

## 20 Gesundheitspsychologie

*Manja Vollmann und Hannelore Weber*

Einleitung
20.1 Persönlichkeit und Gesundheit
20.1.1 Modelle zum Zusammenhang zwischen Persönlichkeit und Gesundheit
20.1.2 Gesundheitsrelevante Persönlichkeitsmerkmale
20.2 Gesundheitsverhalten
20.2.1 Das Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung (TTM)
20.2.2 Das sozial-kognitive Prozessmodell des Gesundheitsverhaltens (HAPA)
20.3 Stressbewältigungstrainings als Beispiel psychologischer Gesundheitsförderung
Exkurs: Stress und Stressbewältigung
20.3.1 Stressbewältigungstrainings
Zusammenfassung
Denkanstöße
Empfehlungen zum Weiterlesen
Weitere Informationen
Literatur

### Einleitung

Die Gesundheitspsychologie ist eine relativ junge, international viel beachtete Teildisziplin der Psychologie, die sich seit den 1990er Jahren auch in Deutschland in Forschung und Lehre zunehmend etabliert hat. Die zentralen Gegenstandsbereiche der Gesundheitspsychologie sind der Erhalt und die Förderung von Gesundheit sowie die Verhütung von Störungen und Krankheiten. Ausgehend von diesen übergreifenden Zielen beschäftigt sich die gesundheitspsychologische Forschung mit der Untersuchung von Persönlichkeitsmerkmalen als gesundheitsbezogene Risiko- und Schutzfaktoren, mit der Entwicklung und empirischen Überprüfung von Modellen zur Erklärung und Vorhersage von Gesundheits- und Risiko-

verhalten sowie mit der Konzipierung und Evaluierung von Interventionsprogrammen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. Dabei geht die Gesundheitspsychologie von dem umfassenden Gesundheitsverständnis der Weltgesundheitsorganisation aus, demzufolge Gesundheit sowohl körperliches als auch psychisches und soziales Wohlbefinden umfasst.

In der Gesundheitspsychologie werden relevante Theorien und Forschungsansätze aus vielen Grundlagendisziplinen der Psychologie integriert, wobei die Biopsychologie, die Differentielle Psychologie und die Sozialpsychologie von besonderer Bedeutung sind. Im Hinblick auf die Anwendung gesundheitspsychologischer Erkenntnisse

steht die Zusammenarbeit mit der Klinischen Psychologie, der Pädagogischen Psychologie und der Arbeits- und Organisationspsychologie im Mittelpunkt (Überblick: Jerusalem & Weber, 2003; Schwarzer, 2004; Schwarzer, Jerusalem & Weber, 2002).

In diesem Beitrag werden drei große Kernbereiche der Gesundheitspsychologie vorgestellt. Im ersten Abschnitt wird auf

Persönlichkeitsmerkmale eingegangen, von denen angenommen wird, dass sie mit Gesundheit in einem Zusammenhang stehen. Gegenstand des zweiten Abschnitts sind Modelle zur Beschreibung und Erklärung von Gesundheitsverhalten. Der Beitrag schließt mit Stressbewältigungstrainings, die ein zentrales Beispiel für die praktische Anwendung psychologischer Gesundheitsförderung darstellen.

## 20.1 Persönlichkeit und Gesundheit

Im Mittelpunkt dieses Inhaltsbereiches steht die Frage, ob und auf welche Weise Persönlichkeitsmerkmale die psychische und physische Gesundheit beeinflussen. Die Vermutung, dass Persönlichkeitsmerkmale einen Einfluss auf die Gesundheit haben, liegt nahe, da Persönlichkeit als ein relativ stabiles und transsituativ konsistentes Erlebens- und Verhaltensmuster definiert ist, dessen Beständigkeit Auswirkungen auf die Gesundheit erwarten lässt.

### 20.1.1 Modelle zum Zusammenhang zwischen Persönlichkeit und Gesundheit

Persönlichkeit und Gesundheit können über verschiedene Wege miteinander verbunden sein. In der Literatur werden fünf Mechanismen diskutiert, über die Persönlichkeitsmerkmale auf die Gesundheit wirken können (zsf. Vollrath, 2006; Weber, 2005).

(1) Zum einen kann die Persönlichkeit die Gesundheit über *physiologische Reaktionen* beeinflussen, die mit kognitiven und affektiven Prozessen verbunden sind. Dies gilt vor allem, wenn solche Prozesse habituell oder chronisch sind. So konnte gezeigt werden, dass affektive Zustände, wie Angst

und Depression, Auswirkungen auf kardiovaskuläre und immunologische Parameter haben (Kiecolt-Glaser, McGuire, Robles & Glaser, 2002; Suls & Bunde, 2005). Auch kognitiven Vorgängen, wie z. B. optimistische Erwartungen, werden unmittelbare physiologische Reaktionen zugesprochen (Segerstrom, 2006).

(2) Ein zweites Modell zur Wirkung der Persönlichkeit beinhaltet die Annahme, dass Persönlichkeitsmerkmale mit *Verhaltensweisen* einhergehen können, die *unmittelbare Folgen* für die Gesundheit haben, wie z. B. Alkoholkonsum oder ungesunde Ernährung. So wurde beispielsweise gefunden, dass Feindseligkeit mit erhöhtem Alkohol- und Nikotinkonsum verbunden ist (Whiteman, Fowkes, Deary & Lee, 1997). Gewissenhaftigkeit, eine der fünf grundlegenden Persönlichkeitsdimensionen in dem »Big Five-Modell« der Persönlichkeit, ist hingegen mit einem gesunden Lebenswandel und einer Reduktion von Unfallrisiken assoziiert (Roberts, Walton & Bogg, 2005).

(3) In einem dritten Wirkmodell wird angenommen, dass Persönlichkeitsmerkmale mit *Verhaltensweisen* verbunden sein können, die die Gesundheit *indirekt* beeinflussen. Beispielsweise könnte sich aggressives Verhalten als Form des Ärgerausdrucks indirekt gesundheitsgefährdend auswirken,

indem es von Personen der sozialen Umwelt negativ bewertet wird und diese dann weniger soziale Unterstützung zur Verfügung stellen. Soziale Unterstützung wiederum ist ein wichtiger Schutzfaktor sowohl im Hinblick auf das subjektive Wohlbefinden als auch auf die körperliche Gesundheit (Cohen, 2004).

(4) Viertens können Persönlichkeitsmerkmale über die *Selektion von Umwelten* auf die Gesundheit wirken. In diesem Modell wird davon ausgegangen, dass Personen in Abhängigkeit von ihren Eigenschaften gesundheitsfördernde oder -gefährdende Situationen aufsuchen oder schaffen, die ihren Bedürfnissen, Zielen und Fähigkeiten entsprechen. Beispielsweise erscheint es für Personen mit einer hohen Selbstwirksamkeit plausibel, dass sie einen anspruchsvollen und herausfordernden Beruf wählen, der zu mehr Anerkennung und Befriedigung führt und somit ein höheres Wohlbefinden bewirkt (Bandura, 1997).

(5) Im fünften Modell wird postuliert, dass Persönlichkeitsmerkmale die Gesundheit über das jeweils gezeigte *Krankheitsverhalten*, wie z. B. das Aufsuchen von ärztlicher Behandlung oder Selbstmedikation, beeinflussen können. Insbesondere für Neurotizismus und negative Affektivität wurde nachgewiesen, dass sie mit einer erhöhten Sensitivität für Körperreize und Schmerzen, aber auch einem mangelnden Vorsorgeverhalten einhergehen (Myrtek, 1998).

Alle fünf beschriebenen Modelle gehen von einem kausalen Einfluss der Persönlichkeit auf die Gesundheit aus. Jedoch ist auch eine *umgekehrte Wirkrichtung* denkbar, bei der die Persönlichkeit nicht die Ursache, sondern die Folge von Gesundheit bzw. Krankheit ist. Beispielsweise können Krankheiten bereits vor ihrer Entdeckung aufgrund hormoneller oder physiologischer Veränderungen die Ausprägung von Erlebens- und Verhaltensweisen beeinflussen. Zudem können sich Persönlichkeitsmerk-

male auch als Reaktion auf die Kenntnis einer Diagnose und die mit einer Krankheit verbundenen Erfahrungen entwickeln.

Ein letzter Ansatz schließlich vertritt die Annahme, dass zwischen Persönlichkeit und Gesundheit keine kausale Beziehung besteht, sondern dass beide die Folge einer *gemeinsamen genetischen Prädisposition* sind. Eine erhöhte physiologische Stressreaktivität beispielsweise könnte demnach sowohl die Entstehung von Krankheiten bedingen als auch – unabhängig davon – das subjektive Erleben und Verhalten beeinflussen.

Grundsätzlich schließen sich die verschiedenen Wirkmechanismen gegenseitig nicht aus. Vielmehr wird davon ausgegangen, dass sie je nach Person, Merkmal und Situation zusammenwirken und sich zu einem komplexen Wirkgefüge verbinden.

### 20.1.2 Gesundheitsrelevante Persönlichkeitsmerkmale

In der Tradition der psychosomatischen Forschung wird seit Jahrzehnten untersucht, ob und welche Persönlichkeitsmerkmale die Entstehung von Krankheiten begünstigen bzw. sich negativ auf den Krankheitsverlauf auswirken. Hier steht also die Frage im Mittelpunkt, welche Aspekte der Persönlichkeit einen *Risikofaktor* darstellen. Im Gegensatz dazu strebt die Stressforschung spätestens seit den 1980er Jahren vornehmlich die Identifikation von Merkmalen an, die gegenüber Krankheiten einen *Schutzfaktor* darstellen und sich somit gesundheitsfördernd oder zumindest gesundheitserhaltend auswirken. Diese zunehmende Fokussierung auf Schutzfaktoren (auch personale Ressourcen genannt) ist zum einen Ausdruck einer stärkeren Gewichtung der Gesundheitsförderung, die im Unterschied zum medizinischen Verständnis, das die psychosomatische Forschung geprägt hat, die Optimierung von Gesundheit und

weniger die bloße Vermeidung von Krankheit betont. Zum anderen ist sie Ausdruck der zunehmenden Erkenntnis, dass Personen über Stärken und Ressourcen verfügen, die wesentlich zur Gesundheit beitragen können.

Es gibt eine ganze Reihe von Persönlichkeitsmerkmalen, für die ein förderlicher bzw. gefährdender Einfluss auf die Gesundheit nachgewiesen wurde. Inhaltlich lassen sich diese gesundheitsrelevanten Eigenschaften in zwei Hauptgruppen unterteilen: Die eine Gruppe beinhaltet kognitive Merkmale wie habituelle Erwartungen, Einschätzungen und Überzeugungen; die zweite Gruppe umfasst affektive Merkmale, die primär das Erleben und die Regulation von Emotionen beschreiben.

Im Folgenden werden Optimismus und Feindseligkeit als Beispiele für einen Schutz- und einen Risikofaktor vorgestellt. Darüber hinaus gibt es zahlreiche weitere Merkmale, die als Schutz- bzw. Risikofaktoren diskutiert werden (vgl. Vollrath, 2006).

### Optimismus/Pessimismus

Im Kontext ihres Selbstregulationsmodells definieren Scheier und Carver (1985) *dispositionalen Optimismus* als eine generalisierte positive Ergebniserwartung. Optimisten glauben, dass sich auch schwierige Situationen zum Guten entwickeln werden, unabhängig davon, ob dies aufgrund von Glück, Zufall oder eigener Anstrengung geschieht. Pessimismus hingegen zeichnet sich durch negative Erwartungen hinsichtlich zukünftiger Ergebnisse aus.

In einer Vielzahl von Untersuchungen konnte insbesondere bei der Konfrontation mit stresshaften Situationen eine positive Wirkung von Optimismus auf das subjektive Wohlbefinden und die physische Gesundheit nachgewiesen werden (Überblick: Rasmussen, Scheier & Greenhouse, 2009 und Scheier, Carver & Bridges, 2001). So

zeigen sich durchgängig positive Zusammenhänge zwischen Optimismus und Lebenszufriedenheit, Selbstwertgefühl und positiven Emotionen, während negative Korrelationen mit Ängstlichkeit, Stresserleben und Depressivität gefunden wurden. Auch für die über objektive Kriterien erfasste physische Gesundheit ergeben sich positive Zusammenhänge. Optimismus ist beispielsweise mit einer besseren körperlichen Funktionstüchtigkeit im Falle chronischer Erkrankungen sowie einer schnelleren Genesung nach Operationen oder kritischen Lebensereignissen verbunden. Die Beziehungen zur physischen Gesundheit sind jedoch deutlich schwächer als die zum subjektiven Wohlbefinden.

In Bezug auf die Wirkmechanismen legen Studienergebnisse nahe, dass die positiven Effekte von Optimismus auf die psychische und physische Gesundheit vor allem über ein situationsangemessenes Bewältigungsverhalten, wahrgenommene soziale Unterstützung sowie ein erhöhtes Gesundheits- und reduziertes Risikoverhalten vermittelt werden (Scheier, Carver & Bridges, 2001). Weiterhin werden physiologische und neuroimmunologische Prozesse als Mediatoren des Zusammenhangs zwischen Optimismus und Gesundheit postuliert (Seegerstrom, 2006).

### Feindseligkeit und Ärgerneigung

Das Persönlichkeitsmerkmal Feindseligkeit wird in der Forschung sehr unterschiedlich operationalisiert; je nach Ansatz wird entweder die affektive Komponente (erhöhte Ärgerneigung), die kognitive Komponente (geringschätzende und argwöhnische Einstellungen) oder aber die Verhaltenskomponente (offener Ärgerausdruck und aggressives Verhalten) stärker gewichtet (Suls & Bunde, 2005).

Feindseligkeit, erhöhte Ärgerneigung und ineffektive Ärgerregulation werden seit Jahrzehnten als gesundheitliche Risi-

kofaktoren diskutiert. Lange Zeit galt das sog. Typ-A-Verhaltensmuster, das durch Erregbarkeit, Ehrgeiz, Konkurrenzdenken, Feindseligkeit, Ungeduld und Aggressivität gekennzeichnet ist, als ein Risikofaktor für die Entstehung von koronaren Herzkrankheiten. In der Folge stellte sich jedoch heraus, dass lediglich die Teilkomponente Feindseligkeit gesundheitskritisch ist (Mittag, 1999). Die Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen Feindseligkeit und koronarer Herzerkrankung sind jedoch insgesamt inkonsistent, was zum Teil auf die Vielfalt der Konstrukte und Instrumente zurückzuführen ist. Die neuere Forschung bemüht sich daher, die relative Bedeutung

der unterschiedlichen Komponenten des heterogenen Konstrukts Feindseligkeit zu untersuchen (Krantz & McCeney, 2002).

Zu bedenken ist, dass die für die Gesundheit zentralen negativen Emotionen Angst, Ärger und Depressivität in der Regel positiv miteinander korrelieren und es daher naheliegen könnte, dass die *allgemeine* Neigung zu negativen Emotionen den gesundheitskritischen Faktor darstellt (Suls & Bunde, 2005). Es gibt Hinweise darauf, dass die Neigung zu positiven Emotionen demgegenüber eine für die Gesundheit protektive Wirkung ausübt (Richman, Kubzansky, Maselko, Kawachi, Choo & Bauer, 2005).

## 20.2 Gesundheitsverhalten

Modelle zum Gesundheitsverhalten versuchen das Gesundheitsverhalten von Menschen zu erklären, vorherzusagen und Implikationen für gezielte Veränderungen abzuleiten, indem sie die entscheidenden »Stellgrößen« für Veränderungen identifizieren. Gesundheitsrelevantes Verhalten beinhaltet dabei sowohl das Ausführen von gesundheitsförderlichen Handlungen (z. B. gesunde Ernährung, sportliche Aktivität) als auch das Unterlassen von gesundheitsgefährdenden Handlungen (z. B. Alkoholkonsum, Rauchen).

Auf der Suche nach den entscheidenden Determinanten des Gesundheitsverhaltens wurden in den letzten Jahrzehnten verschiedene Modelle entwickelt, die inhaltlich in drei Gruppen eingeteilt werden können (vgl. Armitage & Conner, 2000).

(1) *Motivationale Modelle* fokussieren auf motivationale Faktoren (z. B. Bedrohung abwenden oder Schutzmotivation), die Menschen dazu bringen, sich für oder gegen ein Gesundheitsverhalten zu entscheiden. Ziel dieser Modelle ist die Vor-

hersage von Verhalten zu einem bestimmten Zeitpunkt und die Identifikation von Variablen, die gesundheitsbezogene Entscheidungen beeinflussen. Allerdings ist in den meisten Untersuchungen die interessierende abhängige Variable nicht das tatsächlich gezeigte Verhalten, sondern »nur« die Verhaltensintention, da diese als hinreichend für die Ausführung des Verhaltens angesehen wird. Empirisch zeigen sich zwischen Intention und Verhalten jedoch nur mittlere Korrelationen. Prominente Vertreter dieser Modellgruppe sind das Health Belief-Modell (vgl. Harrison, Mullen & Green, 1992) und die Theorie des geplanten Handelns (Ajzen & Madden, 1986).

(2) Die Diskrepanz zwischen Intention und Verhalten ist Gegenstand *volitionaler Modelle*, die die Prozesse nach der Intentionbildung genauer betrachten. Ziel ist die Identifizierung der Determinanten, die zur Umsetzung eines einmal gefassten Entschlusses in tatsächliches Handeln und zur Aufrechterhaltung eines Verhaltens über einen längeren Zeitraum führen. Beispiele

für diese Gruppe von Modellen sind die Volitionstheorie (Heckhausen, 1989) sowie die »implementation intentions«, die Handlungspläne darstellen, wann, wo und wie ein bestimmtes Verhalten ausgeführt werden soll (Gollwitzer, 1999).

(3) Die neueren und komplexeren *Stadien-* bzw. *Stufenmodelle* konzeptualisieren Gesundheitsverhalten als ein Durchlaufen verschiedener Stufen und versuchen, die Prozesse der Verhaltensänderung detaillierter zu beschreiben. Sie gehen davon aus, dass Personen während der Veränderung ihres Gesundheitsverhaltens qualitativ unterschiedliche Phasen durchlaufen, in denen jeweils andere kognitive Variablen bedeutungsvoll sind. Informationen und Interventionen zur Verhaltensänderung sollten demnach zwischen den Stufen variieren.

Im Folgenden werden exemplarisch zwei der Stadienmodelle vorgestellt: zum einen das Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung (Transtheoretical Model oder Stages of Change Model; Prochaska & DiClemente, 1983), ein spontan eingängiges, theoretisch jedoch umstrittenes Modell, und zum anderen das sozial-kognitive Prozessmodell des Gesundheitsverhaltens (Health Action Process Approach; Schwarzer, 2004) als Beispiel für ein umfassendes und integratives Modell gesundheitlichen Handelns.

### 20.2.1 Das Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung (TTM)

Das Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung wurde von Prochaska und DiClemente (1983) als Synthese aus erfolgreichen Bestandteilen therapeutischen Vorgehens (daher »transtheoretisch«) konzipiert, zunächst vor allem für das Aufgeben des Rauchens. Die Kernannahmen des TTM lauten (z. B. Keller, Velicer & Prochaska, 1999):

(1) Verhaltensänderung ist ein Prozess, der in einer Abfolge von diskreten, qualitativ unterschiedlichen Stufen verläuft.

(2) Ohne gezielte Intervention verharren Personen in früheren Stadien der Veränderung, d. h., sie gedenken nichts zu verändern.

(3) Interventionsmaßnahmen müssen auf die einzelnen Stufen zugeschnitten sein, um ein Fortschreiten zu bewirken.

(4) Das Vorankommen von Stufe zu Stufe wird durch kognitiv-affektive und verhaltensbezogene Prozesse bewirkt. Dabei spielen in den ersten beiden Stufen vor allem kognitiv-affektive Prozesse eine Rolle, wie z. B. die Wahrnehmung von Risiken, motivationale Betroffenheit angesichts des eigenen (Fehl-)Verhaltens und Neubewertung des eigenen Verhaltens, während in den späteren Stadien verhaltensbezogene Strategien wichtig werden, wie z. B. Stimuluskontrolle, soziale Unterstützung und Selbstverstärkung.

(5) Das Voranschreiten über die Stufen wird durch zwei Variablen angezeigt, nämlich die kontinuierliche Erhöhung der Selbstwirksamkeit sowie Veränderungen in der Entscheidungsbalance, d. h. im Verhältnis von wahrgenommenen Vorteilen des Verhaltens gegenüber seinen Nachteilen. Während in den ersten Phasen noch die Nachteile im Vergleich zu den Vorteilen überwiegen, kehrt sich das Verhältnis über die Stufen hinweg um.

#### Stufen der Veränderung

Die Zuordnung von Personen zu den einzelnen Stufen erfolgt aufgrund ihres vergangenen Verhaltens sowie ihrer Motivation für zukünftiges Verhalten. Prochaska und DiClemente unterscheiden fünf bis sechs Stufen der Verhaltensänderung (s. **Tab. 20.1**): Auf der Stufe *Sorglosigkeit/Ab-sichtslosigkeit* (precontemplation) befinden sich Personen, die keine Intention haben, ihr Verhalten in den nächsten sechs

Monaten zu verändern. Sie empfinden ihr Verhalten als nicht problematisch und sehen deshalb auch keine Veranlassung zu einer Verhaltensänderung. Personen, die beabsichtigen, das kritische Verhalten innerhalb der nächsten sechs Monate zu verändern, aber noch keine konkreten Pläne aufgestellt oder Versuche unternommen haben, werden der Stufe des *Bewusstwerdens* (contemplation) zugeordnet. Sie sind sich über die Gefahren ihres Verhaltens im Klaren und erwägen ernsthaft, das Verhalten zu ändern. Das Stadium der *Vorbereitung* (preparation) ist durch internale und verhaltensbezogene Kriterien gekennzeichnet. Personen in dieser Phase beabsichtigen innerhalb des nächsten Monats die Verhaltensänderung zu vollziehen und haben im letzten Jahr einige erfolglose Versuche einer Verhaltensänderung unternommen. Weiterhin ist bereits eine Reduktion des Problemverhaltens zu verzeichnen. Auf der Stufe der *Handlung* (action) befinden sich Personen, die gerade aktiv die Verhaltensänderung vollziehen, indem sie ihr Verhalten und/oder ihre Umwelt modifizieren. Diese Phase ist gekennzeichnet durch ein hohes Engagement und dauert bis zu sechs Monate nach der ersten sichtbaren Veränderung. Die letzte Stufe ist die *Aufrechterhaltung* (maintenance), in der Personen versuchen, das neue Verhalten beizubehalten und Rückfälle zu vermeiden. Sie beginnt sechs Monate nach der Verhaltensänderung (Handlung) und endet, wenn eine Person keine Versuchungen mehr verspürt, das Risikoverhalten wieder aufzunehmen, und hohe Selbstwirksamkeitserwartungen besitzt, Problemsituationen zu meistern. Dieses Stadium nach der Aufrechterhaltung wird neuerdings auch *Stabilisierung* (termination) genannt.

Insgesamt ist das TTM ein sehr eingängiges und in der Praxis häufig angewandtes Modell. Es betont die Verhaltensänderung und die Variablen, die diesen Prozess fördern. Überzeugend ist zudem das Konzept

Tabelle 20.1: Stufen der Veränderung im TTM

Sorglosigkeit	Problemverhalten wird ausgeführt; keine Intention, das Verhalten in den nächsten sechs Monaten zu verändern
Bewusstwerden	Erwägung, das kritische Verhalten in den nächsten sechs Monaten zu ändern
Vorbereitung	erste Schritte zur Veränderung wurden eingeleitet; das Zielverhalten soll in den nächsten 30 Tagen aufgenommen werden
Handlung	das Zielverhalten wird seit weniger als sechs Monaten ausgeführt
Aufrechterhaltung	das Zielverhalten wird seit mehr als sechs Monaten ausgeführt
Stabilisierung	das Zielverhalten wird seit mehr als sechs Monaten ausgeführt; keine Rückfallgefahr mehr vorhanden

einer maßgeschneiderten Intervention, demzufolge Intervention und Beratung an die jeweiligen Bedürfnisse einer Person angepasst werden sollten: Warum sollte man beispielsweise einen Menschen mühsam motivieren, der es längst ist und dem lediglich die notwendigen Fertigkeiten fehlen?

Problematisch am TTM ist die Willkürlichkeit der Stufeneinteilung nach zeitlichen Kriterien – warum sechs Monate, 30 Tage? Besser wäre hier die Verwendung psychologischer Kriterien. Ein zweites Problem liegt darin, dass bisher nicht nachgewiesen wurde, dass es sich bei der Verhaltensänderung um eine Abfolge qualitativ unterschiedlicher Stufen handelt und nicht um einen kontinuierlichen Prozess. Validierungsstudien, in denen die angenommene Phasenabfolge überprüft werden soll, beschränken sich weitgehend auf ein querschnittliches Design, in dem Personen miteinander verglichen werden, die sich in unterschiedlichen Phasen befinden, was keinen Nachweis für qualitative Sprünge ermöglicht.

Dazu bedürfte es Längsschnittstudien, die Personen im Verlauf ihrer Verhaltensänderung begleiten. Das Modell ist im Rahmen der Raucherentwöhnung entwickelt worden, wird aber auch auf andere Gesundheitsverhaltensweisen übertragen. Befunde deuten jedoch darauf hin, dass eine Übertragung nicht ohne Weiteres möglich ist, da sich die Anwendung der kognitiv-affektiven und verhaltensbezogenen Prozesse für verschiedene Verhaltensweisen unterscheidet. Ein letztes Problem betrifft die Effektivität maßgeschneiderter Interventionen: Hier sind die Ergebnisse gemischt, obschon die prinzipielle Angemessenheit dieses Vorgehens in der Literatur betont wird.

### 20.2.2 Das sozial-kognitive Prozessmodell des Gesundheitsverhaltens (HAPA)

Das sozial-kognitive Prozessmodell des Gesundheitsverhaltens (Schwarzer, 2004) ist ein umfassendes Modell gesundheitlichen Handelns und stellt in seiner Komplexität sowohl eine Integration als auch eine Erweiterung vorhandener Gesundheitsverhaltensmodelle dar. Das HAPA-Modell enthält alle Variablen, die sich in vorliegenden Untersuchungen als relevant und wichtig für die Erklärung von Gesundheitsverhalten herausgestellt haben, und betont zudem den prozesshaften Charakter von Verhalten. Dementsprechend werden im Modell präintentionale Motivationsprozesse und postintentionale Handlungsprozesse unterschieden (s. Abb. 20.1)

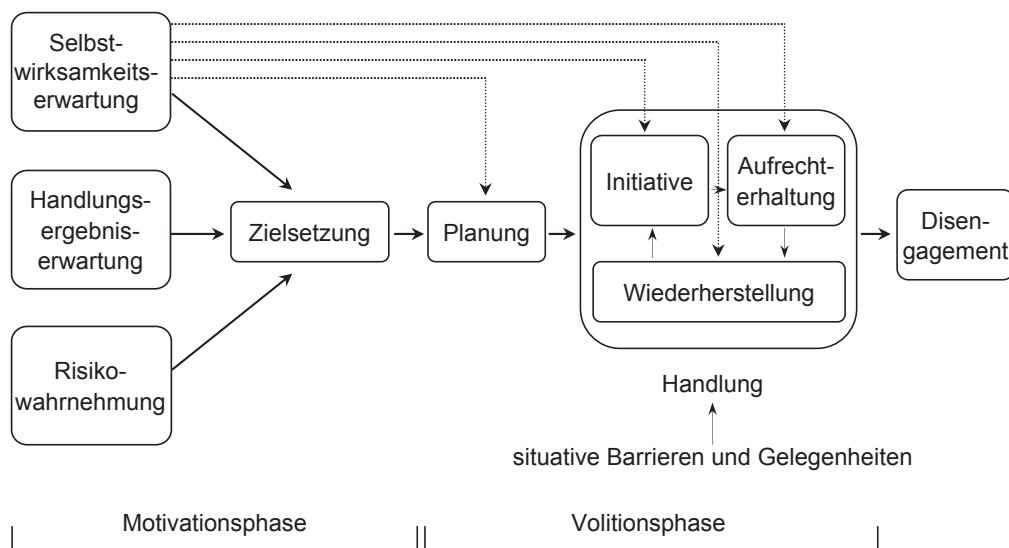


Abb. 20.1: Health Action Process Approach (nach Schwarzer, 2004)



### Die Motivationsphase

In der motivationalen Phase wird die Intention gebildet, ein bestimmtes Gesundheitsverhalten zu beginnen bzw. ein Risikoverhalten zu unterbinden. Beeinflusst wird die Intentionsbildung durch drei kognitiv-affektive Variablen, nämlich Risikowahrnehmung, Handlungsergebniserwartungen sowie Selbstwirksamkeitserwartungen.

Ausgangspunkt der Motivation zur Verhaltensänderung bildet die *Wahrnehmung eines Risikos* (z. B. »Es besteht die Möglichkeit, dass ich einen weiteren Herzinfarkt bekommen könnte.«), das aus der Einschätzung der eigenen Anfälligkeit (Vulnerabilität) für eine Erkrankung und der Einschätzung des Schweregrades dieser Krankheit resultiert. Zu solchen Einschätzungen kommt es, wenn man beispielsweise neue Informationen erhält (z. B. ein Testresultat beim Arzt) oder bereits bekannte Risiken wieder in den Fokus der Aufmerksamkeit treten (z. B. durch Medienberichte). Die subjektiven Einschätzungen von Vulnerabilität und Schweregrad bestimmen das Ausmaß der wahrgenommenen Bedrohung.

Damit es zur Intentionsbildung für eine Verhaltensänderung kommt, müssen Personen zudem über *Handlungsergebniserwartungen* verfügen, d. h., sie müssen Verhaltensweisen kennen, die potentiell dazu in der Lage sind, gewünschte Ergebnisse zu erzielen und die Bedrohung zu reduzieren (z. B. »Wenn ich aufhöre zu rauchen, verringert sich die Wahrscheinlichkeit eines Herzinfarkts.«). Jedes infrage kommende Gesundheitsverhalten kann sowohl zu positiven (»Wenn ich aufhöre zu rauchen, bekomme ich besser Luft.«) als auch zu negativen (»Wenn ich aufhöre zu rauchen, nehme ich zu.«) Ergebniseinschätzungen führen. Diese erwarteten Vor- und Nachteile einer Verhaltensänderung werden in einem Abwägungsprozess gegenübergestellt. Handlungsergebniserwartungen beinhalten

also die Kenntnis effektiver Verhaltensweisen und sind laut Schwarzer die wichtigsten Überzeugungen im Motivationsprozess.

Letztlich müssen für die Bildung einer Verhaltensintention *Selbstwirksamkeitserwartungen* vorhanden sein: Personen müssen davon überzeugt sein, dass sie auch angesichts auftretender Schwierigkeiten ein bestimmtes Verhalten initiieren und durchführen können.

Es gibt eine Reihe von Studien, die den Einfluss dieser drei Variablen auf die Intentionsbildung nachweisen (Schwarzer, 2004). Weiterhin hat sich gezeigt, dass die Risikowahrnehmung und das Abwägen alternativer Handlungsziele insbesondere in den frühen Phasen des Motivationsprozesses bedeutend sind, während Selbstwirksamkeitserwartungen im gesamten Prozess eine wichtige Rolle spielen. Mit der Intentionsbildung ist die motivationale Phase abgeschlossen.

### Die Volitionsphase

In der volitionalen Phase findet die Umsetzung der Intention in gesundheitsbezogenes Handeln statt. Die Realisierung der Verhaltensänderung erfolgt dabei über eine Reihe aufeinander folgender Prozesse, nämlich Planung und Initiative (in der präaktionalen Phase), Handlungsausführung und Aufrechterhaltung (in der aktionalen Phase) sowie Wiederherstellung oder Disengagement bei Misserfolg (in der postaktionalen Phase).

In der *präaktionalen Phase* wird das beabsichtigte Verhalten zunächst vorbereitet und geplant. Dazu wird ein detaillierter Handlungsplan aufgestellt und ein konkreter Vorsatz gebildet, wann, wie und unter welchen Bedingungen das Verhalten realisiert werden soll. Angemessene Gelegenheiten, aber auch mögliche Schwierigkeiten werden hierbei mit konkreten Verhaltensregeln verknüpft, damit in der entsprechenden Situation weitgehend automatisch ge-

handelt werden kann. Diese verhaltensnahen Ausführungsintentionen sind notwendig, damit Personen ihre Ressourcen sinnvoll zum Einsatz bringen können. In dieser Phase sind wieder Selbstwirksamkeitserwartungen von Bedeutung, da es für die Detailplanung wesentlich ist, ob sich jemand wirklich zutraut, das Verhalten langfristig auszuführen.

In der *aktionalen Phase* wird das entsprechende Verhalten ausgeführt und aufrechterhalten. Während der Handlung(saktivierung) findet eine ständige Handlungsausführungskontrolle statt, die Handlung und Intention gegen konkurrierende Intentionen abschirmt. Metakognitive Durchhalteparolen (z. B. »Wenn ich jetzt aufhöre, war alles umsonst.«) und Abschirmtendenzen sorgen dafür, dass die Handlung nicht unterbrochen und die Aufmerksamkeit nicht auf andere Dinge gelenkt wird. Diese ständige Überwachung des Verhaltens ist so lange notwendig, bis es vollständig zur Gewohnheit geworden ist. Auch in dieser Phase spielen Selbstwirksamkeitserwartungen eine wichtige Rolle, da sie Anstrengung, Ausdauer und den Umgang mit Schwierigkeiten bei der Verhaltensänderung positiv beeinflussen.

In der *postaktionalen Phase* erfolgen eine Bewertung der ausgeführten Handlungen sowie die Zuschreibung von Ursachen für zu verzeichnende Erfolge bzw. Misserfolge. Je nach Attributionsmuster kann sich die Volitionsstärke erhöhen aber auch verringern. Werden misslungene Versuche beispielsweise auf die eigenen (mangelnden) Fähigkeiten zurückgeführt, so wirkt sich dies negativ auf die Volitionsstärke aus. Wird ein Misserfolg hingegen sehr ungünstigen äußeren Bedingungen zugeschrieben, kann dies weiteren Versu-

chen zuträglich sein. Umgekehrt müssen Erfolgserlebnisse nicht immer von Vorteil sein. Erfolg, der auf die eigenen Fähigkeiten zurückgeführt wird, fördert im Allgemeinen die Volitionsstärke und bestärkt zudem positive Selbstwirksamkeitserwartungen. Werden erfolgreiche Realisierungsversuche allerdings mit externen Ursachen begründet, dann kann dies weitere Versuche eher verhindern.

Das HAPA-Modell ist ein dynamisches Modell zur Beschreibung und Erklärung von gesundheitsbezogenem Verhalten. Es ist auf alle Gesundheitsverhaltensweisen anwendbar und versucht, die komplexen Mechanismen der Verhaltensänderung abzubilden. Es berücksichtigt in der motivationalen Phase alle Variablen, die sich in der Vergangenheit als bedeutsam für die Vorhersage von Verhalten bzw. Verhaltensintentionen erwiesen haben, und beschreibt zudem die Prozesse der Verhaltensregulation nach der Intentionsbildung. Die Konzentration auf die Verhaltensrealisierung stellt eine enorme Erweiterung vorhandener Modelle dar und bietet neue Ansatzpunkte für gezielte Interventionen. In verschiedenen Studien konnte gezeigt werden, dass für Personen ohne Motivation zur Verhaltensänderung vor allem Risiko- und Ressourcenkommunikation zur Förderung einer Intentionsbildung nützlich sind, während Personen, die bereits eine Intention zur Verhaltensänderung ausgebildet haben, am ehesten von Interventionen profitieren, die auf die Handlungsplanung abzielen. Für Personen in der Volitionsphase hingegen sind Interventionen hilfreich, die Hinweise zum Umgang mit Barrieren und Rückfällen beinhalten (vgl. Schwarzer, Lippke & Ziegelmann, 2008).

## 20.3 Stressbewältigungstrainings als Beispiel psychologischer Gesundheitsförderung

Stress und die damit verbundenen emotionalen, physiologischen und verhaltensbezogenen Reaktionen können bei unzureichender Bewältigungskompetenz das psychische Wohlbefinden und die körperliche Gesundheit beeinträchtigen. Die Verbesserung von Fähigkeiten zur effektiven Stressbewältigung durch die Vermittlung eines breiten Spektrums an Bewältigungsstrategien im Rahmen von Stressbewältigungstrainings dient daher ganz wesentlich der primären Prävention und Gesundheitsförderung.

### Exkurs: Stress und Stressbewältigung

Der Begriff »Stress« ist längst in den alltäglichen Sprachgebrauch übergegangen und wird dort häufig, aber sehr uneinheitlich verwendet. Zum einen ist er Ausdruck von erlebten emotionalen, psychischen oder physischen Zuständen (»Ich bin völlig gestresst.«) und zum anderen dient er der Charakterisierung von Situationen oder Anforderungen an die eigene Person (»Das war der pure Stress.«).

Auch im wissenschaftlichen Kontext hat Stress in den verschiedenen Fachgebieten (Biologie, Psychologie, Medizin usw.) jeweils eine etwas andere Bedeutung, indem verschiedene Aspekte des Konstrukts betont werden. In der psychologischen Forschung liegen zumindest drei unterschiedliche Stresskonzeptionen vor (Überblick: Kaluza & Vögele, 1999; Kaluza, 2003):

#### Reaktionsbezogene Stresskonzeption

Im Reaktionsansatz wird unter Stress eine allgemeine physiologische Reaktion des Organismus auf belastende Reize (z. B. Lärm) oder Umwelтанforderungen verstan-

den. Die physiologische Stressreaktion ist insbesondere durch die Aktivierung der Hypophysen-Hypothalamus-Nebennieren-Achse gekennzeichnet, was zu einer erhöhten Ausschüttung von Katecholaminen (Adrenalin, Noradrenalin) und Corticosteroiden (Cortisol) führt. Selye (1950) beschreibt die Stressreaktion als einen universellen Abwehrmechanismus zur Bereitstellung von Energie, der nach einem festgelegten Muster abläuft und – sollte der stressauslösende Stimulus lange genug andauern – von einer Alarmreaktion über eine Widerstandsphase bis hin zur Erschöpfungsphase führen kann.

#### Situationsbezogene Stresskonzeption

Im Situationsansatz bezieht sich der Stressbegriff auf externe Reize, Anforderungen und Umweltgegebenheiten, die durch ihr Auftreten eine starke Belastung darstellen und vom Individuum eine erhebliche Neuanpassung an die Situation verlangen. Diese so genannten »Stressoren« zeichnen sich vor allem durch eine hohe Intensität, Neuartigkeit, Unvorhersehbarkeit und Unkontrollierbarkeit aus. Es hat sich gezeigt, dass sich die Konfrontation mit einer Vielzahl von Stressoren, seien es kritische Lebensereignisse (z. B. Tod des Partners oder Verlust des Arbeitsplatzes) oder alltägliche Belastungen (»daily hassles«; z. B. finanzielle Schwierigkeiten oder Gewichtsprobleme), negativ auf die psychische und physische Gesundheit auswirkt (z. B. Lu, 1991; Tosevski & Milovancevic, 2006).

#### Relationale Stresskonzeption

In der Gesundheitspsychologie dominiert spätestens seit Ende der 1970er Jahre die transaktionale Sichtweise, die von einer

Wechselwirkung von Person und Situation bei der Stressentstehung ausgeht. Lazarus (1966; Lazarus & Folkman, 1984) postu-

liert, dass Stress das Ergebnis von subjektiven Einschätzungen und Bewertungsprozessen ist (s. Abb. 20.2).

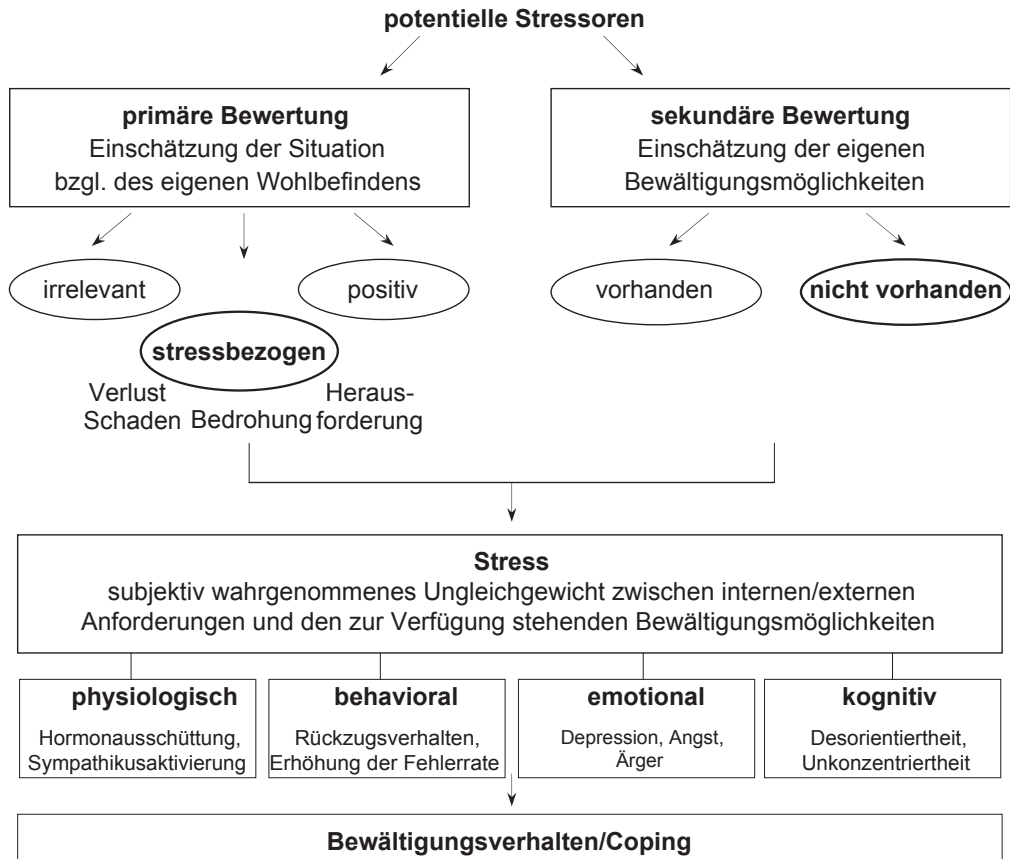


Abb. 20.2: Transaktionales Stressmodell

In der *primären Bewertung* wird ein Ereignis in Bezug auf das eigene Wohlbefinden eingeschätzt. Eine Situation kann entweder als irrelevant, angenehm-positiv oder stressbezogen angesehen werden. Dabei kann sich die stressbezogene Einschätzung auf einen eingetretenen Schaden oder Verlust, eine Bedrohung oder aber Herausforderung, d. h. einen potentiellen Zugewinn, beziehen. Die *sekundäre Bewertung* beinhaltet die Einschätzung der eigenen Bewäl-

tigungsmöglichkeiten und das Vorhandensein nötiger Bewältigungskompetenzen. Von einer stressbezogenen Bewertung spricht man, wenn die notwendigen Kompetenzen und Ressourcen zur Bewältigung der Anforderungen als nicht vorhanden bzw. nicht ausreichend eingeschätzt werden. Stress ist demnach durch ein subjektiv wahrgenommenes Ungleichgewicht zwischen internen und/oder externen Anforderungen und den zur Verfügung stehenden

Bewältigungsmöglichkeiten gekennzeichnet. Diese Wahrnehmung wird durch objektive Merkmale der Situation, aber auch durch Personenmerkmale beeinflusst, wie z. B. Ziele und eigene Kompetenzen. Diese relationale Stressauffassung impliziert, dass eine Situation nicht per se eine Belastung darstellt, sondern nur dann, wenn vorhandene Ressourcen als nicht ausreichend eingeschätzt werden. Stress manifestiert sich in physiologischen, emotionalen, behavioralen sowie kognitiven Reaktionen (s. Abb. 20.2).

Primäre und sekundäre Bewertung laufen nicht nacheinander ab, wie man aus der Bezeichnung schließen könnte, sondern sind als sich gegenseitig beeinflussende Prozesse konzipiert. Zudem kann es aufgrund von neuen Informationen über die Situation oder Rückmeldungen über die Wirkung von Bewältigungsversuchen zu einer *Neubewertung* von Situationen und/oder Bewältigungsmöglichkeiten kommen. Diese Neubewertungen stellen einen Rückkopplungsprozess dar, der zu einer veränderten Stresswahrnehmung führen kann. Beispielsweise könnte die Wahrnehmung eines Erfolgs bei der Stressbewältigung zu der Einschätzung führen, dass anscheinend doch Kompetenzen vorhanden sind, was wiederum das Ausmaß an erlebtem Stress reduziert.

Unter *Stressbewältigung* (coping) versteht man alle kognitiven und verhaltensbezogenen Anstrengungen, mit den als die eigenen Fähigkeiten stark beanspruchend oder gar übersteigend bewerteten Anforderungen umzugehen, d. h. diese zu beseitigen, zu reduzieren oder zu tolerieren (Lazarus & Folkman, 1984). Bei den kognitiven Bewältigungsformen handelt es sich um intrapsychische Prozesse der Wahrnehmung und Interpretation wie beispielsweise Bagatellisierung, positive Umdeutung und Selbstbeschuldigung. Die verhaltensbezogenen Bewältigungsformen beinhalten aktive, direkt beobachtbare Verhaltenswei-

sen wie problemlösendes Handeln, die Suche nach sozialer Unterstützung und Entspannung. Generell können Bewältigungsmaßnahmen zwei Funktionen erfüllen: Die *problemorientierte Bewältigung* bezieht sich auf die direkte Veränderung der stresshaften Konstellation, indem die Situation selbst oder aber eigene Merkmale (Einstellungen, Ziele, Werte) verändert werden. Im Gegensatz dazu beinhaltet die *emotionsorientierte Bewältigung* alle Versuche, stressbegleitende Emotionen, wie Angst, Ärger oder Schuld, zu regulieren bzw. zu minimieren. Demnach umfasst Bewältigung also nicht nur Verhaltensweisen, die eine aktive Auseinandersetzung mit der Belastungssituation zum Inhalt haben, sondern auch passive Reaktionen, die auf das Ertragen oder Verleugnen der Situation gerichtet sind.

### 20.3.1 Stressbewältigungstrainings

Stressbewältigungstrainings kommen in verschiedenen Bereichen mit dem Ziel der allgemeinen Gesundheitsförderung sowie der primären Prävention stressbezogener Gesundheitsrisiken zur Anwendung. Einerseits gibt es unspezifische Programme zur Förderung allgemeiner Bewältigungskompetenzen für den Umgang mit beruflichen und privaten Belastungssituationen. Andererseits gibt es Programme, die speziell auf die spezifischen Problemsituationen und Anforderungen bestimmter Personengruppen zugeschnitten sind. So sind zum Beispiel primär präventive Stressbewältigungstrainings für verschiedene Berufsgruppen (Lehrer, Polizisten, Krankenschwestern) und für Gruppen mit besonderen Belastungen (pflegende Angehörige, Opfer von Gewalttaten) entwickelt worden. Weiterhin werden Stresspräventionsprogramme zur sekundären und tertiären Prävention bei verschiedenen Patientengruppen (Schmerz-

patienten, Krebspatienten) zur Vorbeugung von Chronifizierungen und Rückfällen sowie zur Verbesserung der Krankheitsverarbeitung eingesetzt (vgl. Kaluza, 2002).

Ausgehend vom transaktionalen Stresskonzept (s. Abb. 20.2) greifen Stressbewältigungstrainings an drei verschiedenen Ansatzpunkten in das Stressgeschehen ein (Kaluza, 2002, 2003):

Den ersten Ansatzpunkt stellen die *potentiellen Stressoren* dar. Ziel ist die Reduktion und/oder Vermeidung von belastenden Situationen durch die Vermittlung von instrumentellen Bewältigungskompetenzen zur selbstständigen Lösung von Problemen und zur aktiven Veränderung von Umweltgegebenheiten. Hier kommen vor allem Trainings zum Einsatz, die auf den Aufbau von Selbstmanagementkompetenzen und die Förderung sozial-kommunikativer Fähigkeiten abzielen, indem sie vor allem problembezogene Bewältigungsstrategien wie systematisches Problemlösen, Arbeitsorganisation, Zeitplanung, Nein-Sagen-Können und Suche nach sozialer Unterstützung verbessern.

Der zweite Ansatzpunkt sind die *stressinduzierenden Kognitionen*. Ziel ist es, das wahrgenommene Ungleichgewicht zwischen Anforderungen und Ressourcen entweder durch eine Verringerung der wahrgenommenen Anforderungen und/oder durch die Erhöhung der wahrgenommenen Ressourcen aufzulösen oder umzukehren. Mithilfe von kognitiven Interventionsmethoden wie der kognitiven Umstrukturierung oder des Selbstinstruktionstrainings sollen stressauslösende Einschätzungen aufgedeckt, kritisch hinterfragt und in stressvermindernde Einschätzungen (»Das ist alles nicht so

schlimm.« und »Das bekomme ich schon hin.«) umgewandelt werden. Entscheidend ist dabei, dass die kognitiven Interventionsmethoden nur dann langfristig Erfolg haben, wenn sie mit einer tatsächlichen Erhöhung der Bewältigungskompetenz einhergehen.

Den dritten Ansatzpunkt bilden die *psychophysiologischen Stressreaktionen*, die langfristig zu Erschöpfung und Krankheit führen können. Ziel ist hier vor allem die Reduktion emotionaler und körperlicher Erregung durch die Vermittlung sogenannter palliativer Bewältigungsstrategien. Im Mittelpunkt steht dabei das Training von Entspannungstechniken (z. B. Progressive Muskelentspannung, Autogenes Training), die Erhöhung der Genussfähigkeit, die Förderung körperlicher Aktivität sowie der Aufbau einer erholsamen Freizeitgestaltung.

Am weitesten verbreitet sind multimodale Stressbewältigungsprogramme, in denen die Interventionsmethoden zu den verschiedenen Ansatzpunkten integriert werden und die dementsprechend mehrere kognitive und verhaltensbezogene Komponenten beinhalten. Ziel dieser zumeist an der kognitiven Verhaltenstherapie orientierten Trainingsprogramme ist der Aufbau eines flexibel einsetzbaren Repertoires an kognitiven und verhaltensbezogenen Bewältigungsstrategien. Die Durchführung von Stressbewältigungsprogrammen erfolgt zumeist in Kleingruppen über einen Zeitraum von mehreren Wochen mit regelmäßigen Trainingssitzungen. Beispiele für unspezifische, weit verbreitete Trainingsprogramme sind das »Stressimpfungstraining« von Meichenbaum (1991) und das Programm »Gelassen und sicher im Stress« von Kaluza (2004).

## Zusammenfassung

Gegenstand der Gesundheitspsychologie sind der Erhalt von Gesundheit und die Vermeidung von Erkrankungen. Sie beschäftigt sich mit emotionalen, kognitiven, motivationalen und verhaltensbezogenen Prozessen, die im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit stehen. Kenntnisse gesundheitspsychologischer Forschung sind in allen Berufsfeldern, in denen es um die Verminderung von gesundheitlichem Risikoverhalten, die Steigerung von Lebensqualität und die Änderung gesundheitsgefährdender Umwelten geht, von Bedeutung und kommen in spezifischen Programmen zur Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Rehabilitation zur Anwendung. Gesundheitspolitisch haben in den letzten Jahren insbesondere Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention an Bedeutung gewonnen. Ausdruck dieser Entwicklung

sind beispielsweise die von Krankenkassen zunehmend angebotenen Programme zur Förderung einer gesundheitsbewussten Lebensweise (z. B. Stressbewältigungstrainings und Kurse zur richtigen Ernährung) sowie die Einführung von Bonusprogrammen, mit denen gesundheitsbewusstes Verhalten, wie regelmäßige sportliche Aktivität, Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen oder Nichtrauchen, finanziell belohnt wird. Ein generelles Ziel gesundheitspolitischer Bemühungen ist die Verankerung von Gesundheitsförderung und Prävention im direkten Lebensumfeld der Menschen sowie die Stärkung der Eigeninitiative und Eigenverantwortung für eine gesundheitsbewusste Lebensweise. Diese gesundheitspolitischen Entwicklungen unterstreichen die hohe Relevanz der Gesundheitspsychologie.

## Denkanstöße

1. Welche Wirkmechanismen zwischen Persönlichkeit und Gesundheit werden diskutiert?
2. Was sind entscheidende Determinanten des Gesundheitsverhaltens?
3. Wodurch zeichnet sich effektive Stressbewältigung aus?

## Empfehlungen zum Weiterlesen

- Cameron, L. D. & Leventhal, H. (Eds.). (2003). *The self-regulation of health and illness behavior*. New York: Routledge.
- Morrison, V. & Bennett, P. (2009). *An introduction to health psychology*. London: Pearson Prentice Hall.
- Schwarzer, R. (2004). *Lehrbuch der Gesundheitspsychologie*. (3., überarbeitete und erweiterte Auflage). Göttingen: Hogrefe.

## Weitere Informationen

- Fachgruppe Gesundheitspsychologie in der Deutschen Gesellschaft für Psychologie:  
<http://www.gesundheitspsychologie.net>
- Europäische Gesellschaft für Gesundheitspsychologie (EHPS):  
<http://www.ehps.net>

## Literatur

- Ajzen, I. & Madden, T. J. (1986). Prediction of goal-directed behavior: Attitudes, intentions, and perceived behavioral control. *Journal of Experimental Social Psychology*, 22, 453–474.
- Armitage, C. J. & Conner, M. (2000). Social cognition models and health behaviour: A structured review. *Psychology & Health*, 15, 173–189.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman.
- Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American Psychologist*, 59, 676–684.
- Gollwitzer, P. M. (1999). Implementation intentions: Strong effects of simple plans. *American Psychologist*, 54, 493–503.
- Harrison, J. A., Mullen, P. D. & Green, L. W. (1992). A meta-analysis of studies of the health belief model. *Health Education Research*, 7, 107–116.
- Heckhausen, H. (1989). *Motivation und Handeln*. Berlin: Springer.
- Jerusalem, M. & Weber, H. (Hrsg.). (2003). *Psychologische Gesundheitsförderung. Diagnostik und Prävention*. Göttingen: Hogrefe.
- Kaluza, G. (2002). Stressmanagementprogramm. In R. Schwarzer, M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie von A bis Z* (S. 578–581). Göttingen: Hogrefe.
- Kaluza, G. (2003). Stress. In M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.), *Psychologische Gesundheitsförderung. Diagnostik und Prävention* (S. 339–361). Göttingen: Hogrefe.
- Kaluza, G. (2004). *Stressbewältigung: Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung*. Berlin: Springer.
- Kaluza, G. & Vögele, C. (1999). Streß und Streßbewältigung. In H. Flor, N. Birbaumer & K. Hahlweg (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie. Grundlagen der Verhaltensmedizin* (S. 331–385). Göttingen: Hogrefe.
- Keller, S., Velicer, W. F. & Prochaska, J. O. (1999). Das Transtheoretische Modell – Eine Übersicht. In S. Keller (Hrsg.), *Motivation zur Verhaltensänderung. Das Transtheoretische Modell in Forschung und Praxis* (S. 17–44). Freiburg: Lambertus.
- Kiecolt-Glaser, J. K., McGuire, L., Robles, T. F. & Glaser, R. (2002). Emotions, morbidity, and mortality: New perspectives from psychoneuroimmunology. *Annual Review of Psychology*, 53, 83–107.
- Krantz, D. S. & McCeney, M. K. (2002). Effects of psychological and social factors on organic disease: A critical assessment of research on coronary heart disease. *Annual Review of Psychology*, 53, 341–369.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.



- Lu, L. (1991). Daily hassles and mental health: A longitudinal study. *British Journal of Psychology*, 82, 441–447.
- Meichenbaum, D. (1991). *Intervention bei Stress. Anwendung und Wirkung des Stressimpfungstrainings*. Bern: Huber.
- Mittag, O. (1999). Feindseligkeit als koronarer Risikofaktor: Zum gegenwärtigen Forschungsstand. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 7, 53–66.
- Myrtek, M. (1998). *Gesunde Kranke – kranke Gesunde*. Bern: Huber.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390–395.
- Rasmussen, H. N., Scheier, M. F. & Greenhouse, J. B. (2009). Optimism and physical health: A meta-analytic review. *Annals of Behavioral Medicine*, 37, 239–256.
- Richman, L. S., Kubzansky, L., Maselko, J., Kawachi, I., Choo, P. & Bauer, M. (2005). Positive emotion and health: Going beyond the negative. *Health Psychology*, 24, 422–429.
- Roberts, B. W., Walton, K. E. & Bogg, T. (2005). Conscientiousness and health across the life course. *Review of General Psychology*, 9, 156–168.
- Scheier, M. F. & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219–247.
- Scheier, M. F., Carver, C. S. & Bridges, M. W. (2001). Optimism, pessimism, and psychological well-being. In E. C. Chang (Ed.), *Optimism & pessimism: Implications for theory, research, and practice* (pp. 189–216). Washington: American Psychological Association.
- Schwarzer, R. (2004). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens: Einführung in die Gesundheitspsychologie* (3. Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R., Jerusalem, M. & Weber, H. (Hrsg.). (2002). *Gesundheitspsychologie von A bis Z: Ein Handwörterbuch*. Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R., Lippke, S. & Ziegelmann, J. P. (2008). Health action process approach: A research agenda at the Freie Universität Berlin to examine and promote health behavior change. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 16, 157–160.
- Segerstrom, S. C. (2006). How does optimism suppress immunity? Evaluation of three affective pathways. *Health Psychology*, 25, 653–657.
- Selye, H. (1950). *The physiology and pathology of exposure to stress*. Oxford: Acta, Inc.
- Suls, J. & Bunde, J. (2005). Anger, anxiety, and depression as risk factors for cardiovascular disease: The problems and implications of overlapping affective dispositions. *Psychological Bulletin*, 131, 260–300.
- Tosevski, D. L. & Milovancevic, M. P. (2006). Stressful life events and physical health. *Current Opinion in Psychiatry*, 19, 184–189.
- Vollrath, M. E. (2006). *Handbook of personality and health*. New York: John Wiley & Sons Ltd.
- Weber, H. (2005). Persönlichkeit und Gesundheit. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie. Gesundheitspsychologie* (S. 129–147). Göttingen: Hogrefe.
- Whiteman, M. C., Fowkes, F. G. R., Deary, I. J. & Lee, A. J. (1997). Hostility, cigarette smoking and alcohol consumption in the general population. *Social Science & Medicine*, 44, 1089–1096.