtern betrachtet – unfruchtbar geblieben, weil bis heute keine allgemein anerkannte Explikation vorliegt, was man sich darunter exakt vorstellen soll und wie man das empirisch fassen könnte. Dem Kenntnisstand vieler beteiligten Wissenschaftsdisziplinen näher ist da schon das *Heterostase-Modell*, wonach Störungen (Krankheiten) zur Normalität des Lebens gehören – ein Begriff der insbesondere durch das Salutogenese-Modell von Antonovsky (mit seinem Kohärenzerleben) bekannt geworden ist (s. a. Franke 2006).

Lebensweise und Gesundheit

In weiten Bereichen der Bevölkerung – aber auch der Gesundheitspolitik – wird immer noch fälschlicherweise ange-

nommen, dass der Gesundheitszustand der Menschen hauptsächlich von der Erreichbarkeit und Wirksamkeit des medizinischen Versorgungssystems abhängt. Aber schon in den 70er Jahren des vorigen Jahrhunderts konnte der englische Sozialmediziner Thomas McKeown (1976) zeigen, dass Umwelteinflüsse und insbesondere die materiellen Lebensbedingungen der Bevölkerung sowie das Gesundheitsverhalten der Menschen einen weitaus größeren Einfluss auf ihre Lebenserwartung haben als die Fortschritte der Medizin. Es gelang ihm nachzuweisen, dass die Sterblichkeit, welche durch die meisten Infektionskrankheiten verursacht werden, deutlich früher zurückgegangen waren, als die Einführung von Schutzimpfungen, Sulfonamiden und Antibiotika. In der Folge zeigten auch eine Reihe weiterer Untersuchungen die Richtigkeit dieser Annahme. So ergab eine epidemiologische Analyse des angesehenen US-amerikanischen Center for Disease Control (CDC 1984, zit. n. Noack 1994), dass nur rund 10 % der Gesamtvarianz von vorzeitigen Sterbefällen bezogen auf die 10 häufigsten Todesursachen durch das etablierte Gesundheitswesen erklärt werden können, wohingegen aber 50 % durch Lebensweisen, rund 20 % durch physische und chemische Umweltfaktoren und weitere 20 % durch biologische Prädispositionen aufgeklärt werden können.

Was es hier also zu leisten galt, war der Versuch einer Positionierung der einzelnen Gesundheits-Definitionen entlang einer wissenschaftstheoretischen Entwicklungslinie. Hier geht es um die Frage, wieweit die relevanten Einzelbeiträge in überge-

ordnete Synthese-Konzeptionen zusammengeführt werden können. Natürlich birgt eine solche Zusammenschau von dominanten Einflussgrößen aus unterschiedlichen Wissenschaftsdisziplinen jede Menge Gefahren – wie etwa (logisch unerlaubte) Analogieschlüsse bzw. Kategorienfehler. Aber ersparen können wir uns diese Arbeit nicht, wenn wir die erkennbaren Wirkvariablen zu einem theoretischen Netzwerk zusammenführen wollen, das die komplexe Wirklichkeit besser abzubilden imstande sein sollte, als die Aneinanderreihung von singulären Zugängen (vgl. Weiner 2001).

Der aktuelle Diskussionsstand zur Synthese der wesentlichen Theoriebereiche im Rahmen der psychosomatischen Wissenschaften bzw. der *behavioral medicine* ist sowohl für den Praktiker wie für den Theoretiker gleichermaßen spannend: Durch die Nutzung metatheoretischer Prinzipien wie der Allgemeinen Systemtheorie und Semiotik wurde in letzter Zeit aus G. Engels ursprünglichen „biopsychosozialen“ Ansatz (1976) eine *body mind unity theory* oder *organic unity theory* (s. z. B. Goodman 1991; *Theorie der Körper-Seele-Einheit* oder besser: *Theorie der Gehirn-Geist-Einheit*, vgl. Egger 2005): Um die logischen und semantischen Probleme einer solchen vereinheitlichten Theorie halbwegs zu bewältigen, musste zusätzlich auf Spinozas Leib-Seele-Identitätstheorie zurückgegriffen werden. Das Bahnbrechende an dieser Entwicklung ist, dass mit diesem „erweiterten biopsychosozialen Ansatz“ Begriffe wie „psychosomatische Krankheit“ überflüssig werden, weil es hier keinen Krankheitsprozess gibt, bei

Tab. 1: Einzelwissenschaftliche Beiträge zur Dimensionalität eines biopsychosozialen Verständnisses von Krankheit und Gesundheit

MODELLE ZUM VERSTÄNDNIS VON „GESUNDHEIT“		ABSTRAKTIONSEBENE
I.	<p>Gesundheit als somatische Unauffälligkeit organische bzw. körperliche Funktionstüchtigkeit; <i>Beobachterperspektive:</i> Gesundheit als Ausschluß eines organopathologischen Befundes (ergibt eine Gesundheit, aber viele Krankheiten); <i>therapeutischer Ansatz:</i> Primärprophylaxe; prinzipiell: Mensch als komplexe Maschine, Problemlösung durch Experten (Therapeut als „Techniker“); kein Handlungsbedarf außer z.B. Schutzimpfung oder Risikofaktorenaufklärung; <i>Focus:</i> Außenperspektive</p>	(Gesundheitsdimension): <i>biomedizinisch</i> (health/fitness)
II.	<p>Gesundheit als vitales Erleben und Verhalten <i>Erlebnisperspektive:</i> Gesundsein, Wohlbefinden, Vitalitätsgefühl; <i>therapeutischer Ansatz:</i> Gesundheitswissen, Gesundheitsmotivation, Gesundheitsverhalten (Gesundheitskompetenz); prinzipiell: Mensch hat Eigen- und Mitverantwortung, Änderung individuellen Erlebens und Verhaltens, Hilfe zur Selbsthilfe (Therapeut als Katalysator) persönlichkeitsgebundene und situative Verhaltensrisikofaktoren und Schutzfaktoren; <i>Focus:</i> Innenperspektive</p>	<i>psychologisch</i> (well-being/wellness)
III.	<p>Gesundheit als salutogene Mensch-Umwelt-Paßform <i>Hochsitzperspektive:</i> Gesundheit als gelungene Anpassung an sozio-ökologische Lebensbedingungen; <i>therapeutischer Ansatz:</i> Bevölkerung bzw. Gruppen von Menschen, Änderung von externen (sozialpolitischen, ökologischen) Lebensbedingungen und Verhaltensänderung von Populationen; prinzipiell: (Mit)Verantwortung der sozialen und ökologischen „Umwelt“politik; public health; <i>Focus:</i> Metaperspektive</p>	<i>öko-sozial</i> (public health)

Synthese: DER BIO-PSYCHO-SOZIALE GESUNDHEITSBEGRIFF

umfasst alle drei Dimensionen (Abstraktionsebenen I + II + III) von „Gesundheit“ in Form eines integrierten, dynamischen und hierarchisch geordneten „ganzheitlichen“ Verständnisses (vgl. Egger, 1993)

Einzelwissenschaftliche MODELLE ZUM VERSTÄNDNIS VON „KRANKHEIT“

ABSTRAKTIONSEBENE

I.	<p>Krankheit als somatische Störung organischer bzw. organfunktioneller Befund <i>Beobachterperspektive:</i> Krankheit als materieller Befund primärer therapeutischer Ansatz: Mensch als komplexe Maschine, Problemlösung durch Experten (Therapeut als „Techniker“); Außenperspektive</p>	(Krankheitsdimension): <i>biomedizinisch</i> (disease/impairment)
II.	<p>Krankheit als Störung des Erlebens und Verhaltens Erlebnisperspektive: <i>Kranksein, Krankheitsgefühl, Befindlichkeit</i> primärer therapeutischer Ansatz: Mensch hat Eigen- und Mitverantwortung, Änderung individuellen Erlebens und Verhaltens, Hilfe zur Selbsthilfe (Therapeut als Katalysator); Innenperspektive</p>	<i>psychologisch</i> (illness/disability)
III.	<p>Krankheit als Ergebnis einer pathogenen Mensch-Umwelt-Paßform Hochsitzperspektive: <i>Krankheit als „Fehlpassung“ an sozio-ökologische Lebensbedingungen</i> primärer therapeutischer Ansatz: Bevölkerung bzw. Gruppen von Menschen, Änderung von externen (sozialpolitischen, ökologischen) Lebensbedingungen und Verhaltensänderung von Populationen (soziale und ökologische „Umwelt“ politik); Metaposition</p>	<i>öko-sozial</i> (sickness/handicap)

Synthese: **DER BIO-PSYCHO-SOZIALE KRANKHEITSBEGRIFF**

umfasst alle drei Dimensionen (Abstraktionsebenen I + II + III) von „Krankheit“ in Form eines integrierten, dynamischen und hierarchisch geordneten „ganzheitlichen“ Verständnisses (Engel, Schwartz, Weiss, Weiner u. a.; vgl. Egger, 1993, 2005)

dem von vornherein irgendeine der beteiligten Dimensionen (biomedizinisch, psychologisch, öko-sozial) mit ihren system-spezifischen Wirkgrößen ausgeschlossen werden kann – die Dichotomie zwischen „organischen“ und „psychischen“ Störungen wird damit obsolet (vgl. Egger 2008, 2007).

reapeut immer alle drei therapeutischen Funktionen („Rollen“) für seine Intervention nutzen sollte und zwar in einer quasi *parallel* und nicht seriellen Weise, weil je nach Problemlage jede der Interventionsformen praktikabel bzw. hilfreich bei der Problemlösung sein kann. Eine zeitlich befristete Bevorzugung einer dieser Interventionsformen erklärt sich ebenfalls nur aus dem Prozess der Problemlösung, gilt also nicht auf Dauer.

Im **biopsychosozialen Modell** bedeutet **GESUNDHEIT** die ausreichende Kompetenz des Systems „Mensch“, beliebige Störungen auf beliebigen Systemebenen *autoregulativ* zu bewältigen. Nicht das Fehlen von pathogenen Keimen (Viren, Bakterien etc.) oder das Nichtvorhandensein von Störungen/Auffälligkeiten auf der psycho-sozialen Ebene bedeuten demnach *Gesundheit*, sondern die Fähigkeit, diese pathogenen Faktoren ausreichend wirksam zu kontrollieren.

KRANKHEIT stellt sich 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. Wegen der interdependenten Verschaltung der Systemebenen ist es nicht so bedeutsam, auf welcher Ebene eine Störung generiert oder augenscheinlich wird, sondern welchen Schaden diese auch auf den unter- oder übergeordneten Systemen zu bewirken imstande ist.

Krankheit und Gesundheit erscheinen hier nicht als ein Zustand, sondern als ein *dynamisches Geschehen*. So gesehen muss *Gesundheit* in jeder Sekunde des Lebens „geschaffen“ werden.

Tab. 2: Formen interventiver Beziehungen

Funktionen, die der Therapeut im Interventionsprozess einnehmen kann

1. Therapeut ist primär
Problemlöser/Techniker
idealiter: Therapeut als Experte löst das Problem (z. B. Akutsituation)
2. Therapeut ist primär
Katalysator
idealiter: Bedingungen schaffen, unter denen der Patient/Klient das Problem lösen kann (z. B. Intervention als „Hilfe zur Selbsthilfe“)
3. Therapeut ist primär
Begleiter
Der Therapeut ist primär teilhabender Begleiter des leidenden Menschen;
idealiter: Therapeut kann Leid des Patienten/Klienten aushalten, ohne dass Problemlösung möglich erscheint; Wirken durch Da-Sein (z. B. in der Behindertenarbeit, Sterbebegleitung)

vgl. Pieringer, W., Egger, J. & Stix, P. (1991)

Eine praktische Ableitung aus diesem biopsychosozialen Modell besteht darin, dass der (ärztliche wie psychologische) The-

Gesundheit aus der Perspektive der Gesundheitspsychologie

Die *Gesundheitspsychologie* ist vor dem Hintergrund eines *positiven Gesundheitsbegriffs* und aus der Einsicht in die Verhaltensbestimmtheit vieler Gesundheitsschäden entstanden. Sie folgt einer *biopsychosozialen* statt einer biomedizinischen Perspektive und hat die Förderung und Erhaltung der Gesundheit ebenso zum Ziel wie die Untersuchung menschlichen Verhaltens angesichts von Erkrankungen. Idealtypische Ziele wären hier ausreichendes Gesundheitswissen, Förderung der Gesundheitsmotivation, Unterstützung für adäquates Gesundheitsverhalten, aber auch Lebensgenusserziehung bzw. eine gelenkte Beeinflussung in Richtung Lebensfreude, Friedfertigkeit und Konfliktlösekompetenz – Ziele, die auf eine notwendige Vernetzung von Sozial- und Gesundheitspolitik hindeuten. Die gesundheitspsychologische Praxis stellt zumindest relevantes Wissen über Risikosituationen und Risikodispositionen bereit und leistet konkrete Hilfestellung bei der Erweiterung der gesundheitsbezogenen Handlungskompetenzen. In ihrem Zentrum steht das *Gesundheitsverhalten*, welches seinerseits von der *Motivation* für gesundheitsförderliches Verhalten bestimmt wird.

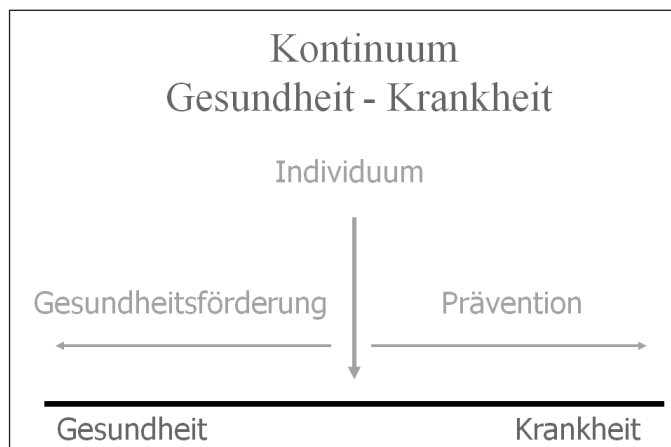


Abb. 1: Die Idee eines Kontinuums in der Abgrenzung von Gesundheit und Krankheit (zit. n. Hoyer 2003)

Man mag sich für die Praxis weiterhin ein Kontinuum von Gesundheit und Krankheit vorstellen, aber diese Vorstellung ist zu simpel für die hochkomplexe Verschaltung von Regelkreisen innerhalb einer Systemebene (z. B. der Herz-Kreislaufregulation) und erst recht zwischen den Systemebenen (z. B. zwischen Blutdruckregulation und persönlichkeitsbedingter, individueller Emotionsregulation) (siehe Abb. 2). Günstiger erscheint da schon eine Konzeption, wonach Gesundheit als Ergebnis der Wechselwirkung von (a) äußeren & inneren Anforderungen und (b) protektiven Faktoren & verfügbaren Bewältigungskompetenzen verstanden wird, wie dies in den dynamischen Risiko- und Schutzfaktorenkonzepten gedacht wird (Tab. 3). Für die Bewegung auf dem ideellen, multidimensionalen Kontinuum *gesund-krank* werden primär die Ressourcen des Organismus (protektive/salutogene Fakto-

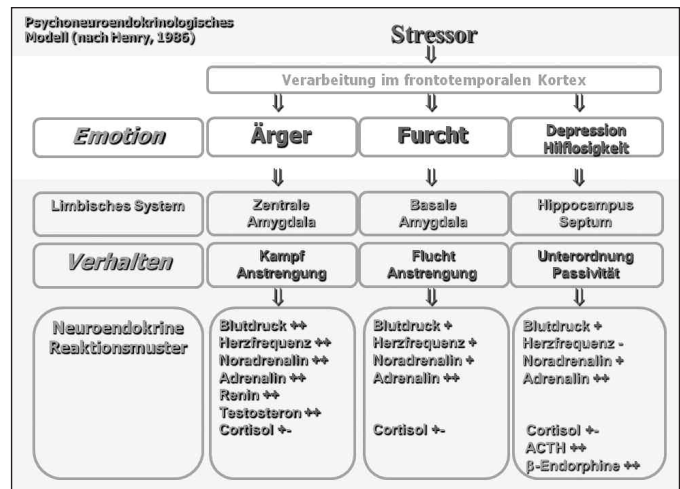


Abb. 2: Stress als Prozess aus psychoneuroendokriner Perspektive (Henry 1985, zit. n. Hoyer 2003)

ren) ausschlaggebend sein, denn sie bestimmen, womit der Organismus noch fertig werden kann und womit nicht (Kontrollierbarkeit der Störpotenziale). Dabei gilt: Ein Stressor mit seiner objektiven Schädigungspotenz wird vom Organismus „interpretiert“ (von seinen automatischen Wahrnehmungssystemen erkannt bzw. im Sonderfall auch als Herausforderung subjektiv erlebt) worauf in der Folge je nach aktueller Bewältigungskompetenz reagiert wird und so ein durchaus individuelles Ergebnis resultiert. Dieser Prozess gilt für die Auseinandersetzung des Organismus mit einem Bakterium von ausreichender Toxizität genau so wie für die Herausforderung eines jungen Assistenten, ein wissenschaftliches Referat vor 200 kritischen Zuhörern zu halten. Empirisch besteht übrigens ein statistisch gesicherter und inhaltlich bedeutsamer Zusammenhang zwischen (äußeren wie inneren) *Lebensbedingungen* und *Gesundheit*, wobei *Alltagsbelastungen* (daily hassles) – über die Zeit gerechnet – zumindest die gleiche Bedeutung wie isolierte belastende Lebensereignisse (life events) aufweisen. Aus psychologischer Perspektive gelten als **Schutzfaktoren der Gesundheit** zumindest folgende empirisch nachgewiesenen psychologischen Aspekte:

Psychologische Schutzfaktoren der Gesundheit

- Kohärenzerleben* (sense of coherence, Antonovsky, 1987)
- Selbstachtsamkeit* (mindfulness, Langer, 1989)
- Kompetenzerwartung* (Bandura, 1986; Schwarzer, 1993, 1994)
- dispositioneller Optimismus* (Carver & Scheier, 1987)
- Widerstandsfähigkeit* (hardiness, Kobasa, 1982)
- seelische Gesundheit* (Becker, 1992)
- Gesundheitsbewusstsein* (healthy thinking, Kendall, 1992)
- positive Selbstverbalisation* (positiver innerer Dialog, positive Selbstkommentierung, positive automatic cognition, Ingram & Wisnicki, 1988)
- vernunftgeleitetes Denken* (constructive thinking, Epstein & Meier, 1989)

Tab. 3: Risiko- und Schutzfaktorenkonzept: Ansatzpunkte für theoretische und praktische Zugänge

RISIKOFAKTOREN	SCHUTZFAKTOREN
externe und interne Bedingungen, die einen Krankheitsprozess „verursachen“, auslösen, beschleunigen, zum Vorschein bringen oder aufrechterhalten können	externe und interne Bedingungen, die einen Krankheitsprozess verhindern oder verzögern sowie die Heilung beschleunigen können
Erbanlagen und aktueller Zustand des Organismus	Erbanlagen und aktueller Zustand des Organismus
physiko-chemische und soziale Umweltbedingungen (Noxen) (z. B. Überforderung der individuellen Bewältigungskapazitäten durch Schadstoffe in Luft und Nahrung, Lärm, Drogen, hohe soziale Dichte/Überbevölkerung usw.)	physiko-chemische und soziale Umweltbedingungen (biologisch „passende“ Lebensbedingungen, adäquates psychosoziales Netzwerk)
Gesundheitsverhalten persönlichkeitsabhängige und situativ gebundene <i>Verhaltensrisikofaktoren</i> :	Gesundheitsverhalten persönlichkeitsabhängige und situativ gebundene <i>psychologische Schutzfaktoren</i> :
<p style="text-align: center;"><i>physiologisch</i> <i>sozial-motorisch</i> <i>gefühlsmäßig-gedanklich</i></p> (z. B. Fehlernährung; Drogenkonsum inform von Zigarettenrauchen, Alkoholabusus, Medikamenten-abusus; Konfrontation mit sonstigen Noxen; Bewegungsmangel; Angst; Hoffnungslosigkeit; Überforderung der psychologischen Bewältigungsmöglichkeiten)	<p style="text-align: center;"><i>physiologisch</i> (Bedachtnahme auf und Training der eigenen körperlichen Möglichkeiten) <i>sozial-motorisch</i> (erlebter sozialer Rückhalt bzw. soziale Sicherheit, sinnerfüllte Lebensroutine) <i>emotional-kognitiv</i> (ausgeprägtes Kohärenzerleben: Optimismus/Zuversicht, Humor/ Distanz, aktive sicherheitsvermittelnde Alltagsrituale)</p>

Egger 1993, Damm et al. 2009

Salutogenese

Von den psychologischen Schutzfaktoren hat bisher das Konzept von A. Antonovsky (z. B. 1990) die relative größte Aufmerksamkeit erfahren. Es gilt als bestätigt, dass eine generalisierte *positive Einstellung* eines Menschen zu sich selbst und seiner Umwelt eine deutliche Korrelation mit positivem Gesundheitszustand zeigt. Im sog. *salutogenetischen Modell* von Antonovsky wird hierfür das Konstrukt *Kohärenzerleben* (sense of coherence) als Drehscheibe vorgeschlagen. Das Kohärenzerleben wird dabei als ein umfassendes und überdauerndes Erleben des Vertrauens verstanden, dass die inneren und äußeren Gegebenheiten im Lebenslauf strukturiert, vorhersagbar und erklärbar sind (Verstehbarkeit), meine verfügbaren Ressourcen ausreichen, um die Anforderungen zu bewältigen, die an meine Person gestellt werden, dass ich also ausreichende Handlungs- und Bewältigungsfähigkeit erlebe (Handhabbarkeit, Machbarkeit) und dass diese Anforderungen solche Herausforderungen darstellen, für die sich Anstrengung und Engagement meinerseits lohnen (Bedeutsamkeit). Verfügt der Mensch über ein ausreichend gutes *Kohärenzerleben*, werden von ihm protektive Faktoren („Widerstandsressourcen“) besser genützt (siehe Abb. 3).

Ähnlich ist auch das Modell zur seelischen Gesundheit von Becker konzipiert (siehe Abb. 4).

Die Erkenntnis, dass Wohlergehen und psychische Gesundheit nicht allein durch eine Reduzierung von negativem Befinden zu erreichen ist, führte in den letzten zwei Jahrzehnten zu Forschungsbemühungen, welche sich um Konstrukte wie *Wohlbefinden* (wellbeing) und *Glück* konzentrieren. Entsprechende Literaturrecherchen zeigen dabei allerdings auf, dass die psy-

chologischen Konzepte zu *Glück*, *Zufriedenheit* und (subjektive) *Lebensqualität* nach wie vor theoretisch wenig ausgereift und die empirischen Beiträge insbesondere zum Thema *Lebenszufriedenheit* und *Glück* als eher dürftig einzuschätzen sind.

Wie die bisherigen Daten erkennen lassen, leisten soziodemographische Merkmale wie *Alter*, *Schulbildung* oder *Geschlecht* keinen signifikanten Beitrag zur Aufklärung von Zufriedenheit und Glückserleben; die Güte von Sozialkontakten (wahrscheinlich als psychologisches Antidepressivum wirkend) und insbesondere das Ausmaß an Depressivität sind vergleichsweise wesentlich bedeutsamer. Nicht die objektiven Gegebenheiten im Leben eines Menschen scheinen für seine Lebenszufriedenheit und sein Glückserleben primär ausschlaggebend, sondern deren individuelle psychische Verarbeitung (unter Bedachtnahme auf die jeweils erkennbaren Randbedingungen für die Einschätzung bzw. Bewertung von „guten“ bzw. „schlechten“ Gegebenheiten) und den davon abhängigen Ausbildungen von Erwartungen.

Optimismus und Gesundheit

Als intervenierendes Konstrukt zur Aufklärung derartiger Befunde wird auf das Konstrukt *Optimismus* zurückgegriffen. Die bisherigen Forschungsergebnisse lassen erkennen, dass Optimismus einerseits die Wahl der Bewältigungsstrategien bestimmt. Andererseits schmieden Optimisten z. B. schon vor der Operation Pläne und setzen sich konkrete Ziele für den Genesungsverlauf, während Pessimisten mehr auf ihre augenblicklichen (aversiven) Gefühle achten. Insgesamt verhalten sich Optimisten aktiver und Pessimisten passiver.

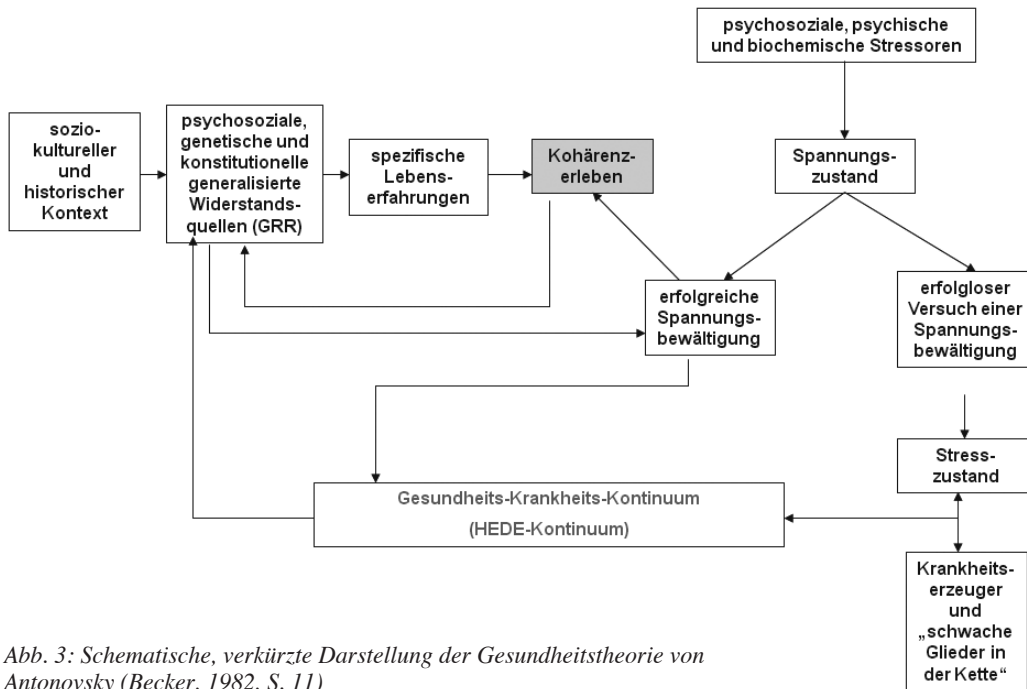


Abb. 3: Schematische, verkürzte Darstellung der Gesundheitstheorie von Antonovsky (Becker, 1982, S. 11)

Die Kritik an diesem Ansatz bezieht sich insbesondere auf die relative Unspezifität des Begriffs Optimismus: In Bezug worauf bestehen positive Erwartungen (eigene Kompetenz oder Schicksal?). Außerdem wird konzeptuell eine recht starke Ähnlichkeit zu Konstrukten wie *negative Affektivität* oder *Neurotizismus* deutlich.

An diesem Punkt hilft die Theorie der Kontrolle (Art und Ausmaß der *Kontrollierbarkeit*, Seligman, 1990) weiter. Die individuelle *Erfahrung* der Hilflosigkeit führt in Korrelation mit einem depressiven Attributionsstil zu einer zukünftigen *Erwartung* der Unkontrollierbarkeit und mündet so schließlich in einem habituellen Pessimismus. Als ein hochrelevanter Wirkfaktor stellt sich damit das Ausmaß der Kontrollierbarkeit einer Belastungssituation (mit den beiden polaren Punkten „totale Kontrolle“ und „totale Hilflosigkeit“) dar. In prospektiven Studien erwies sich der Attributionsstil – „habe Kontrolle über“ versus „bin hilflos“ – als potenter Vorhersageparameter

für die Anfälligkeit für Infektionskrankheiten (Peterson, 1988), für die Zahl der Arztbesuche (Lin & Peterson, 1990) und sogar für die Lebenserwartung (Grant-Studie) (zit. n. Hoyer 2003).

Für die Wirkung der Optimismus-Variable auf die Gesundheit werden im Wesentlichen folgende Pfade erörtert, wobei intervenierende Variablen als Wirkmechanismen vermutet werden:

- (a) Wirkung erfolgt direkt über das Immunsystem (z. B. Katecholamin- und Endorphinstoffwechsel)
- (b) Optimismus motiviert zu gesünderer Lebensweise
- (c) Optimisten weisen weniger negative Ereignisse im Leben auf (Folgewirkung eines günstigeren Kohärenzerlebens, adäquateres bzw. aktiveres coping)
- (d) Optimisten erfahren mehr soziale Unterstützung („*Pessimisten küsst man nicht*“)

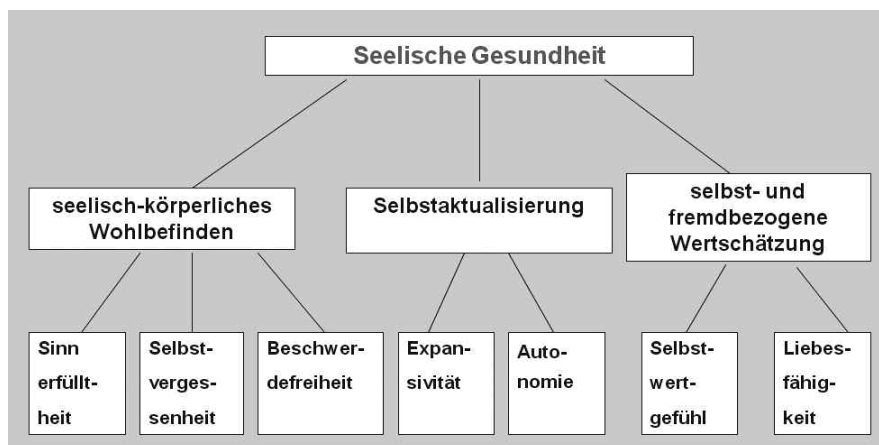


Abb. 4: Hierarchisches Strukturmodell der seelischen Gesundheit (P. Becker, Univ. Trier, zit. n. Hoyer 2003)

Im Rahmen des Optimismuskonzepts sind die sog. *positiven Illusionen* (Taylor) auch unter medizinischen Randbedingungen untersucht worden. Hier stellen sich solche positiven Illusionen auch im Krankheitsfall als wirksam heraus. Die Verweildauer im Krankenhaus, die postoperative Ausheilungszeit oder die Zufriedenheit mit der medizinischen Intervention sind günstiger, wenn der Patient eine ausgeprägte positive Perspektive zur Entwicklung seines Krankheitsverlaufs zeigt. Bei Einbruch bzw. Verlust dieser positiven Perspektive durch Krankheit oder existenzieller Bedrohung tendieren optimistische Menschen dazu, diese wieder aktiv herzustellen (dafür relevante psychologische Mechanismen: Reattribution, downward regulation, kognitive Dissonanzreduktion). So konnte Taylor (1992) zeigen, dass sero-positive Männer sich als optimistischer darstellten als noch nicht angesteckte. Es ist davon auszugehen, dass derartige Illusionen einerseits zu einer geringeren Angstentwicklung und andererseits zu einem aktiveren bzw. besser angepassten Gesundheitsverhalten beitragen und damit einen positiven Anpassungswert aufweisen. Zudem sind positive Illusionen offenbar ubiquitär, also bei gesunden wie kranken Menschen beobachtbar.

Fasst man die empirische Befundlage zusammen, so lässt sich sagen, dass *Optimismus* einen gesundheitlichen benefit bringt. Er wirkt nicht nur auf psychischer, sondern auch auf körperlicher Gesundheitsebene. Optimismus wirkt direkt (insbesondere über das Immunsystem) und indirekt (über adaptiveres Verhalten vermittelt). Die empirischen Belege dafür stammen aus sehr unterschiedlichen Stichproben und auf der Basis unterschiedlicher theoretischer Konzepte. Die Studien beruhen zum Teil auf prospektiven und objektiven Daten. Somit dürfen die Ergebnisse als relativ gut abgesichert gelten. Dennoch gilt für deren Interpretation und v. a. für die therapeutische Praxis, dass diese Befunde nicht überzubewerten sind: Optimismus ist

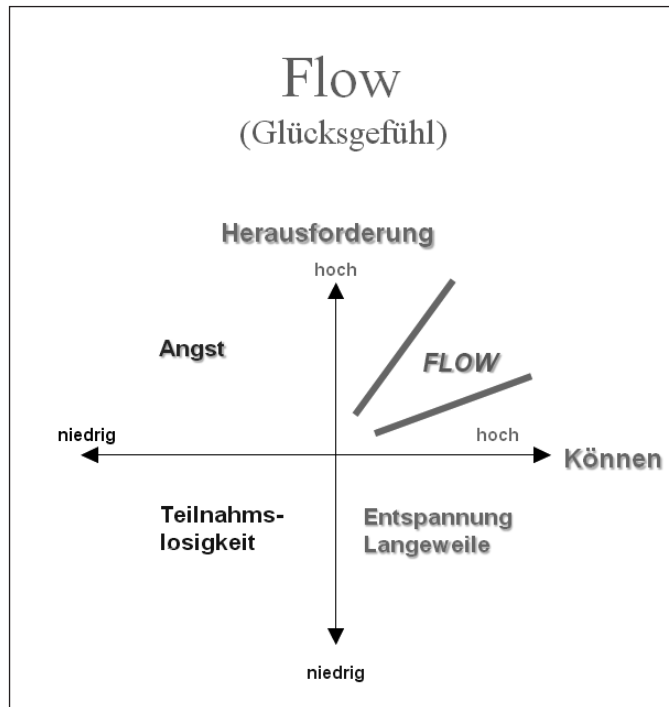


Abb. 5: Optimismus (zit. n. Hoyer 2003)

zwar häufig eine günstige Haltung („Optimismus ist fast immer gesund“, Hoyer 2003), aber die individuelle Fähigkeit, flexibel mit belastenden Situationen umgehen zu können, ist auf der Strategieebene – insgesamt – effizienter und wichtiger.

Glück (Glücksempfindung)

Ein weiteres psychologisches Konstrukt, das mit Gesundheit im weitesten Sinn und gleichsam als Krönung menschlichen Erlebens gesehen wird, ist Glück. Es übersteigt im Erleben die Phänomene Wohlergehen, Zufriedenheit oder Optimismus und kann als positiver Endpunkt betrachtet werden (Freiberger & Egger 2002). Mit „Glück“ ist hier die Glücksempfindung (Flow) gemeint, nicht die Floskel „da habe ich aber Glück gehabt“. Flow ist ein Zustand, in welchem man so in eine Aktivität involviert ist, dass nichts sonst zu zählen scheint; die Empfindung selbst ist so angenehm, dass man dies ungeachtet auch eventueller großer Nachteile tut, nur um des bloßen Tuns willen (flow – a state in which people are so involved in an activity that nothing else seems to matter; the experience itself is so enjoyable that people will do it even at great cost, for the sheer sake of doing it, Csikszentmihalyi, 1990, p. 4).

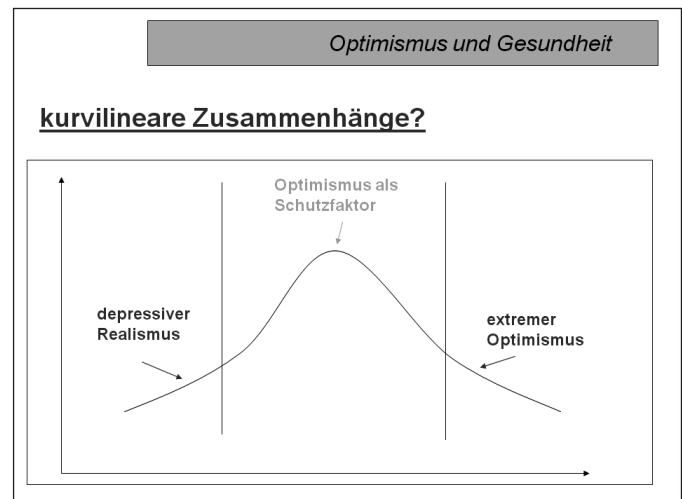


Abb. 6: Flow (z. n. Hoyer 2003)

Theoretische Konzepte zum Konstrukt „Glück“

Die *Ressourcenansätze* fassen Glück über die objektiven Ressourcen, die einer Person zur Verfügung stehen. Es gilt die Annahme, dass diejenigen Menschen, die unter besonders günstigen (vor allem äußeren) Umständen leben, auch am glücklichsten sind (Altenhofen, 1993).

Die *subjektiven Glückstheorien* suchen nach den Ursachen und Korrelaten von Glück im Individuum selbst. Ein hoher Extraversion- und ein geringer Neurotizismuswert begünstigen das Glück (Costa & McCrae 1980, 1984) ebenso wie eine interne Kontrollüberzeugung und Optimismus (Ernst, 1997). Als empirischer Beleg konnten immer wieder starke Zusammenhänge zwischen Glück und einem positiven Selbstwertgefühl gefunden werden (zum Überblick: Diener, 1984; Argyle, 1987):

In *handlungsorientierten Konzepten* ist das Glückserleben als Nebenprodukt menschlicher Aktivität konzipiert, was bedeutet, dass nicht die Befriedigung eines Bedürfnisses und/oder das Erreichen eines Zieles per se zu Glück führt, sondern das Tun bzw. das Handeln (etwa nach dem bekannten Motto „der Weg ist das Ziel“). Eine explizite Handlungstheorie stellt der Ansatz von Csikszentmihalyi (1985) dar. In seinem Konzept der „flow experience“ wird die Beziehung zwischen Aktivität und Glück differenziert beschrieben. *Flow* ist definiert als die optimale Herausforderung einer Aktivität an das Können und Wissen eines Menschen und seine Absorption durch diese Aufgabe. In dem Ausmaß, in dem ein Mensch in eine ihn interessierende und seine ganze Aufmerksamkeit fordernde Tätigkeit involviert ist, wird er sein Leben als glücklich(er) erfahren (Abb. 5).

Die *affektiven Konzepte* beschreiben die Qualität von Glückserlebnissen. Demnach sind Glücksgefühle intensivste, positive Emotionen, die individuell äußerst unterschiedlich sein können. Sie gehen mit einem Öffnen der Sinne einher, haben meist etwas mit Harmonie und Spannungslösung zu tun und sind stark an intensive menschliche Beziehungen gebunden. Manche Erlebnisse beruhen auf größter psychischer Anspannung und Erregung (Sinnesrausch, Freudentaumel), andere auf vollkommener Entspannung (Wohlgefühl, Heiterkeit) (Rümke, 1924; Lersch, 1938; Bollnow, 1956 und Hoffmann, 1981).

Die *kognitiven Konzepte* gehen von einer kognitiven Komponente für Glück aus, wobei Prozesse der Wahrnehmung innerer Zustände und äußerer Reize, Prozesse der Bewertung, Verarbeitung, Erinnerung und Kontrolle beteiligt sind. Zu diesem Ansatz finden sich die relativ meisten Forschungsarbeiten. Es lassen sich zahlreiche unterschiedliche Zugänge zum kognitiven Aspekt des Konstrukts *Glück* finden:

(a) *Glück und Unglück:*

Nach diesem Ansatz finden temporale Vergleichsprozesse statt. Die Erinnerung einer Person an vergangenes Unglück kann ihr gegenwärtiges Glücksgefühl erhöhen; umgekehrt macht die Erinnerung an frühere, „bessere Zeiten“ (manchmal) unglücklich. Es braucht den Kontrast, um Glück zu erleben (Altenhofen, 1993).

(b) *Glück als Summe positiver Erfahrungen:*

Der Mensch – so die Prämisse – fühlt sich umso glücklicher, je mehr Gutes ihm widerfährt. Hier ist Glück über die Summe der positiven Erfahrungen definiert.

(c) *Stimmungen:*

Dieser Forschungszweig untersucht die kognitiven Prozesse im Moment der Glücks-Selbsteinschätzung (Schwarz & Clore, 1983; Strack, Schwarz & Gschneidinger, 1985; Schwarz, 1987; zitiert nach Mayring, 1991). Stimmungen werden primär als kognitive Prozesse konzipiert und stellen wichtige Befindensindikatoren dar. Postulat: An unseren Gefühlen lesen wir ab, ob wir uns als glücklich, unglücklich, zufrieden oder unzufrieden einschätzen können.

(d) *Sozialer Vergleich:*

Dieser theoretische Ansatz von Easterlin (1973) soll das Paradoxon aufklären, dass die durchschnittlichen Werte des Wohlbefindens in sozialen Gruppen, die durch unterschiedlichste materielle Lage gekennzeichnet sind, doch sehr ähnlich sind. Grundannahme: Wohlbefinden basiert auf einer Einschätzung, bei der jeder seinen gegenwärtigen Status mit dem Durchschnitt seiner sozialen Bezugsgruppe vergleicht.

(e) *Individueller interner Level:*

In diesem Ansatz wird ein individueller interner Level angenommen, der als Bezugspunkt für die Selbsteinschätzung dient. Nach der „Adaption Level Theory“ von Helson (1964) ist Glück relativ zum jeweils eigenen Standard zu sehen, wobei dieser durch positive Erfahrungen gehoben und durch negative gesenkt wird, womit – im letzteren Fall – wiederum neue Glückserfahrungen wahrscheinlicher werden.

(f) *Glück aus Bedürfnisbefriedigung und Zielerreichung:*

Glück entsteht nach dieser Konzeption durch die Befriedigung von Bedürfnissen, sowie dem Erreichen von Zielen. Eine Person hat Bedürfnisse und Ziele nur in jenem Ausmaß, wie in ihrem Leben etwas fehlt. Damit wird die Erfahrung eines Mangels oder einer Deprivation als notwendige Voraussetzung für Glück postuliert. Nur der Mensch, der immer wieder etwas begehrt und/oder sich stets neue Ziele setzt, kann folgerichtig (immer wieder) glücklich sein (Altenhofen, 1993).

(g) *Adaptionsniveaustheorie nach Helson:*

Helson (1964) geht davon aus, dass extreme Erlebnisse positiver wie negativer Art als Ankerpunkte intraindividuellere Bewertungsprozesse dienen. Das allgemeine Prinzip dieser Theorie besagt, dass die individuelle Einschätzung und Bewertung gegenwärtiger Reize und deren Intensität davon abhängen, welche Vorerfahrungen die Person mit diesen und ähnlichen Reizen gemacht hat. Er arbeitet vor allem mit den beiden Konzepten des „Kontrasts“ und der „Gewöhnung“: Bei einem extrem positiven Ereignis (z. B. Lotogewinn) als *Kontrastpunkt* werden viele gewöhnliche Alltagserlebnisse negativer und weniger befriedigend erlebt werden als früher; vice versa werden bei einem sehr negativen Ereignis (z. B. Krebsdiagnose) als Kontrastpunkt Dinge des Alltags positiver und glückbringender erlebt. Das Konzept der *Gewöhnung* (Habituation) beschreibt längerfristige Prozesse. Es wird davon ausgegangen, dass es zu einer allmählichen Gewöhnung an das extreme (positive wie negative) Erlebnis und dessen Auswirkungen auf andere Lebensbereiche kommt. Ziele und Dinge des Lebens werden (kognitiv) relativiert und neu bewertet.

Quellen des Glücks

Die sozialen Beziehungen glücklicher Leute:

Glückliche Menschen investieren – empirisch gesehen – mehr Zeit und Energie in ihre sozialen Beziehungen als weniger glückliche. Liebe, Freundschaft, Geselligkeit und Kameradschaft sind die Eckpfeiler des Glücks im Leben der meisten Menschen (Ernst, 1997).

Die Arbeit:

Arbeitslose sind – durch entsprechende empirische Studien gesichert und wohl auch plausibel – weniger zufrieden als solche, die produktiv tätig sind. Menschen definieren sich in unserer Zivilisation weitgehend über die (berufliche) Arbeit, sie vermittelt ihnen soziales Prestige, Gemeinschaftssinn und Gruppenzugehörigkeit. Das Meistern anspruchsvoller Aufgaben erhöht das Selbstwertgefühl und macht glücklich.

Auch zwischen der *Religiosität* (Poloma & Pendleton, 1990) und der *Gesundheit* (Zautra & Hempel, 1984) von Menschen konnten Zusammenhänge mit ihrem Glückserleben festgestellt werden. Ein Experiment des britischen Fernsehsenders BBC-I (Darstellung bei Kerber, 1997) konnte zeigen, dass Menschen, die sich als unglücklich bezeichnen, aber nicht klinisch depressiv sind, „behandelt“ werden können, dass sie gleichsam „Glücklichsein“ *erlernen* können. Am Beginn des BBC-Feldversuches wurde beobachtet, dass ihrem Naturell nach glückliche Menschen im vorderen Teil der linken Hirnhälfte eine höhere Gehirnaktivität aufweisen als unglücklichere. Am Ende des BBC-Experiments wurden neben den mündlichen Aussagen der Probanden nochmals ihre Hirnströme per EEG überprüft, wobei sich die elektrische Aktivität im „Glückszentrum“ auffällig zum Positiven verändert hatte.

Empirische Studien zum Glückserleben

Empirische Studien belegen, dass weder das Lebensalter (Stock, Okun, Haring & Witter, 1983; Latten, 1989; zitiert nach Myers & Diener, 1995), noch das Geschlecht (Haring, Stock & Okun, 1984), die Intelligenz oder die physische Attraktivität eines Menschen (Ernst, 1997) einen bedeutsamen Einfluß auf sein Glückserleben haben. Auch zwischen dem (kollektiv betrachteten) Reichtum und dem Wohlbefinden ergaben sich sowohl in den USA (Diener et al., 1993) wie in Europa (Inglehart, 1990) nur bescheidene Zusammenhänge. Es scheint, als wäre es mit dem Reichtum wie mit der Gesundheit: Abwesenheit kann Leid hervorrufen, aber die Anwesenheit ist keine Garantie für Glück. Man gewöhnt sich offenbar sehr schnell an einen Zustand, und wenn bestimmte Mindestbedürfnisse befriedigt sind, bringt jeder weitere Zuwachs eine immer geringere emotionale Dividende (Ernst, 1997):

In einer Studie von Freiburger & Egger (2001) wurden Faktoren wie *Glückserleben*, *Glücksvorstellungen* und *Depressivität* von (a) an Krebs erkrankten, (b) nicht lebensbedrohlich erkrankten Patienten und (c) gesunden Menschen mit Hilfe ausgewählter psychologischer Erhebungsverfahren erfasst. Das Hauptergebnis zeigt, dass sich krebserkrankte und gesunde Menschen in ihrem *Glückserleben* weitgehend gleichen. Bezüglich der *Depressivität* zeigen sich die beiden Patientengruppen (existentiell versus nicht existentiell Erkrankte) erwartungsgemäß depressiver als die Gesunden. Auch die *Glücksvorstellungen* zwischen den Gruppen sind nicht gravierend different, wenngleich Faktoren wie z. B. *Zeitspanne seit der Diagnoseübermittlung* oder *Hospitalisationsdauer* einen nachweisbaren Einfluss auf die Vorstellungen von einem glücklichen Leben haben. Insgesamt werden die Ergebnisse als Bestätigung für die hohe Flexibilität des Menschen interpretiert, sich auch an schwierigste Lebensumstände anpassen und trotz objektiver Krankheitsstressoren Zuversicht entwickeln zu können.

Kritik

Im Folgenden sollen überblicksartig einige kritische Punkte zur bisherigen Glücksforschung zusammengefasst werden. Fragwürdig erscheint die mangelnde Definition einzelner Be-

griffe zum *Wohlbefinden* sowie ihre gegenseitige Abgrenzung. Arbeiten über das Glück finden sich häufig unter dem breiter gefassten Terminus „subjektives Wohlbefinden“. Darunter fallen auch Untersuchungen zur *Lebensqualität*, zur *Zufriedenheit*, zu *psychischer Gesundheit*, zu *positivem* (versus negativem) *Affekt* und ähnliches. Diese Begriffe müssten vor jeder (empirischen) Untersuchung theoretisch möglichst exakt ausgearbeitet bzw. geklärt sein, erst dann sind Befragungen an Probanden zu den Korrelaten dieser Termini sinnvoll.

Das Glückserleben wird häufig über ein Global-Rating erfasst, wo generalisierend und ohne Kontextvorgabe nach dem „Glück im allgemeinen“ anstatt differenzierter nach dem Erleben von Glück in verschiedenen Lebensbereichen gefragt wird. Wenn doch differenzierter, d. h. innerhalb eines Bezugsrahmens danach gefragt wird, lässt sich meist keine theoretische Begründung finden, warum gerade jene Bereiche als essentiell für das „gesamte Lebensglück“ anzusehen seien.

Schließlich muss die forschersche Intention offen gelegt werden: Zu welchem Zweck erfolgt die empirisch-wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Thema Glück. Oft wurde erhoben, wie glücklich die Menschen (einer bestimmten Gesellschaft, Schicht, Berufsgruppe etc.) sind, ohne zu wissen, was diese selbst darunter – im Abstrakten wie Konkreten – verstehen. Dies hat dazu geführt, dass eine stark einseitige Betonung der emotionalen Komponente von Glück im Vordergrund stand, während die individuellen Glücksvorstellungen einer Person (d. h. die kognitive Komponente) meist nicht untersucht wurden. Ein Anliegen neuerer Forschung ist daher die exaktere, empirisch begründete Beschreibung des Glückskonzepts, was v. a. durch die Differenzierung zwischen der emotional-affektiven und der kognitiven Komponente des Konstrukts Glück zu erreichen versucht wird (Altenhofen, 1993).

Weiterführende Literatur

- ABELE A. & BECKER P. (Hrsg.): (1991): *Wohlbefinden. Theorie, Empirie, Diagnostik*. Weinheim: Juventa.
- ALBRECHT, K. (1979): *Stress and the Manager*. Englewood Cliffs, N.J. Prentice-Hall, 197 f.
- ALTENHOFEN, F. (1993): *Glückserleben und Glücksvorstellungen bei an Krebs erkrankte und bei gesunden Menschen*. Dissertation 1993. Frankfurt/Main: Lang.
- ANTONOVSKY, A. (1979): *Health, stress and coping*. S. Francisco: Jossey-Bass, zit. n. Becker, P. (1982): *Psychologie der seelischen Gesundheit*. Göttingen: Verlag für Psychologie (Hogrefe).
- ANTONOVSKY, A. (1981) in Becker, P. (1982): *Psychologie der seelischen Gesundheit*. Göttingen: Verlag für Psychologie (Hogrefe).
- ANTONOVSKY, A. (1987): *Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well*. S. Francisco: Jossey-Bass, zit. n. BECKER, P. (1995): *Seelische Gesundheit und Verhaltenskontrolle*. Göttingen: Hogrefe.
- ARGYLE, M. (1987): *The psychology of happiness*. London: Methuen. In Mayring, P. (1991): *Psychologie des Glücks*. Stuttgart: Kohlhammer.
- BASTINE, R. (Hrsg.): (1992): *Klinische Psychologie*. Bd II. Stuttgart: Kohlhammer.
- BECK A.T., WARD Ch., MENDELSON M., MOCK J., ERBAUGH J. (1961): *An Inventory for measuring depression*. In Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, F., Keller, F. (1995): *Beck-Depressions-Inventar (BDI)*, Testhandbuch. Bern: Hans Huber.
- BECKER, P. (1995): *Seelische Gesundheit und Verhaltenskontrolle*. Göttingen Hogrefe.
- BEUTEL, M. (1989): *Was schützt Gesundheit? Zum Forschungsstand und der Bedeutung von personalen Ressourcen in der Bewältigung von Alltagsbelastungen und Lebensereignissen*. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 39, 452–462.

- BUDEBERG, C. (1989): Ehen krebserkrankter Frauen. Eine prospektive Untersuchung über familiäre Auswirkungen eines Mammakarzinoms. In Altenhofen, F. (1993): Glückserleben und Glücksvorstellungen bei an Krebs erkrankten und bei gesunden Menschen. Frankfurt/Main: Lang.
- CAMPBELL, A. (1976): The sense of well-being in America: Recent patterns and trends. In Altenhofen, F. (1993): Glückserleben und Glücksvorstellungen bei an Krebs erkrankten und bei gesunden Menschen. Frankfurt/Main: Lang.
- COSTA, P.T. & MC CRAE, R.R. (1980): Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: Happy and unhappy people. In Mayring, P. (1991): Psychologie des Glücks. Stuttgart: Kohlhammer.
- COSTA, P.T. & MC CRAE, R.R. (1984): Personality as a lifelong determinant of well-being. In: MAYRING, P. (1991): Psychologie des Glücks. Stuttgart: Kohlhammer.
- CSIKSZENTMIHALYI, M. (1985): Das Flow-Erlebnis: Jenseits von Angst und Langeweile: im Tun aufgehen. Stuttgart: Klett-Cotta.
- DIENER, E. (1984): Subjective well-being. Psychological Bulletin, 95, 542–575.
- DIENER, E., SANDVIK, E., SEIDLITZ, L. & DIENER, M. (1993): The relationship between income and subjective well-being: relative or absolute? In Psychological Science, Vol. 6., No. 1, 10–17.
- EASTERLIN, R. (1973): Does money buy happiness? In Mayring, P. (1991): Psychologie des Glücks. Stuttgart: Kohlhammer.
- EGGER, J.W. (1992): Von der psychobiologischen Stressforschung zur Neuro-psychoimmunologie. *Pädiatrie und Pädologie*, 27, 91–96.
- EGGER, J.W. (1993): Empirische Psychosomatik. Zusammenhänge zwischen Stress, Angst und Krankheit. In Egger, J.W. (Hrsg.): (1993): *Psychologie in der Medizin. Medizinische Psychologie, Psychotherapie, Psychosomatik*. Wien: Wiener Universitätsverlag WUV, 123–176.
- EGGER, J.W. (1995): Gesundheitspsychologie. In Frischenschlager, O., Hexel, M., Kantner-Rumplmair, W., Ringler, M., Söllner, W. & Wisiak, U.V. (Hrsg.): (1995): *Lehrbuch der Psychosozialen Medizin*. Grundlagen der Medizinischen Psychologie, Psychosomatik, Psychotherapie und Medizinischen Soziologie. Wien: Springer-Verlag, 47–58.
- EGGER, J.W. & SCHÖBERBERGER, R. (1993) Gesundheitspsychologie in Österreich – Analyse und Befund zum status quo. *Psychologie in Österreich*, 13, 1/2, 3–9.
- EGGER, J.W. (1993): (Hrsg.): *Psychologie in der Medizin. Medizinische Psychologie, Psychotherapie, Psychosomatik*. Wien: WUV Universitätsverlag.
- EGGER, J.W. (1994): Health Psychology in Austria. *La psychologie de la santé en Autriche. European Review of Applied Psychology/Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 44, 3, 179–203 (Paris).
- EGGER, J.W. (1998): Gesundheitsverhalten und Motivation. (1998): In KRYSPIN-EXNER, I.; LUEGER-SCHUSTER, B. & WEBER, G. (Hrsg.): (1998): *Klinische Psychologie und Gesundheitspsychologie*. Wien: Wiener Universitätsverlag WUV, 120–142.
- EGGER, J.W. (1999): Gesundheitspsychologie: Gesundheitsverhalten und Gesundheitsmotivation. *Psychologische Medizin*, 1999, 10, 1, 3–12.
- EGGER, J.W. (2005): Das biopsychosoziale Krankheitsmodell – Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit. *Psychologische Medizin*, 16, 2, 3–12. Wien: Egger, J.W. (2007): Theorie der Körper-Seele-Einheit. Das erweiterte biopsychosoziale Krankheitsmodell. Skizze für ein wissenschaftlich begründetes ganzheitliches Verständnis von Krankheit. <http://www.psy-graz.at/bpsMod2005.pdf>
- Egger, J.W. (2008): Grundlagen der „Psychosomatik“ – Zur Anwendung des biopsychosozialen Krankheitsmodells in der Praxis. *Psychologische Medizin*. 2008; 19(2): 12–22.
- Egger, J.W. (2008): Theorie der Körper-Seele-Einheit: Das erweiterte biopsychosoziale Krankheitsmodell. *Integrative Therapie*. 2008; 33 (4): 497–520.
- ERNST, H. (1997): Wer ist glücklich? In *Psychologie heute*, 24 (3), 20–25.
- FICK, U. (1998): Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Weinheim: Juventa, Reihe Gesundheitsforschung.
- FILIPP, S.H., AYMANN, P., FERRING, D., FREUDENBERG, E. & KLAUER, T. (1987): Elemente subjektiver Krankheitsstheorien: Ihre Bedeutung für die Krankheitsbewältigung, soziale Interaktion und Rehabilitation von Krebskranken. In ALTENHOFEN, F. (1993): Glückserleben und Glücksvorstellungen bei an Krebs erkrankten und bei gesunden Menschen. Frankfurt/Main: Lang.
- FISSEN, H.-J. (1990): Lehrbuch der psychologischen Diagnostik. Göttingen: Hogrefe.
- FRANKE, A. (2006): Modelle von Gesundheit und Krankheit. Bern: Huber, 231 S.
- FREIBERGER, E. & EGGER, J.W. (2002): Glück und Gesundheit – Emotionale und kognitive Aspekte des Konstrukts Glück bei Kranken und Gesunden. *Psychologische Medizin*, 2002, 13, 2, 4–12. Wien: Facultas Universitätsverlag, ISSN 1014-8167.
- GOODMAN, A. (1991): Organic unity theory. The mind-body problem revisited. *American Journal of Psychiatry* 148, 5, 553–563.
- GRAWE, K. (1998): Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe.
- GRAWE, K., DONATI, R. & BERNAUER, F. (1994): Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe.
- HARING, M.J., STOCK, W.A. & OKUN, M.A. (1984): A research synthesis of gender and social class as correlates of subjective well-being. In *Psychological Science*, Vol. 6., No. 1, 10–17.
- HARRY, J. (1976): Evolving sources of happiness for men over life cycle: A structural analysis. In Mayring, P. (1991): *Psychologie des Glücks*. Stuttgart: Kohlhammer.
- HELSON, H. (1964): Adaption-level theory. In Altenhofen, F. (1993): Glückserleben und Glücksvorstellungen bei an Krebs erkrankten und bei gesunden Menschen. Frankfurt/Main: Lang.
- HOFFMANN, R. (1981): Zur Psychologie des Glücks: eine empirische Untersuchung. München: Universität, Dissertation.
- HOYER, J. (2003): *Gesundheitspsychologie*. www.ppt-Folien zur Vorlesung. Universität München.
- INGLEHART, R. (1990): Culture shift in advanced industrial society. Princeton, NJ: Princeton University Press. In *Psychological Science*, Vol. 6., No. 1, 10–17.
- KAISER, P. (1986): (Hrsg.): Glück und Gesundheit durch Psychologie? Konzepte, Entwürfe, Utopien. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- KAMMANN, R. (1982): Personal circumstances and life events as poor predictors of happiness. In Altenhofen, F. (1993): Glückserleben und Glücksvorstellungen bei an Krebs erkrankten und bei gesunden Menschen. Frankfurt/Main: Lang.
- KANFER, F., REINECKER, H. & SCHMELZER, D. (1991): Selbst-Management-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis. Berlin: Springer.
- KAPLAN, H.S. (1974): The new sex therapy. In Altenhofen, F. (1993): Glückserleben und Glücksvorstellungen bei an Krebs erkrankten und bei gesunden Menschen. Frankfurt/Main: Lang.
- KERBER, B. (1997): Lässt sich Glücklichkeit erlernen? Ein ungewöhnliches Experiment macht Hoffnung. *Psychologie heute*, 24 (3), 26–27.
- KNOLL, N.; SCHOLZ, U. & RIECKMANN, N. (2005): Einführung in die Gesundheitspsychologie. München: Reinhardt.
- KOHL, C. & EGGER, J.W. (1996): Menschenbildannahmen in der Verhaltenstherapie. *Psychologie in der Medizin*, 1996, 7, 2, 3–13.
- KOPPENHÖFER, E. (2006): Euthyme Behandlungsverfahren in der Verhaltenstherapie – Kleine Schule des Genießens. *Psychologische Medizin*, 17, 2, 4–7.
- KRYSPIN-EXNER, I.; LUEGER-SCHUSTER, B. & WEBER, G. (Hrsg.) (1998): *Klinische Psychologie und Gesundheitspsychologie*. Wien: WUV.
- LATTEN, J.J. (1989): Life-course and satisfaction, equal for every-one? In *Psychological Science*, Vol. 6,1, 10–17.
- LEHR, U. (1971): Vorstellungen vom Glück in verschiedenen Lebensaltern. In MAYRING, P. (1991): *Psychologie des Glücks*. Stuttgart: Kohlhammer.
- MASTERS, W.H. & JOHNSON, V.E. (1967): Die sexuelle Reaktion. In Altenhofen, F. (1993): Glückserleben und Glücksvorstellungen bei an Krebs erkrankten und bei gesunden Menschen. Frankfurt/Main: Lang.
- MAYRING, Ph. (1991): *Psychologie des Glücks*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- MCKEOWN T. (1976): The role of medicine. Nuffield provincial and hospitals trust, London
- MEERWEIN, F. (1985): Die Arzt-Patienten-Beziehung des Krebskranken. In ALTENHOFEN, F. (1993): Glückserleben und Glücksvorstellungen bei an Krebs erkrankten und bei gesunden Menschen. Frankfurt/Main: Lang.
- MYERS, D.G. & DIENER, Ed. (1995): Who is happy? *Psychological Science*, Vol. 6, No. 1, 10–17.
- NOACK, H. (1994): *Gesundheit: Medizinische, psychologische und soziologische Konzepte*, Institut f. Sozialmedizin, Univ. Graz.
- PIERINGER, W., EGGER, J. & STIX, P. (1991): Zum Selbstverständnis der Psychotherapie. *Psychologie in der Medizin*, 2, 1, 3–5 (Wien: WUV).
- REID, D.W. & ZIEGLER, M. (1977): A survey of the reinforcements and activities elderly citizens feel are important for their general happiness. In MAYRING, P. (1991): *Psychologie des Glücks*. Stuttgart: Kohlhammer.
- REINBACHER, C. & EGGER, J.W. (2000): Vorstellungen zu Gesundheit und Krankheit bei Gesunden und Kranken bzw. bei Gesundheitsexperten und Laien. *Psychologische Medizin*, 11, 1, 21–33.
- RÜMKE, H.C. (1924): Zur Phänomenologie und Klinik des Glücksgefühls. Berlin: Springer. In Mayring, P. (1991): *Psychologie des Glücks*. Stuttgart: Kohlhammer.

- SCHMELZER, D. (1985) in Kanfer, F., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (1991): Selbst-Management-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis. Berlin: Springer.
- SCHWARZ, N. & CLORE, G.L. (1983): Mood, misattribution, and judgements of well-being: Informative and directive functions of affective states. In MAYRING, P. (1991): Psychologie des Glücks. Stuttgart: Kohlhammer.
- SCHWARZ, N. (1987): Stimmung als Information. Untersuchungen zum Einfluß von Stimmungen auf die Bewertung des eigenen Lebens. Berlin: Springer.
- SCHWARZER, R. (1990/1997): (Hrsg.): Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch. Göttingen: Verlag für Psychologie Hogrefe. 2. Auflage 1997.
- SCHWARZER, R. (1992): Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Göttingen: Hogrefe.
- SCHWARZER, R. (1997): (Hrsg.): Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch. Göttingen: Verlag für Psychologie Hogrefe.
- STOCK, W.A., OKUN, M.A., HARING, M.J. & WITTER, R.A. (1983): Age and subjective well-being: A meta-analysis. In Psychological Science, Vol. 6., No. 1, 10–17.
- STRACK, F., SCHWARZ, N. & GSCHNEIDINGER, E. (1985): Happiness and reminiscing: The role of time perspective, affect, and mode of thinking. In Mayring, P. (1991): Psychologie des Glücks. Stuttgart: Kohlhammer.
- VOGEL, R. T. (2005): Verhaltenstherapie in psychodynamischen Behandlungen. Theorie und Praxismanual für eine integrative Psychodynamik in ambulanter und stationärer Psychotherapie. Stuttgart: Kohlhammer, S. 72; mod. J.W. Egger 2006.
- WEINER, H. (2001): Auf dem Weg zu einer integrierten Medizin. In Deter, H.-C. (Hrsg.): Psychosomatik am Beginn des 21. Jahrhunderts. Chancen einer biopsychosozialen Medizin. Bern: Huber.
- WESTHOFF, G. (1993): Handbuch psychosozialer Meßinstrumente. Göttingen: Hogrefe.
- ZAUTRA, A.J. & HEMPEL, A. (1984): Subjective well-being and physical health: A narrative literature review with suggestions for future research. In MAYRING, P. (1991): Psychologie des Glücks. Stuttgart: Kohlhammer.

Autor

Univ.-Prof. Dr. Josef W. Egger, Forschungseinheit für Verhaltensmedizin, Gesundheitspsychologie und Empirische Psychosomatik, Universitätsklinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie Graz, Medizinische Universität Graz, Villa Hahnhof, Roseggerweg 50, A-8036 Graz.
E-Mail: josef.egger@medunigraz.at