

Salutogenese – Resilienz

Theoretische Grundlagen einer psychosozialen Gesundheitsförderung

Von Toni Faltermaier

Die psychische Gesundheit in der Bevölkerung ist in letzter Zeit wieder zunehmend ein öffentliches Thema geworden. Dieser Beitrag befasst sich mit Erklärungsansätzen für psychische Problemlagen, die mehr an Gesundheit (weniger pathogenetisch) orientiert sind und eine Praxis der Gesundheitsförderung für gesunde wie für kranke Menschen begründen können. Das heute wieder populär geworden Resilienzkonzept wird dabei mit dem Ansatz der Salutogenese in Verbindung gebracht, ihre Erklärungsmöglichkeiten werden aufgezeigt und daraus einige Schlussfolgerungen für eine psychosoziale Gesundheitsförderung gezogen.



Toni Faltermaier
Prof. Dr. phil., Dipl. Psych., Gesundheitspsychologe und Gesundheitswissenschaftler; Universität Flensburg, Auf dem Campus 1, 24943 Flensburg;
E-Mail: faltermaier@uni-flensburg.de

Ein Grund für die zunehmende öffentliche Thematisierung psychischer Gesundheit scheint die steigende Inanspruchnahme für psychische Erkrankungen zu sein, die sich etwa in den Daten der Krankenkassen zeigt und die auch in deutlich gestiegenen Fehlzeiten am Arbeitsplatz aufgrund psychischer Probleme zum Ausdruck kommt. Daraus aber einen generellen Anstieg der psychischen Störungen zu konstruieren, wäre vorschnell und ist von epidemiologischen Daten bisher nicht gedeckt (vgl. Richter, 2012). Sie ist vor allem deshalb nicht gerechtfertigt, weil die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen von sehr vielen Faktoren bedingt ist und keinesfalls mit der „wahren“ Prävalenz von Krankheiten verwechselt werden darf. Dennoch gibt es aktuelle gesellschaftliche Entwicklungen, die einen zunehmenden psychischen Druck und steigende psychische Belastungen in zentralen Lebenswelten von Arbeit, Familie, sozialen Beziehungen und Freizeit mit sich bringen und die, wenn auch nicht gleich klinisch relevante psychische Störungen, so doch ernsthafte psychische Problemlagen mit sich bringen. Die Notwendigkeit und der Bedarf für eine Prävention besteht daher durchaus, zumal psychische Belastungen nicht nur zu psychischen, sondern auch zu körperlichen Krankheiten beitragen

können (Faltermaier, 2005). Die Klärung möglicher psychosozialer Ursachen und die darauf aufbauende Entwicklung von wirksamen Präventionsansätzen ist daher absolut dringlich und wird in unserem kurativ dominierten Gesundheitssystem bisher stark vernachlässigt. Die Gefahr vorschneller Etikettierung von Menschen mit psychischen Problemlagen mit Hilfe von Krankheitsbegriffen und ihre daraus folgende Medikalisierung besteht nach wie vor; das und die Einführung neuer Krankheitsbilder trägt eher zur Verschleierung und Individualisierung von psychosozialen Problemlagen bei, wie sich aktuell gut am Phänomen des Burnout beobachten lässt.

Risiken psychosozialer Arbeit und ihre sozialen Bedingungen

Zunächst soll kurz am Beispiel von psychosozialen Berufsfeldern der Zusammenhang zwischen gesellschaftlichen Bedingungen und psychischen Störungen skizziert werden. Es ist offensichtlich und durch viele Studien belegt, dass die berufliche Arbeit in primär an Menschen und ihren Bedürfnissen ausgerichteten Tätigkeitsfeldern starke psychische und teilweise auch starke körperliche Belastungen mit sich

bringt, die langfristig zur Entstehung von psychischen und psychosomatischen Störungen beitragen können (vgl. Schaarschmidt, 2005 für den Lehrerberuf); das gilt insbesondere für die Arbeit in Gesundheitsberufen (Pflegepersonal, Ärzte, therapeutische Berufe), in sozialen Berufen (Sozialarbeit) und in pädagogischen Berufen (Erzieher/innen, Lehrer/innen, Heilpädagoginnen). Die Besonderheiten der Arbeit mit Menschen liegen in der langfristigen Emotions- und Unterstützungsarbeit des professionellen Helfens und Erziehens, die bei entsprechend langer Dauer und Intensität zur psychischen Überforderungen führen kann. Im Zuge der in allen diesen Bereichen in den letzten Dekaden feststellbaren zunehmenden Verdichtungen von Arbeit aufgrund von Personalabbau/-mangel und von ökonomischen Umstrukturierungen wurden diese Anforderungen noch erhöht. Zudem kommen generelle gesundheitliche Risiken dieser Arbeitstätigkeiten hinzu, wie z.B. Schicht- und Nachtarbeit, hohe Überstundenquote, permanenter Zeitdruck, schwierige Pausenregelungen, geringe Entlohnung und soziale Anerkennung bei gleichzeitig hohem Erwartungsdruck. Psychisches Gefährdungspotential liegt nach

Die Arbeit mit Menschen kann bei langer Dauer und Intensität zur psychischen Überforderungen führen.

anerkannten wissenschaftlichen Modellen von Arbeit und Gesundheit (vgl. Faltermaier, 2005) vor allem in einem Missverhältnis von hohen Anforderungen und geringen Kontrollmöglichkeiten sowie in der hohen Verausgabung von Arbeitsleistungen (-motivation) bei gleichzeitig geringer Belohnung und Anerkennung (Gratifikationskrisen). Entscheidend ist also auch in psychosozialen Berufen das Verhältnis von Belastungen und Risiken einerseits und von Bewältigungsmöglichkeiten und -ressourcen sowie Regenerationsmöglichkeiten andererseits. Der beruflichen Arbeit mit Menschen wird generell ein hohes Maß an Sinnhaftigkeit zugeschrieben und vielfach von Menschen mit hoher sozialer Motivation gewählt; jedoch ist die andauernde einseitige Verausgabung von persönlichen Ressourcen für andere (z.B. Empathie, prosoziales Verhalten, Unterstützung und Pflege von hilfsbedürftigen Menschen) riskant und kann nur unter professionellen Bedingungen dauerhaft geleistet werden, die klare (innere und äußere) Grenzen für die berufliche Tätigkeit setzen und eine Balance des emotionalen Austausches ermöglichen.

Hinzu kommt die zentrale gesundheitliche Bedeutung von sozialen Beziehungen in der Arbeit und außerhalb. In der Gesundheitsforschung wird soziale Unterstützung einerseits als zentrale Ressource und als Schutzfaktor betrachtet, andererseits werden soziale Konflikte in auf enge und verlässliche Kooperation ausgerichteten Arbeitsbeziehungen und in intimen Partnerbeziehungen als besonders belastend gewertet (Faltermaier, 2005).

Burnout als heute vielfach diskutierter gesundheitlicher Problemkomplex hat wesentlich mit der beruflichen Arbeit in psychosozialen Feldern zu tun und wurde als Konzept ursprünglich auch in diesem Bereich formuliert (vgl. Maslach & Leiter, 2001). Die drei Kernelemente von Burnout bestehen trotz einiger begrifflicher Unklarheiten in einer emotionalen Erschöpfung, einer Depersonalisation (verringerte Anteilnahme an den Menschen, mit denen man arbeitet, bis hin zu Zynismus) und einer reduzierten Leistungsfähigkeit (ebd.), die sich in einem oft lange dauernden Prozess aus psychischen (Über-) Belastungen in der Arbeit (mit Menschen)

ergeben. Eine psychische Störung wie z.B. eine klinische Depression kann sich im Zuge eines langfristigen Burnoutprozesses entwickeln, muss es aber nicht. Insofern ist die Unterscheidung zwischen einem Burnout und einer diagnostizierbaren psychischen Störung sehr bedeutsam, auch um Möglichkeiten der Prävention wahrzunehmen. Die gesellschaftliche Dimension dieser psychischen Probleme ergibt sich aus der gesellschaftlichen Organisation und der aktuellen betrieblichen Gestaltung von zentralen psychosozialen Arbeitsfeldern im Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereich, die für die Berufstätigen zunehmend nicht mehr bewältigbare Anforderungen mit sich bringen und ernste gesundheitliche Folgen nach sich ziehen. Hier zeigen sich zum einen strukturelle Probleme, die nur schwer Lösungen für den Einzelnen ermöglichen, zumal durch parallele gesellschaftliche Prozesse der Individualisierung und Flexibilisierung die Rahmenbedingungen für eine Bewältigung dieser beruflichen Anforderungen ungünstiger geworden sind. Zum anderen ergeben sich daraus Fragen nach der Vorbereitung (in Ausbildung, beruflicher Sozialisation und Weiterbildung) und der Unterstützung von Berufstätigen, die in diesen psychosozialen Feldern langfristig arbeiten wollen oder müssen, also der Frage, wie ihre Gesundheit nachhaltig erhalten und gefördert werden kann. In diesem Zusammenhang stellen sich Fragen nach den gesundheitlichen Ressourcen und Schutzfaktoren, die im Folgenden näher untersucht werden.

Salutogenese und Resilienz: zentrale Erklärungsmodelle für psychische Gesundheit

Zur Erklärung von gesundheitlichen und psychischen Störungen sind heute auch Modelle verfügbar, die weniger auf spezifische Krankheiten und die Pathogenese setzen, sondern mehr auf Schutzfaktoren und Widerstandsressourcen, die prominentesten Ansätze sind das Konzept der Resilienz und der Salutogenese. Sie sind als wissenschaftliche Grundlagen für eine Praxis

der Gesundheitsförderung besonders relevant, die Gründe dafür werden noch deutlich werden. Diese Modelle werden zunächst in ihren wesentlichen Zügen in der notwendigen Kürze vorgestellt und dann in ihrer Bedeutung diskutiert.

Das Resilienzkonzept und die dadurch inspirierte entwicklungspsychologische Forschung gehen von dem empirischen Befund aus Längsschnittstudien aus, dass Kinder und Jugendliche trotz

Kinder und Jugendliche können trotz widriger Bedingungen zu Beginn ihres Lebens eine gesunde psychische Entwicklung nehmen.

widriger Bedingungen und Risikofaktoren zu Beginn ihres Lebens eine gesunde psychische Entwicklung nehmen können. In der klassischen Studie zur Resilienz von Werner und Smith

(1982) wurde der Entwicklungsverlauf einer Geburtskohorte von Kinder auf der Insel Kauai (Hawai-Gruppe) über mehr als 40 Jahren untersucht und dabei gefunden, dass ein Teil der Kinder, bei denen schwerwiegende Risikofaktoren wie z.B. Komplikationen bei der Geburt, extreme Armut der Familie oder ein psychisch erkrankter Elternteil festgestellt wurden, sich trotz dieser Risiken psychisch unauffällig entwickelt haben und gesunde Erwachsene geworden sind. Sie haben nach den Autorinnen eine Resilienz erworben, eine Art psychische Widerstandsfähigkeit, die sie vor negativen Entwicklungen und Störungen geschützt hat. Diese Resilienz äußert sich vor allem in einer effektiven Verarbeitung von psychischen Belastungen, in der Fähigkeit, positive soziale Beziehungen zu Peers und Erwachsenen aufzubauen, und sie war oft mit Familienstrukturen verbunden, die enge und kohäsive Beziehungen, Respekt für die Autonomie des Kindes, aber auch klare Regeln und Grenzen vermittelten.

Die Resilienzforschung machte sich in der Folge auf die empirische Suche nach Schutzfaktoren, die zu dieser Resilienz beitragen (vgl. Bengel, Meinders-Lücking & Rottmann, 2009; Lenz, 2011). Die Liste von empirisch mehr oder weniger belegten protektiven Faktoren in der Person und ihrer sozialen Umgebung ist lang und soll hier nicht referiert werden, auch weil sie relativ theoriearm und damit kaum in ihren Zusammenhängen verstehbar ist. In neuerer Zeit wird das Resilienz-

konzept zunehmend auf den Lebenslauf von Erwachsenen bezogen (vgl. Ryff & Singer, 2003) und im Hinblick auf die Verhinderung von psychischen Störungen diskutiert. Das Grundkonzept bleibt gleich, nämlich die Vorstellung, dass nach den Kräften gesucht wird, die Menschen trotz traumatischer Erfahrungen (wie Verlustereignisse, Tod von nahen Angehörigen, Missbrauch, Unfälle) oder trotz widriger sozialer Bedingungen (Armut, Krieg) oder trotz biologischer Abbauprozesse des Alterns psychisch gesund bleiben bzw. keine schweren Störungen entwickeln lassen.

Das Modell der Salutogenese ist historisch nahezu parallel in den 1970er Jahren von dem israelischen Gesundheitsforscher Aaron Antonovsky entwickelt und international sehr bekannt geworden (vgl. für die deutschsprachige Rezeption Antonovsky, 1997; Bengel, Strittmatter & Wilmann, 1998; Faltermaier, 2005). Die Frage der Salutogenese ist noch stärker als die Resilienz auf Gesundheit bezogen, nämlich zu erklären, warum Menschen trotz einschneidender Risiken und Belastungen gesund bleiben. Eine Besonderheit besteht darin, dass im Modell der Salutogenese ein Gesundheitsbegriff verwendet wird, der nicht als Dichotomie Gesundheit versus Krankheit angelegt ist, sondern als multidimensionales Kontinuum zwischen den Extrempolen von maximaler Gesundheit und maximaler Krankheit; danach befinden sich alle Menschen zeit ihres Lebens auf diesem Gesundheitskontinuum und es gilt zu erklären, durch welche Kräfte sie in die positive Richtung von Gesundheit bewegt werden. Zu den salutogenen Bedingungen des Modells zählen erstens psychosoziale, physikalische und biochemische Stressoren und darauf bezogene Bewältigungsprozesse (coping). Das Modell sagt vorher, dass Stressoren sowohl pathogen als auch salutogen wirken können. Entscheidend ist, wie effektiv sie von den Betroffenen bewältigt werden. Ein erfolgreiches Coping bewegt Menschen in die gesunde Richtung, nicht erfolgreiches Coping in die negative Richtung, bei zusätzlichen Verwundbarkeiten können Krankheiten entstehen. Erfolgreiche Bewältigung von Stressoren hängt im Modell zweitens von der Verfügbarkeit

Gesundheit: ein multidimensionales Kontinuum zwischen maximaler Gesundheit und maximaler Krankheit.

von genetisch-konstitutionell und psychosozialen Widerstandsressourcen ab. Je ausgeprägter und vielfältiger diese Ressourcen sind, umso besser gelingt die Bewältigung von Stressoren und umso günstiger wird Gesundheit auf dem Kontinuum beeinflusst. Widerstandsressourcen sind somit für die Gesundheit wesentliche Merkmale und Kräfte der Person, der sozialen Umwelt, Kultur und Gesellschaft, wie z.B. hohes Selbstwertgefühl, hohe Kontroll- und Selbstwirksamkeitsüberzeugungen, soziale Kompetenzen und Unterstützungsmöglichkeiten, kulturelle Stabilität und materielle Ressourcen. Diese Ressourcen entwickeln sich im Laufe des Lebens durch biographische Einflüsse (in Familie und Erziehung) und über das Aufwachsen in einem spezifischen soziokulturellen und historischen Kontext. Es sind Potentiale, die in konkreten Belastungssituation wirksam werden können und die insgesamt zu Lebenserfahrungen führen, die Menschen Konsistenz erleben lassen, Teilhabe im Leben ermöglichen und eine Balance von Anforderungen. Machen Menschen auf der Basis ihrer Widerstandsressourcen derartige Lebenserfahrungen, so entwickeln sie im Laufe der Kindheit, Jugend und frühem Erwachsenenalter drittens eine umfassende Lebensorientierung, die Antonovsky als Kohärenzgefühl („sense of coherence“) bezeichnet hat. Es wurde als neues theoretisches Konzept formuliert und vielfach in der Gesundheitsforschung eingesetzt. Es besteht aus drei Komponenten, dem Gefühl der Verstehbarkeit (die eigene Lebenswelt wird als weitgehend verstehbar und erklärbar wahrgenommen), dem Gefühl der Bewältigbarkeit (Menschen sind zuversichtlich, dass sie die Anforderungen und Ereignisse im Leben im Prinzip bewältigen können) und dem Gefühl der Sinnhaftigkeit (sie betrachten Anforderungen im Leben als sinnvolle Herausforderungen, die es wert sind, sich dafür einzusetzen). Die internationale Forschung, um das Modell der Salutogenese empirisch zu bestätigen und weiter zu entwickeln, ist umfangreich (wenn auch im Umfang nicht vergleichbar mit der krankheitsbezogenen Forschung) und kann an dieser Stelle auch nicht ansatzweise

Kohärenzgefühl: Die Lebenswelt ist verstehbar, bewältigbar, sinnhaft.

dargestellt werden (vgl. Bengel et al., 1998; Faltermaier, 2005). Sie bestätigt aber insgesamt wesentliche Momente des Modells, viele Studien fanden starke Zusammenhänge zwischen Kohärenzgefühl und psychischer Gesundheit, auch die Rolle des Kohärenzgefühls und von vielen Widerstandsressourcen in der Bewältigung wurde bei einer Vielzahl von unterschiedlichen Stresssituationen bestätigt. Das Resilienzkonzept und das Modell der Salutogenese stimmen also darin überein, dass sie mit Ressourcen bzw. Schutzfaktoren positiv-förderliche Bedingungen von Gesundheit betonen und nicht ausschließlich auf Risikofaktoren und pathogene Faktoren setzen. Beide können sich auf bedeutsame und lange etablierte Forschungstraditionen stützen, somit ist für beide Modelle empirische Evidenz erkennbar, wenn auch weiterer Forschungsbedarf besteht. Die Salutogenese ist deutlich stärker auf Gesundheit bezogen, in einem Kontinuumskonzept werden auch positive Ausprägungen von Gesundheit einbezogen, und sie ist stärker als theoretisches Modell ausgearbeitet. Das Modell bietet daher viele Vorzüge, die aus meiner Sicht ihren Stellenwert als gesundheitswissenschaftliches Rahmenmodell stärken. Es gibt allerdings auch einige konzeptionelle Schwächen und offene empirische Fragen, die es in der Weiterentwicklung zu berücksichtigen gilt (vgl. Faltermaier, 2005).

Gesundheitsförderung im psychosozialen Bereich

Die Strategie der Gesundheitsförderung hat seit der Formulierung der Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung durch die WHO dem präventiven Anliegen einen wichtigen Schub gegeben. Sie enthält eine klare Orientierung an einem positiven Gesundheitsbegriff und an einem salutogenetischen Denkansatz (vgl. Faltermaier, 2005). Sie betont aber auch, dass professionelle Maßnahmen der Gesundheitsförderung in die zentralen Lebenswelten bezogen sein sollten, die Partizipation der Zielgruppen ermöglichen müssen und als professionelles Ziel und Haltung ein Empowerment (Lenz, 2011) impliziert, d.h. die Adressaten möglichst dazu befähigen, ihre Gesundheit selbst zu gestalten.



Sowohl das Resilienzkonzept als auch das Modell der Salutogenese können einen geeigneten wissenschaftlichen Rahmen für die Entwicklung von Praxismaßnahmen der Gesundheitsförderung für unterschiedlichste Zielgruppen darstellen. Die Förderung von gesundheitlichen Ressourcen und Schutzfaktoren kann in einer nicht stigmatisierenden und positiv motivierenden Weise dazu beitragen, dass sich Kräfte in der Person, in sozialen Systemen und in gesellschaftlichen Strukturen entwickeln, die Gesundheit langfristig erhalten. Natürlich bedeutet diese Perspektive nicht, dass die Verhinderung von Risiken und Stressoren nicht auch zentrales Ziel einer Praxis sein muss. Aber da sich nicht alle Stressoren und Risiken im Leben vermeiden lassen, hat der Umgang mit diesen eine sehr wichtige Bedeutung.

Welche Ressourcen sollen nun wodurch gefördert werden, um psychische Gesundheit zu erhalten? Nur einige Andeutungen zu dieser weit gehenden Frage: Zur Differenzierung von gesundheitlichen Ressourcen lassen sich personal-psychische, körperlich-konstitutionelle, sozial-interpersonale, soziokulturelle und materielle Ressourcen unterscheiden (Faltermaier, 2005). Zentrale und vielfach untersuchte personale Ressourcen liegen in Kontroll- und Selbstwirksamkeitsüberzeugungen, in stabilen Persönlichkeitszügen wie Selbstwertgefühl oder Identität und in Handlungskompetenzen, die etwa für das Coping in belastenden und kritischen sozialen Situationen notwendig sind. Viele der relativ stabilen Ressourcen sind Ergebnis einer langen Lerngeschichte und Sozialisation insbesondere in Kindheit und Jugend, die über Erziehung in zentralen Sozialisationsinstanzen wie Familie, Kita und Schule geprägt werden und dort gefördert werden können. Personale Handlungskompetenzen sind abhängig von den aktiven Erfahrungen mit Belastungen im Lebenslauf, wobei davon auszugehen ist, dass positive Bewältigungsgeschichten entsprechende Fähigkeiten eher stärken werden; Heranwachsende dürften also davon profitieren, wenn sie Anforderungen erfahren (und nicht von allen abgeschirmt oder entlastet werden), die sie aber möglichst erfolgreich be-

wältigen können sollten. Schließlich werden manche Kontrollüberzeugungen allgemein aus dem Erleben eigener Gestaltungsmöglichkeiten entwickelt, andere sind spezifischer für gesundheitliche Themen und hängen davon ab, ob sie und wie und wann an das Thema Gesundheit herangeführt werden. Eine zentrale sozial-interpersonale Ressource ist die soziale Unterstützung, die relativ stabile soziale Beziehungen und Netzwerke voraussetzt. Positive soziale Beziehungen und Modelle in der Entwicklung zu erleben und Kompetenzen zur Gestaltung von Beziehung aufzubauen sind wichtiger Teil einer sozialen Sozialisation; Unterstützungspotentiale werden aber auch geprägt von gesellschaftlichen Entwicklungen und lebensweltlichen Strukturen.

Das Potential eines familiären Systems oder eines betrieblichen Systems zur Leistung von sozialer Unterstützung für ihre Mitglieder über einen Teil des Lebenslaufs ist essentiell für die Bewältigung vieler Belastungssituationen und Krisen. Im Zuge einer zunehmenden gesellschaftlichen Individualisierung werden aber familiäre und verwandtschaftliche Netzwerke brüchiger, es entstehen jedoch auch neue Netzwerkstrukturen durch neue Kommunikationstechnologien und Globalisierungstendenzen. Was das für die gesundheitliche Ressource der sozialen Unterstützung bedeutet, muss jeweils spezifisch für die jeweiligen Zielgruppen analysiert werden und kann entsprechenden Bedarf zur Förderung im System und in der Person begründen. Die zentrale Bedeutung des Kohärenzgefühls in der Salutogenese impliziert, dass vielfältige, langfristig verfügbare und (alltäglich wie auch professionell) geförderte Ressourcen indirekt zu seiner Entwicklung und Stärkung beitragen können und damit insbesondere die psychische Gesundheit gefördert wird; dieses Modell lässt sich wie erwähnt sowohl auf gesunde wie kranke Menschen anwenden, daher kann auch die professionelle Praxis im psychiatrischen Feld über die Stärkung von Ressourcen dazu beitragen, das Kohärenzgefühl von Klienten zu stärken. Umgekehrt stellt dann ein stark entwickeltes Kohärenzgefühl eine günstige Voraussetzung her, um zukünftig in konkreten Stresssituationen

angemessene Ressourcen auszuwählen und zu mobilisieren. Wichtig ist dabei noch zu erwähnen, dass sich das Kohärenzgefühl nicht nur als individuelle Überzeugung verstehen lässt, sondern auch kollektives Merkmal eines sozialen Systems wie Betrieb oder Familie sein kann und als solches gefördert werden kann. ●

Literatur

- Antonovsky, A.** (1997). Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Bengel, J. & Jerusalem, M.** (Hrsg.) (2009). Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie. Göttingen: Hogrefe.
- Bengel, J., Meinders-Lücking, F. & Rottmann, N.** (2009). Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen : Stand der Forschung zu psychosozialen Schutzfaktoren für Gesundheit. Köln: BzGA.
- Bengel, J., Strittmatter, R. & Willmann, H.** (1998). Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Köln: BzGA.
- Faltermaier, T.** (2005). Gesundheitspsychologie. Stuttgart: Kohlhammer.
- Lenz, A.** (2011). Ressourcen und Resilienzen. In A. Lenz (Hrsg.), Empowerment. Handbuch für die ressourcenorientierte Praxis (S. 57-76). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Maslach, C. & Leiter, M.P.** (2001). Die Wahrheit über Burnout. Stress am Arbeitsplatz und was sie dagegen tun können. Wien: Springer.
- Richter, D.** (2012). Von der sozialen Krise zur psychischen Krise? Kerbe (Forum für soziale Psychiatrie), 30, 7-10.
- Ryff, C.D. & Singer, B.H.** (2003). Flourishing under fire: Resilience as a prototype of challenged thriving. In C.L.M. Keyes & J. Haidt (Eds.), Flourishing: Positive psychology and the life well-lived (pp. 15-36). Washington, DC.: American Psychological Association.
- Schaarschmidt, U.** (Hrsg.) (2005). Halbtagsjobber? Psychische Gesundheit im Lehrerberuf – Analyse eines veränderungsbedürftigen Zustands (2. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Werner, E.E. & Smith, R.S.** (1982). Vulnerable but invincible. A longitudinal study of resilient children and youth. New York: McGraw-Hill.