

Dieser Artikel wurde bereitgestellt von Verlag Beleke KG Essen

## **Stress und Entspannungsmöglichkeiten**

### **Was können Pflegende für sich tun?\***

von Joachim Thönnessen

aus „Kinderkrankenschwester“

\* Nach einem Vortrag gehalten auf dem I. Sendenhorster Pflugesymposium „Chronisch kranke Menschen pflegen - Lebensqualität im Mittelpunkt pflegerischen Handelns“ im März 2002

Im Februar 2002 war in einer kurzen Radiomitteilung zu hören, dass der Düsseldorfer Soziologe und Arbeitsmediziner Johannes Siegrist vermutet, in Deutschland ließen sich pro Jahr ca. 10.000 Herzinfarkte vermeiden, wenn die Arbeitsbelastungen gesenkt werden könnten. Er wies zudem darauf hin, dass die Belastungen heute größtenteils keine körperlichen mehr seien, sondern überwiegend Belastungen psychischer Art. So hätte beispielsweise jede/jeder fünfte Arbeitstätige Angst davor, seine Stelle zu verlieren. Als „Therapie“ schlug Johannes Siegrist Maßnahmen zur „Frühprävention“ vor, die darauf abzielen, dass Betroffene lernen, besser (adäquater) mit ihren *Ängsten* und mit *Belastungssituationen* umzugehen.

„Besser mit Ängsten und Belastungssituationen umgehen“ - das hört sich vielversprechend an. Wie wichtig wäre es, wenn wir Menschen dies könnten. Doch scheint es nicht einfach zu sein, „besser“ mit Ängsten und Belastungssituationen umgehen zu können. Im Gegenteil: Pflegende gehören zu einer Berufsgruppe, deren Weg in den Burnout-Prozess möglicherweise vorprogrammiert ist: „Wenn die gesamte Energie für die Arbeit gebraucht wird und vorhandene Energiereserven nicht angezapft werden, kommt es zu einer kontinuierlichen physischen und psychischen Überforderung...“ (Störzer 2001, S. 6; vgl. auch Schmidbauer 1977). Die

Gründe für diese Überforderung liegen nach Ansicht der genannten Autoren vornehmlich in der „Persönlichkeitsstruktur“ der Pflegenden und nur bedingt in den Belastungen, die durch die Arbeit entstehen.

Das Thema, das hier angesprochen wird, ist nicht nur „Krankheit“, sondern auch „Gesundheit“. Dabei wird „Gesundheit“ hier (zunächst) verstanden als Fähigkeit, besser mit Ängsten und Belastungssituationen umzugehen (die Fähigkeit, sich aktiv entspannen zu können, ist - wie später gezeigt wird - eine Voraussetzung und ein notwendiger Bestandteil von Gesundheit).

### **Weniger Theorie, mehr Praxis!**

Wir kennen verschiedene miteinander konkurrierende Verständnisse von Gesundheit. Die pflegewissenschaftliche Literatur hat - ebenso wie die Medizin, die Philosophie und auch die Theologie - viele Diskussionen zu der Frage angefangen, was Gesundheit ist und wie darüber theoretisiert werden sollte. Bekannt sind die definitorischen Unterscheidungen zwischen „Gesundheit als vollkommenen psychischen, physischen und seelischem Wohlbefinden“ auf der einen und „Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit“ auf der anderen Seite, oder zwischen „Gesundheit als Fähigkeit, mit den Herausforderungen des Lebens angemessen umgehen zu können“ einerseits und „Gesundheit, die sich in der Vitalität und Fitness einer Person widerspiegelt, andererseits (vgl. Tab. 1).

Gesundheit als vollkommenes psychisches, physisches und seelisches Wohlbefinden
Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit
Gesundheit als Fähigkeit, mit den Herausforderungen des Lebens angemessen umgehen zu können
Gesundheit, die sich in der Vitalität und Fitness einer Person widerspiegelt

*Tab. 1: Einige Gesundheitsdefinitionen (eigene Zusammenstellung)*

Die Vor- und Nachteile dieser Unterscheidungen wurden breit diskutiert und werden

die Wissenschaften auch weiterhin beschäftigen.

Man kann sich fragen, ob ein solches (immer umkämpftes, immer umstrittenes) Wissen in der Ausbildung von Pflegepersonen nicht von begrenztem Nutzen ist. Zwar ist es wichtig, sich mit den unterschiedlichen Definitionen von Gesundheit auseinandergesetzt zu haben, doch kann dies nur ein erster Schritt auf dem Weg zu „mehr“ Gesundheit sein. Vor allem vor dem Hintergrund, dass mittlerweile verschiedene konkrete Ansätze zur Verbesserung der Krankenpflege-Ausbildung vorliegen, scheint eine weiterführende Beschäftigung erforderlich. Diese sollte auch und vor allem die eigene Person miteinbeziehen (inkl. jener Gewohnheiten, die uns „lieb und teuer“ geworden sind, die aber aus gesundheitlicher Sicht nicht unbedingt einen förderlichen Charakter haben).

Andrea Störzer (2001) beispielsweise stellt einen umfassenden Katalog mit wesentlichen Ausbildungszielen einer Krankenpflegeschule in Bezug auf Burnout-Prävention und Gesundheitsförderung vor. Ihr geht es diesbezüglich nicht um nützliche oder klar abgegrenzte Konzepte und subtile Unterscheidungen, sondern darum, ob solch ein Wissen einen direkten Nutzen beispielsweise dafür hat, dass Pflegendes sensibler für ihre persönlichen Bedürfnisse werden oder auch offener für die Bedürfnisse der Patienten (der Unterschied ist offensichtlich, spielt aber im vorliegenden Fall ausnahmsweise keine Rolle) (vgl. Tab. 2).

- Kenntnisse über das Burnout-Phänomen erwerben
- Eigene Bedürfnisse, Fähigkeiten und Grenzen kennen
- Fähigkeiten zur Entspannung entwickeln
- Möglichkeiten zur Regeneration in der Freizeitgestaltung finden (Selbstpflegekonzept)
- Spirituelles Fundament in einer Lebens- und Sterbens-Philosophie erlangen
- Vertrauen in sich selbst entwickeln
- Bewusstsein für berufs- und gesellschaftspolitische Zusammenhänge stärken
- Zur inneren Grundeinstellung gelangen „Ich bin o.k.“ – „Du bist o.k.“
- Problem- und Konfliktbewusstsein entwickeln
- Eigenverantwortlichkeit und Entscheidungskompetenz erlangen
- Kommunikationsfähigkeit fördern
- Fähigkeit zur Selbstreflexion stärken

Tab. 2: Wesentliche Ausbildungsziele einer Krankenpflegeschule in Bezug auf Burnout-Prävention und Gesundheitsförderung (Quelle: Störzer, A., 2001, S. 8)

Marianne Brieskorn-Zinke hat mit ihrer Veröffentlichung „Gesundheitsförderung in der Pflege“ (1996) einen Meilenstein gesetzt. Sie betont, dass Gesundheitsförderung als Mehrebenen-Modell auf individueller, gruppenspezifischer, institutioneller und politischer Ebene zu verstehen ist (vgl. Tab. 3).

<p>„Es kann und sollte auf jeder Ebene mit Aktivitäten zur Förderung von Gesundheit begonnen werden“</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– auf der individuellen, personenbezogenen Ebene: Kompetenzförderung, Optimierung der Lebensgestaltung, Aufbau gesundheitsförderlicher Einstellungen, Hilfestellungen zur Erlangung gesundheitlicher Mündigkeit, usw.</li><li>– auf der gruppenspezifischen Ebene: Familien- und Netzwerkförderung, Aufbau sozialer Unterstützung, Selbsthilfeförderung, Verbesserung der Wohn- und Arbeitssituationen</li><li>– auf der institutionellen Ebene: systemische Personal- und Organisationsentwicklung, betriebliche Gesundheitsförderung (z.B. in Schulen, Krankenhäusern, Betrieben)</li><li>– auf der politischen Ebene: gesetzliche Vorgaben und Rahmenbedingungen, Förderung des öffentlichen Bewusstseins</li></ul>
---

Tab. 3: Mehrebenen-Modell der Gesundheitsförderung (Quelle: Brieskorn-Zinke, M., 1996, S. 64)

Des Weiteren führt Brieskorn-Zinke aus, dass zwischen Gesundheitsförderung und Pflege verschiedene Gemeinsamkeiten bestehen. Sie sieht diese u.a. in der Tatsache, dass es beiden um den Menschen in seiner Ganzheit geht und dass beide Bereiche als „Empowerment“ verstanden werden können (vgl. Tab. 4).

- Gesundheitsförderung und Pflege haben als Leitmotiv ihres Handelns Gesundheit, Gesundheitserhaltung und Gesundheitsförderung definiert. Beiden geht es um den Menschen in seiner Ganzheit unter Zugrundelegung seiner Bedürfnisse
- Pflege und Gesundheitsförderung setzen auf Hilfe zur Selbsthilfe. Der Blick ist auf die Ressourcen/Selbsthilfemöglichkeiten – und seien sie auch noch so eingeschränkt – gerichtet. Diese gilt es zu fördern und zu aktivieren (Befähigung zu und Stärkung von autonomer Lebenspraxis)
- Die Pflege braucht Gesundheitsförderung bezogen auf die Gesundheit ihrer eigenen Berufsgruppen – sowohl im Sinne der Gesundheitsbildung als auch vor allem in der Gestaltung gesunder Arbeitszusammenhänge
- In der Umbruchphase der Pflege kommt ein bisher vernachlässigter Aufgabenbereich neu ins Blickfeld – die Aufgaben in der ambulanten Pflege und Rehabilitation. Hier wird der Pflegebereich eine führende Rolle übernehmen und sehr konkret mit dem Konzept der gemeindenahen Gesundheitsförderung konfrontiert
- Professionalisierung und Empowerment – In Empowermentprozessen als Aufgabenbereich der Gesundheitsförderung geht es um das „Mächtig-machen“. Für die Pflege heißt das: Professionalisierung im Sinne von Bildung, Unterstützung von Selbstwert, Eigenständigkeit, Kommunikationsfähigkeit und berufspolitische Kompetenz

Tab. 4: Möglichkeiten gesundheitlichen Handelns in der Pflege (Quelle: Brieskorn-Zinke, M., 1996, S. 66)

Die Erörterungen von Störzer und Brieskorn-Zinke enthalten den Schlüssel zu einer *Praxis*, die die vorliegenden Erkenntnisse widerspiegelt. Er findet sich in der subjektiven und reflexiven *Erfahrung* von Gesundheit.

#### **These 1:**

**„Pfleger, die „am eigenen Leibe“ erfahren haben, was „gesund-sein“ bedeutet, können mit großer Wahrscheinlichkeit nicht nur besser mit belastenden Situationen umgehen, sondern sind auch viel eher dazu in der Lage, sich in die Gesundheits- bzw. Krankheitserfahrungen anderer Menschen einzufühlen“.**

#### **Vierfaches Modell von Subjektivität**

Der in Australien lebende und arbeitende Wissenschaftler Stan van Hooft diskutiert in verschiedenen Büchern und Artikeln die „Ethik der Pflege“ und gibt Anleitungen zum „Kritischen Denken für Pflegekräfte“. Sein Forschungsinteresse ist auf Werte und Konzepte von Humanität in der Gesundheitsversorgung gerichtet. Im folgenden

werden seine für das Thema wichtigsten Gedanken wiedergegeben.

Van Hooft geht im Rahmen seiner humanistischen Konzeption davon aus, dass das Ziel jedes Menschen darin besteht (oder bestehen sollte), seine *Subjektivität* zu entwickeln. Damit meint er, dass jeder Mensch besondere Talente und Fähigkeiten besitzt, die er/sie aber zunächst entdecken muss, bevor er/sie sie dann (weiter)entwickeln kann. Van Hooft beschreibt dies als einen dynamischen und autonomen Prozess mit dem Ziel des „Werdens einer Person“. Zu diesem Prozess gehört, dass eine Person ihre Integrität und vertrauensvolle Beziehungen mit anderen im Laufe der Zeit konstituiert.

Um eine „Person“ oder ein „Selbst“ zu sein und reiche Beziehungen mit anderen Menschen einzugehen, bedarf es nach van Hooft mindestens vier Arten von Subjektivität: der materiellen, der pragmatischen, der fließenden („the co-native“) und der integrativen.

**Daraus folgt These 2: „Was auch immer die speziellen kulturellen Formen sind, die die Subjektivität formen: Keine Person ist als Person „komplett“, solange sie nicht diese vier Weisen der Subjektivität für sich erfahren hat“.**

Diese vier Ebenen sollen zunächst detailliert betrachtet werden:

**Das Materielle** bezieht sich auf Prozesse des Organismus, die für das biologische Leben notwendig sind. Atmen, Schlafen, Wachstum, Erholungsphasen nach einer Krankheit und die vielen anderen Prozesse, die von der Biologie beschrieben werden und für die Ärzte, aber auch Pflegende Experten sind.

Der Bereich des **Pragmatischen** beschreibt das absichtsvolle Handeln und Denken in unserem Leben. Er beinhaltet die alltäglichen praktischen Aktivitäten und Sorgen. Er ist bewusst, absichtsvoll und (im allgemeinen) rational. Das Selbstbewusstsein bezieht sich normalerweise auf diesen Bereich, weshalb gewöhnlich angenommen wird, dass die gesamten geistigen Aktivitäten in diesem Bereich (des Pragmatischen) lokalisiert sind. Die Ziele dieser Art von Subjektivität sind im allgemeinen *Effizienz* und *Effektivität* beim Verfolgen dessen, was-auch-immer-wir-für-uns-als-Ziele-auserkoren-haben. Auf dieser Ebene der Subjektivität herrscht das Ideal der *Rationalität*.

Die zentralen Konzepte der „**fließenden**“ Weise unserer Subjektivität sind

„Verlangen“ und „Sorge“. „Verlangen“ ist das Zugehen der Subjektivität auf die Welt und auf die in ihr Lebenden mit der Vorstellung des Besitzes und der Absorption. „Sorge“, auf der anderen Seite, ist das Zugehen unserer Subjektivität auf die Welt und auf die in ihr Lebenden mit dem Wunsch, sie zu umschließen. Unsere Subjektivität kann keine vollständige Autonomie („self-hood“) erlangen, ohne einen Sinn für andere und für Dinge zu entwickeln. Liebe ist ein konstitutiver Teil unseres Wesens.

Die Ziele der „fließenden“ Weise unserer Subjektivität sind schwierig zu umschreiben. Manche sagen, es sei die Befriedigung unserer Bedürfnisse (Freud), andere sagen, „Stimulation“ beschreibe den Sachverhalt auf angemessenere Weise als „Befriedigung“. Für letzteres spricht, dass Menschen sich lieber lebendig als befriedigt fühlen.

Die vierte Weise der Subjektivität ist die **integrative**. Sie beinhaltet das Streben nach „Sinn“ im Leben. Es ist nicht genug, zu überleben, pragmatische Aufgaben erledigen und positive Gefühle und Stimulationen erfahren. Menschen benötigen auch das Gefühl, dass diese „Errungenschaften“ und Erfahrungen Teil eines sinnvollen Lebens sind. Sie wollen fühlen, dass sie sich aufsummieren zu einem „kohärenten“ Leben. Das Ziel der integrativen Weise von Subjektivität ist es, das Leben zu vereinheitlichen, ihm Sinn zu verleihen und ihm eine artikulierte Form des Selbstbewusstseins zu geben, über die die Erfüllung als menschliche Wesen definiert werden kann.

Die vier Weisen dieser Subjektivität konstituieren eine Einheit. Die **materielle** Weise wird benötigt, damit Personen in der Welt zu real funktionierenden Einheiten werden; die **pragmatische** Weise schafft in ihrem Leben Substanz und Inhalt; ohne die **fließende** Weise würden sie ausschließlich durch biologische Instinkte getrieben, ohne Motivationen oder Intentionen, über die sie verfügen, um ihr Verlangen und ihre Wünsche zu verwirklichen. Und ohne die **integrative** Komponente wären ihre Verpflichtungen und Wünsche hohl und würden die motivationale Kraft verlieren, die ihnen die Sinnhaftigkeit verleiht. Ohne die beiden letztgenannten Dimensionen wäre das praktische Leben ohne übergreifende Absichten und wären Beziehungen zu anderen ohne Verpflichtung und Bindung.

## **Gesundheit und Glück**

Van Hooft wirft noch die Frage auf: Was ist Gesundheit im Kontext jeder dieser vier Weisen menschlicher Subjektivität?

In der **materiellen** Weise von Subjektivität besteht Gesundheit allein aus der Abwesenheit von Krankheit bzw. Krankheitssymptomen. Positiv formuliert ließe sich sagen, Gesundheit besteht aus dem effektiven Funktionieren der Organe. Dies trägt zu einer „reibungslosen“ physischen Existenz bei. Menschen fühlen sich gesund, wenn alle Teile ihres Körpers gut arbeiten und ihre biologisch „verordneten“ Funktionen erfüllen bzw. dazu in der Lage sind, wenn es von ihnen verlangt wird. Der Zustand der „Abwesenheit“ bleibt un-bewusst;erwird nicht wahrgenommen. Es geht auf dieser Ebene ausschließlich um die biologischen Funktionen, die das Überleben und Wachstum sichern. Aus Sicht der Subjektivität kann Gesundheit sich aus dem allein nicht zusammensetzen. Es muss noch mehr geben.

In der **pragmatischen** Weise der Subjektivität beschäftigen Menschen sich mit ihren Aufgaben, egal ob sie sich diese selbst auferlegt haben oder sie sich aus den Rollen ergeben, die ihnen in der Gesellschaft auferlegt werden. Jedes Fehlschlagen, diese Rollen zu erfüllen bzw. eigene Ziele zu erreichen, wird als Krankheit erfahren (wenn es unfreiwillig ist und nicht auf den Mangel an Fähigkeiten oder auf einen identifizierbaren Fehler beim Ausüben einer Handlung wie Mut oder Ausdauer). Positiv formuliert wird Gesundheit als Erfolg und Effizienz beim Verfolgen/Erreichen praktischer Ziele erfahren. Ironisch an dieser Situation ist, dass Gesundheit nur äußerst selten auf diese Weise definiert wird. Insofern das eigene Leben mehr oder weniger erfolgreich gelebt wird, ist Gesundheit kein Thema und wird auch nicht als „Seinszustand“ erfahren.

Dennoch kann Gesundheit in der pragmatischen Weise theoretisch auch als Erfolg und Streben im praktischen Leben verstanden werden. Es ist bekannt, dass Gesundheit eine notwendige Voraussetzung für diesen Erfolg ist. Als solches kann Gesundheit auch zum Objekt rationaler Planung bzw. der rationalen Organisation unseres Lebens werden. Dies beinhaltet beispielsweise solche wichtigen Bereiche wie Ernährung, körperliche Übungen und Einflussnahme auf die Umweltbedingungen. Kurz gesagt kann Gesundheit ein praktisches Projekt für rational Handelnde sein. Wenn eigene gesundheitliche Bedürfnisse - im Rahmen der pragmatischen Weise - nicht beachtet würden, würde man sich dem Vorwurf der Irrationalität preisgeben. In dieser Sichtweise ist Gesundheit nicht so sehr eine qualitative

Erfahrung, sondern vielmehr das Objekt eines praktischen Projektes-mit einem definierten Ort im Rahmen all jener praktischen Projekte, die aus sozialen Rollen und anderen Verantwortlichkeiten entstehen.

Aber gibt es eine *Erfahrung* von Gesundheit? Und kann Gesundheit im Rahmen solcher praktischen Projekte einen erfahrbaren Inhalt haben? Um diese Fragen zu beantworten, bedarf es der Beschäftigung mit der dritten Weise von Subjektivität. Diese gestattet, Gesundheit aus Sicht des Subjektes zu betrachten. Auch wenn Gesundheit eher als eine Abwesenheit als eine explizite Erfahrung betrachtet wird, und auch wenn die fließende Weise der Subjektivität eher auf unbewusster Ebene (im Unterbewusstsein) stattfindet, kann doch eine *phänomenologische* Beschreibung von Gesundheit als eine Modalität der **fließenden** Weise der Subjektivität gegeben werden.

Es geht hier um eine Einstellung zum Leben und zur Welt, die der Philosoph Emmanuel Levinas mit Begriffen wie „harmonisch“ und „liebvoll“ bezeichnet. Levinas stellt heraus, dass die Welt, in der die Menschen leben, nicht nur eine Ansammlung von Objekten ist, die sie benutzen oder deren Eigentümer sie sind. Sie ist darüberhinaus das Element, *von* dem Menschen leben, um die Objekte für ihre spezifischen Ziele anzugehen. Die Elemente, *von* denen sie leben, sind nicht nur verborgene und neutrale Substanzen, derer sie sich nicht bewusst sind und mit denen sie konsequenterweise auch nicht in Harmonie leben können. Wir Menschen *können* uns an diesen Elementen erfreuen.

Menschen können eine Beziehung zu den Elementen, die sie umgeben, schaffen, die eine direkte Ausweitung ihrer Verkörperung ist. Sie entscheiden dann nicht, dass sie sich an etwas erfreuen wollen oder dass sie etwas geschmackvoll finden. Ihre pragmatische Subjektivität ist hier nicht involviert. „Sich zu freuen“ im Levinas'schen Sinne bedeutet einen Zustand der Ruhe und der Akzeptanz der Beziehung zu etwas. Selbst wenn die eigenen Ziele bewusst und absichtsvoll verfolgt werden, ist es möglich, sich im - Levinas'schen Sinne - an den Elementen „zu erfreuen“, die dieses Verfolgen der Ziele möglich machen.

Ein Beispiel: Der Beruf (oder allgemeiner: Arbeit generell) ist nicht nur ein Mittel, um die materielle Ebene unserer Existenz aufrechtzuerhalten (also des Überlebens). Idealerweise ist er auch ein Mittel, welches ermöglicht, die eigene Existenz zu genießen (natürlich kann auch das Gegenteil der Fall sein:

dass die Arbeit quält und die Existenz zur Hölle macht). Das Leben bestünde dann nicht nur darin, die Dinge (verstanden im allgemeinsten Sinne des Wortes) zu erstreben, die jemand benötigt, sondern es besteht auch aus der Erfahrung (der Freude), in diesem Prozess engagiert zu sein.

Es geht hier um eine grundsätzliche Einstellung zum Leben. Die in dieser Einstellung vorherrschende sympathische Grundhaltung entsteht nicht allein aus dem erfolgreichen Erreichen angestrebter Ziele, sondern auch aus der Freude, darin involviert zu sein.

These 3: „Diese „**Liebe zum Leben**“ kann mit einer präartikulierten Erfahrung von **Gesundheit gleichgesetzt werden. Gesundheit in dieser Hinsicht bedeutet, wenn die Dinge in uns und um uns „richtig laufen**“ (der Psychologe Mihail Csikszentmihalyi nennt dieses Geschehen „flow“).“

Freude ist nicht allein die Abwesenheit von Bedürfnissen, Freude ist auch die Befriedigung dieser Bedürfnisse. Dieser „logisch abstruse“ Sachverhalt (so sein „Erfinder“ Levinas) ist vielleicht schwierig nachzuvollziehen. Die Befriedigung der Bedürfnisse verleiht einen inneren Sinn für die Unabhängigkeit und Einzigartigkeit des Selbst. Das „Ich“ verwirklicht sich in der Freude. Die Funktion der fließenden Weise der Existenz ist, wie auch die der anderen Weisen, die Konstitution des Selbst. Die Befriedigung und Unabhängigkeit durch die Freude machen das Selbst für sich selbst „wirklich“.

Die nächste Ebene ist die **integrative** Weise der Subjektivität. Hier geht es um den Sinn, den das Leben für den/die einzelne/n hat bzw. um den Sinn, den sie/er aus ihrem/seinen Leben macht. Das Konzept der Gesundheit kann auf der integrativen Ebene als ein Ideal fungieren, welches dem eigenen Leben Sinn verleiht. Es ist Teil des Selbstbildes als einer liebenswerten und wertvollen Person.

Gesundheit trägt auf verschiedenen Ebenen zu unserem Wohlbefinden bei:

Auf der **materiellen** Ebene, verstanden als Funktionieren der körperlichen Organe (der menschliche Körper ist ein Wunderwerk!) (= physisches Funktionieren); auf der **pragmatischen** Ebene, als Mittel, das, was wir für erstrebenswert halten, zu erreichen (= soziale Effektivität) und **auf der fließenden** Ebene als stete Grundlage der Freude am Leben (= phänomenologische Qualität). Auf der **integrativen** Ebene

kommt nun noch hinzu, dass Gesundheit eine jener Formen ist, welche für die Suche nach Sinn und Integrität des Lebens zur Verfügung steht (= metaphysische Qualität). Hier weitet sich Gesundheit aus zu einem spirituellen Wohlbefinden, welches entsteht durch ein „in-Ein-klang-sein“ mit moralischen und existentiellen Begriffen.

In Anlehnung an Stan van Hooft habe ich versucht, diesen komplexen Sachverhalt in einer Tabelle unterzubringen. In dieser Tabelle sind die jeweiligen Gesundheitsdefinitionen, Gesundheitsfunktionen und Gesundheitsziele zu finden. Enthalten sind zudem Beispiele für gesundheitsrelevante Aktivitäten auf den einzelnen Ebenen sowie jeweils ein Wissenschaftler, dessen Vorstellungen von Gesundheit dem jeweiligen Modell m.E. am ehesten entspricht (vgl. Tab. 5).

Art der Subjektivität (Personwerdung)	Gesundheitsdefinitionen, -funktionen und -ziele	Gesundheitsrelevante Aktivitäten (Beispiele)	Gesundheitstheorie/-Theoretiker
„materiell“	Abwesenheit von Krankheit oder von Krankheitssymptomen (neg.); Funktionieren der körperl. Organe (pos.); Grundlegende Funktionen: keine; Ziel: Sichern der Existenz; Überleben	Keine, da Gesundheit ein „nicht-bewusstes-Ereignis“ ist	„biomedizinisch“ Klaus Dörner
„pragmatisch“	Mittel zum Erreichen der Ziele, die wir uns gesteckt haben; Grundlegende Funktionen: absichtsvolles, zielorientiertes und (idealerweise) rationales Handeln; Ziel: Effizienz; Effektivität	Gezielte gesundheitsrelevante Aktivitäten wie joggen, gesunde Ernährung, ausreichend Schlaf etc.	„psychosomatisch“ Michel Foucault
„fließend“	Grundlage unserer Freude am Leben; Grundlegende Funktionen: Gefühle; Verlangen; Versorgung (auf „die Welt“ zugehen); Ziele: Bedürfnisbefriedigung (?); Stimulation durch positive Gefühle; Liebe; Freude am Leben; loslassen;	Yoga; Therapie; nach dem „Schweren“ suchen (Rilke); Krankheit und schweres Leid; viele, viele „Zufälle“ des Lebens;	„phänomenologisch“ Mihail Csikszentmihalyi
„integrativ“	Grundlage für unsere Suche nach Sinn und Integrität unseres Lebens; Grundlegende Funktionen: Glaube (an etwas) = Vertrauen in das Leben; „ja“ sagen zum Leben; Ziele: Sinn finden im Leben; Finden unserer Erfüllung als menschliche Wesen („Integrität“)	Meditation; Gebet; Kunst;	„metaphysisch“ Aaron Antonovsky

Tab. 5: Gesundheit und Subjektivität (frei nach van Hooft, S., 1997)

## Was können Pflegende tun?

Die vorangegangenen Erörterungen weisen darauf hin, dass Pflegende für sich selbst

zu einem umfassenden Gesundheitsverständnis kommen müssen. Das professionell-pflegerische Interesse an Gesundheit muss sich - ebenso wie das Interesse an der eigenen Gesundheit - auf alle vier Weisen der Subjektivität, in denen Gesundheit erfahren wird, ausweiten. Nur auf diese Weise kann sich beispielsweise die „heilende Wirkung wirklicher Entspannung“, wie sie der Münchener Klaus Neubeck beschreibt, in ihrer Wirkkraft entfalten (vgl. Tab. 6).

- der Atem kann freier schwingen;
- ein offener(er) Austausch mit der Umwelt kann aufgenommen werden;
- der Zugang zu den eigenen Ressourcen öffnet sich; wir erhalten das Vertrauen, uns erfolgreich mit den eigenen Problemen zu konfrontieren; m.a.W.: Die Hoffnung wird geweckt, diese Probleme bewältigen zu können;
- die Kontakt- und Konfliktbewältigungsfähigkeiten verbessern sich;
- Erinnerungen an traumatische, noch unverarbeitete Situationen können auftauchen. Ebenso kann die stärkende Erinnerung an gut bewältigte Situationen entstehen. In dem Maße, wie der Organismus lernt, nach produktiven Lösungen für die persönlichen Konflikte zu suchen, wird die Entspannung auch in kritischen Handlungssituationen anhalten.
- Entspannung kann so der erste Schritt aus der Hilflosigkeit heraus sein

Tab. 6: Die heilende Wirkung „wirklicher“ Entspannung (Quelle: Neubeck, K., 2000, S. 223)

Die alltäglichen Beschäftigungen von Pflegenden werden zu einem Großteil von der ersten, der materiellen Weise der Subjektivität in Anspruch genommen. Die anfangs geschilderten, von Johannes Siegrist verlangten Verbesserungen im Umgang mit den eigenen Ängsten und mit Belastungssituationen, sowie die von Pflegenden vielfach gewünschte erhöhte Sensitivität für die eigene Person ebenso wie für die Patientinnen als einzigartigen und besonderen Personen, verlangen eine Bewusstheit der Tiefe, in der Gesundheit erfahren werden kann und der Bedeutungen, die Gesundheit in jedem individuellen Leben haben kann. Diese Tiefe zielt ab auf den Gegenstand von Gesundheit als einer sich selbst-konstituierenden, freudespendenden Beziehung mit der umgebenden Welt.

#### Literatur

Antonovsky, Aaron (1991): Meine Odyssee als Stressforscher. In: Rationierung der Medizin. Jahrbuch für Kritische Medizin Bd. 17. Argumentsonderband AS 193. Argument-Verlag: Hamburg, S. 112-130;

- Antonovsky, Aaron (1993): Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung. In: Franke, Alexa/ Broda, Michael (Hg.): Psychosomatische Gesundheit: Versuch einer Abkehr vom Pathogenese Konzept. Dgvt-Verlag: Tübingen, S. 3-14;
- Antonovsky, Aaron (1997): Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche erweiterte Ausgabe von Alexa Franke. Dgvt-Verlag: Tübingen;
- Brieskorn-Zinke, Marianne (1996): Gesundheitsförderung in der Pflege. Ein Lehr- und Lernbuch zur Gesundheit. Kohlhammer: Stuttgart/ Berlin/ Köln;
- Csikszentmihalyi, Mihail (1992): Flow: The Psychology of Happiness. Rider: London;
- Dörner, Klaus (2001): Der gute Arzt. Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung. Schattauer: Stuttgart/New York;
- Foucault, Michel (1986): Die Sorge um sich. Sexualität und Wahrheit 3 (übers. von U. Raulff und W. Seitter). Suhrkamp; Frankfurt am Main;
- Foucault, Michel (1993): Technologien des Selbst; in: Foucault et al., a.a.O., S. 24-62;
- Foucault, M./Martin, R./Martin, L.H./Paden, W. E./Rothwell, K. S./Gutman, H./Hutton, P. H. (1993): Technologien des Selbst. Fischer: Frankfurt am Main (hrsg. v. Martin, L. H./ Gutman, H./Hutton, P. H.) (Orig. Massachusetts 1988);
- Gussone, Barbara/Schiepek, Günter (2000): Die „Sorge um sich“. Burnout-Prävention und Lebenskunst in helfenden Berufen. Dgvt-Verlag: Tübingen;
- Levinas, Emmanuel (1993): Totalität und Unendlichkeit. Versuch über die Exteriorität. Freiburg: Alber;
- Neubeck, Klaus (1992): Atem-Ich. Körperliche Erfahrung, gesellschaftliches Leid und die Heilkraft des inneren Dialogs. Stroemfeld/Nexus: Basel und Frankfurt am Main;
- Neubeck, Klaus (2000): Psychosomatik des Atems. Haag und Herchen: Frankfurt am Main;
- Schmidbauer, Wolfgang (1977): Die hilflosen Helfer: Über die seelische Problematik der helfenden Berufe. Rowohlt: Reinbek b. Hamburg;
- Smith, Judith A. (1983): The idea of health: Implications for the nursing Professional. Teachers College Press: New York;
- Schoppmann, Susanne/Schnepp, W. (2001): Körper, Leib und Pflege. In: Psych Pflege; 7; S. 252-257;
- Störzer, Andrea (2001): Burnout. Ein Thema in der Krankenpflegeausbildung; in: PEP (Pflegekompetenz, Ethik, Persönlichkeit), Ausgabe 4/2001, S. 4-8;
- van Hooff, Stan (1995a): Caring: An essay in the philosophy of ethics. University of Colorado: Niwot, CO;
- van Hooff, Stan (1995b): Facts and values. An introduction to critical thinking. MacLennan and Petty: Sydney;
- van Hooff, Stan (1997): Health and subjectivity; in: Health, Vol 1 (D.S. 23-36.)

Prof. Dr. Joachim Thönnessen  
Kath. Fachhochschule Norddeuschfand  
Abteilung Gesundheitspflege  
Detmarstr. 2-8  
49074 Osnabrück