

Gesundheitspsychologie

Britta Renner, Ralf Schwarzer

1 Gegenstände der Gesundheitspsychologie

Die Gesundheitspsychologie ist ein vergleichsweise neues, expandierendes Teilgebiet der Psychologie. Erstmals als Fach etabliert wurde die Gesundheitspsychologie 1978, als innerhalb der *American Psychological Association (APA)* eine *Division of Health Psychology* gegründet wurde (URL: <http://www.health-psych.org>). Rund acht Jahre später wurde die *European Health Psychology Society (EHPS)* gegründet (URL: <http://www.ehps.net>). Die *Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs)* hat 1992 die Fachgruppe Gesundheitspsychologie eingerichtet (URL: <http://www.gesundheitspsychologie.net>).

Bishop (1994) schlägt eine sehr breite Definition von Gesundheitspsychologie vor. Danach handelt es sich um ein Teilgebiet der Psychologie, welches sich mit der dynamischen Beziehung zwischen Verhalten, psychischen Zuständen und der körperlichen Gesundheit beschäftigt. Damit liegt der Fokus der Gesundheitspsychologie auf dem körperlichen Befinden und es wird dadurch ein weites Spektrum menschlichen Verhaltens und Erlebens angesprochen. *Bishop* (1994) thematisiert vier Perspektiven der Gesundheitspsychologie:

Förderung und Erhaltung von Gesundheit:

Das Augenmerk liegt hier auf der Frage, wie das Gesundheits- bzw. Risikoverhalten von Menschen, die noch nicht erkrankt sind, beeinflusst werden kann.

Prävention und Behandlung von Krankheiten:

Hier steht neben der Förderung von gesundem Verhalten die Frage im Vordergrund, welche Bedingungen eine konstruktive Bewältigung von gesundheitlichen Bedrohungen ermöglichen.

Identifikation von psychischen Faktoren, die zur Entstehung von Krankheiten beitragen:

Erforscht wird auch die Rolle von psychischen und sozialen Faktoren für die Genese von Krankheiten. Zahlreiche Studien haben gezeigt, daß Streß und mangelnde soziale Unterstützung zu Erkrankungen führen können.

Einfluß der Interaktion zwischen Gesundheitssystem und Patient auf das individuelle Gesundheitsverhalten:

Analysiert wird hier, wie beispielsweise die Bereitschaft, medizinischen Anweisungen zu folgen, oder die Genesungsrate davon beeinflusst wird, wie Arzt und Patient miteinander interagieren.

Schwarzer (1997) spricht bei der Definition des Faches noch weitere Facetten an, indem er auch die Rehabilitation, die Bestimmung von Risikoverhaltensweisen und die Verbesserung des Systems gesundheitlicher Versorgung berücksichtigt. Abbildung 1 stellt diese Definition zusammenfassend dar, wobei Teilaspekte, die über die Begriffsbestimmung von *Bishop* (1994) hinausgehen, grau unterlegt sind.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, daß die Gesundheitspsychologie sich mit den Entstehungsbedingungen und der Prävention von gesundheitlichen Störungen und Risikofaktoren befaßt, sowie mit Determinanten des Krankheitsbewältigungs- und Genesungsprozesses.

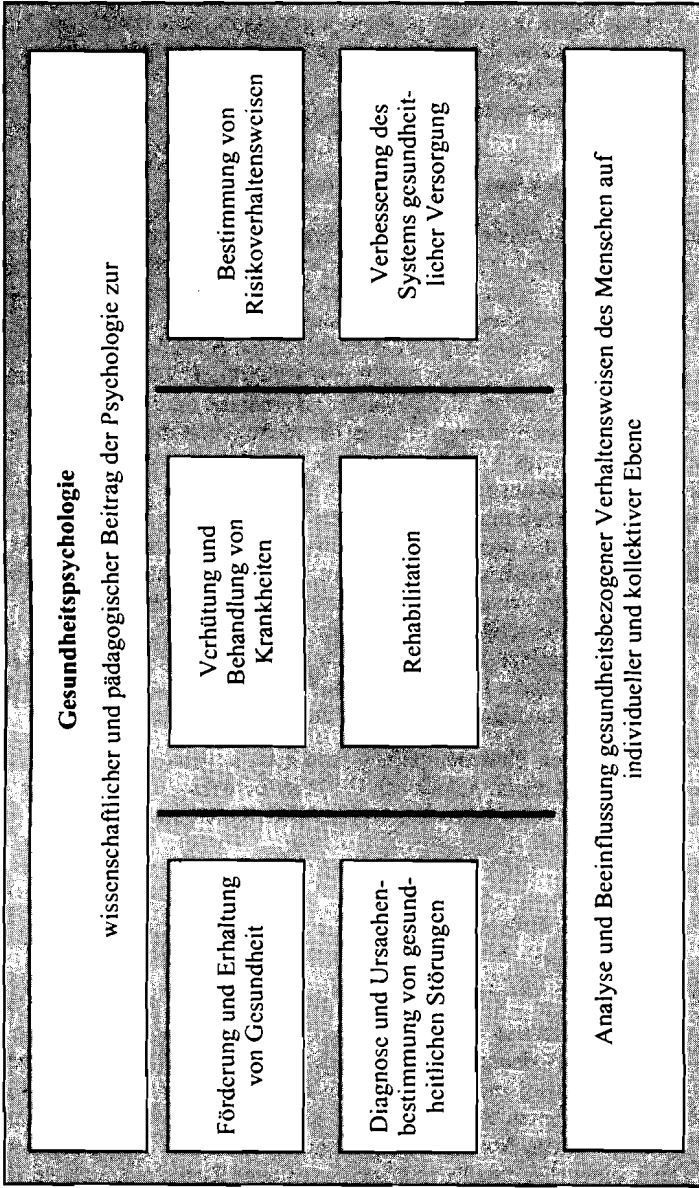
2 Anwendungsbereiche der Gesundheitspsychologie

Die *primäre* Prävention ist darauf ausgerichtet, bei gesunden Menschen entweder Risikoverhaltensweisen (z.B. Rauchen) zu verringern und gesundes Verhalten (z.B. sportliche Aktivität) zu fördern, oder darauf, die Entwicklung von Risikoverhaltensweisen von vornherein zu verhindern. Ziel ist es, das Auftreten von Krankheiten zu verhüten. Die *sekundäre* Prävention hingegen soll die Progression einer bereits bestehenden Erkrankung verhindern, indem bereits möglichst früh erste Krankheitsanzeichen erkannt und behandelt werden. Die *tertiäre* Prävention umfaßt kurative und rehabilitierende Maßnahmen. Die Gesundheitspsychologie kann zu allen drei Präventionsbereichen wertvolle Beiträge leisten. Um eine Systematisierung der gesundheitspsychologischen Anwendungsbereiche zu erleichtern, ist es hilfreich, zwischen *Gesundheitsverhalten*, das in erster Linie dem Bereich der primären Prävention zugeordnet werden kann, und *Krankheitsverhalten*, das dem Bereich der sekundären und tertiären Prävention zuzuordnen ist, zu unterscheiden.

2.1 Gesundheit und Verhalten

Was veranlaßt Menschen dazu, Risikoverhaltensweisen aufrechtzuerhalten oder Gesundheitsverhaltensweisen aufzubauen? Die Bedingungen gesundheitlich bedeutsamen Verhaltens stellen einen der zentralen Gegenstände der Gesundheitspsychologie dar. Dazu gehören die Wahrnehmung einer Bedrohung, Er

Abb. 1: Definition des Gegenstands der Gesundheitspsychologie nach Schwarzer (1997)



wartungen hinsichtlich der eigenen Bewältigungskompetenz und der Handlungskonsequenzen sowie die Bildung einer Verhaltensintention (siehe auch Renner, Schwarzer im Druck).

2.1.1 Ein Prozeßmodell des Gesundheitsverhaltens

Zur theoretischen Erklärung des Gesundheitsverhaltens ist es sinnvoll, zwischen der Motivations- und der Volitionsphase zu unterscheiden (Renner, Schwarzer im Druck; Schwarzer, Renner 2000). In der *Motivationsphase* geht es darum, zwischen verschiedenen alternativen Handlungszielen zu wählen und eine Bereitschaft zur Handlungsänderung zu entwickeln. Eine gesündere Lebensführung kann auf ganz unterschiedliche Art und Weise verwirklicht werden. So kann die Person sich dafür entscheiden, sich gesünder zu ernähren oder mit dem Rauchen aufzuhören. Diese Entscheidungssituation hat nicht selten den Charakter eines Dilemmas, denn riskantes Verhalten wie z.B. Rauchen hat neben den gesundheitsschädigenden Wirkungen auch positive Konsequenzen, die das Verhalten verstärken. Dieser Prozeß mündet in einer Zielintention (z.B. „Ich will mit dem Rauchen aufhören“), die diesen Entscheidungskonflikt vorerst beendet. In der anschließenden *Volitionsphase* geht es darum, diese Zielintention zu realisieren. Hier können wiederum verschiedene Barrieren und Widerstände auftreten, die eine erfolgreiche Umsetzung verhindern oder erschweren. Nachdem das Verhalten in die Tat umgesetzt wurde, stellt sich die Schwierigkeit der *Aufrechterhaltung* gegen Widerstände. Dies ist insbesondere bei Verhaltensweisen kritisch, die eine regelmäßige Ausführung erfordern, um wirksam zu sein.

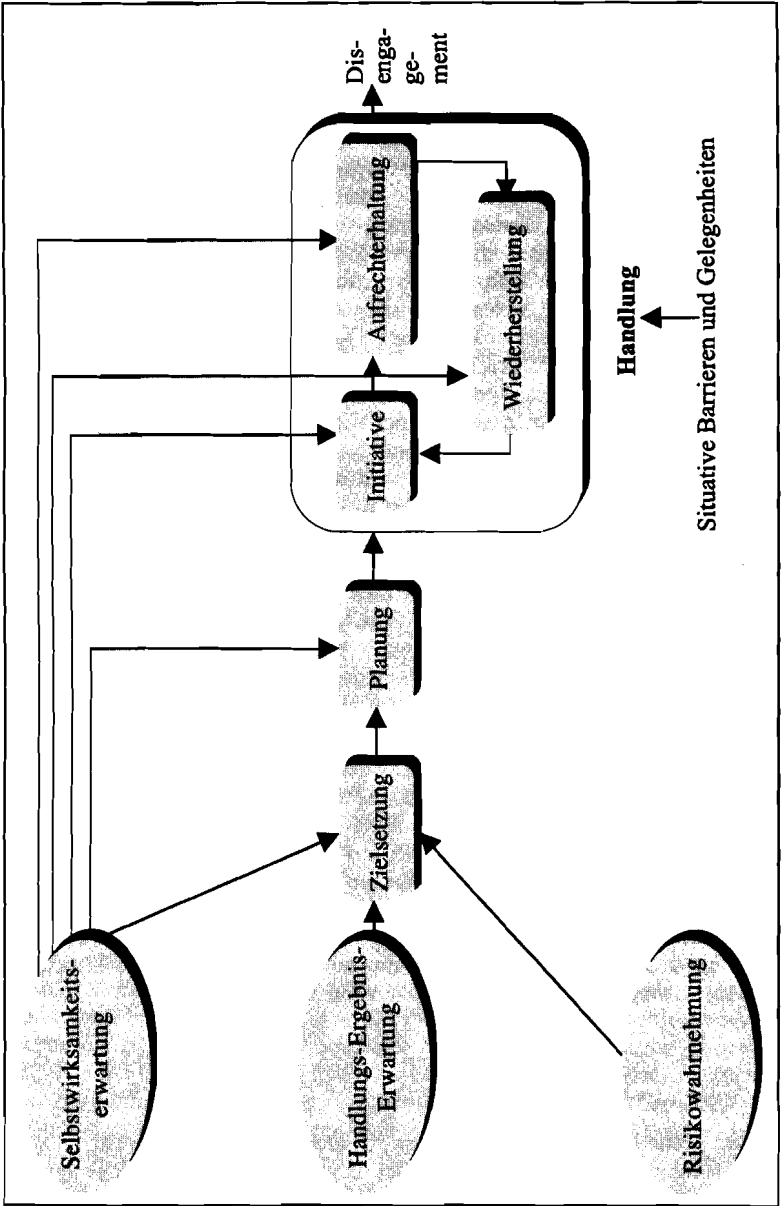
Neben dieser zeitlichen Phaseneinteilung sind auch situative Faktoren wie soziale Unterstützung (Leppin, Schwarzer 1997) zu berücksichtigen. Das Prozeßmodell soll nun etwas näher betrachtet werden (vgl. Abbildung 2).

2.1.2 Die Motivation zum Gesundheitsverhalten

Risikowahrnehmung

Die bewußte Wahrnehmung eines gesundheitlichen Risikos ist für den motivationalen Prozeß von Bedeutung. Diese Einschätzung der eigenen Verwundbarkeit (Vulnerabilität) wird meist anhand von Fragen operationalisiert wie „Für wie wahrscheinlich halten Sie es, daß Sie einmal an Lungenkrebs erkranken werden?“. Ferner ist das Ausmaß des wahrgenommenen Schweregrads der Erkrankung ausschlaggebend dafür, wie hoch das eigene Risiko eingeschätzt wird.

Abb. 2: Sozial-kognitives Prozessmodell des Gesundheitsverhaltens von Schwarzer (1996)



Es liegt auf der Hand, daß Erkrankungen, denen eine hohe Auftretenswahrscheinlichkeit, jedoch gleichzeitig nur ein geringer Schweregrad (z.B. Erkältung) zugeschrieben wird, nur zu einer geringen Risikowahrnehmung führen. Die Motivation zu einer Verhaltensänderung dürfte demnach nur gering ausgeprägt sein. Generell stellt sich in diesem Zusammenhang das Problem, daß das eigene Risiko häufig als zu gering oder zu optimistisch eingeschätzt wird (vgl. dazu Renner, Schwarzer 2000; im Druck; Schwarzer, Renner 1997). Weinstein (1980) bezeichnete die Tendenz, das eigene Risiko als unterdurchschnittlich zu bewerten, als optimistischen Fehlschluß. Selbst Menschen, die sehr gut über eine Gesundheitsgefahr informiert sind, unterliegen dem unrealistischen Optimismus. So erkennen Raucher in gleicher Weise wie Nichtraucher, daß Rauchen zu schweren Gesundheitsschäden führt. Dennoch halten sie das Lungenkrebsrisiko eines anderen Rauchers, der genauso viel und genauso lange raucht wie sie selbst, für höher als das eigene Risiko (Hahn, Renner 1998). Einen ähnlichen Effekt berichten Renner, Knoll und Schwarzer (2000). Sie stellten fest, daß mit zunehmendem Alter der eigene Gesundheitszustand ungünstiger bewertet und ein höheres Herzinfarktrisiko für sich selbst angenommen wird. Dies zeigt, daß Risikoeinschätzungen durchaus in der Realität verankert sind. Dennoch konnte ein optimistischer Fehlschluß nachgewiesen werden, denn sowohl die jüngeren als auch die älteren Befragten hielten ihr Risiko im Vergleich zu Personen ihrer eigenen Altersgruppe für deutlich geringer. Ein Risiko zu erkennen, heißt demnach nicht zwangsläufig, daß man sich selbst als gefährdet einschätzt.

Handlungsergebnis-Erwartungen

Allgemein sind Handlungsergebnis-Erwartungen (outcome expectancies) subjektive Vorstellungen über die Konsequenzen einer Handlung (Bandura 1997; 2000). Operationalisiert werden sie durch Aussagen der folgenden Art: „Wenn ich regelmäßig sportlich aktiv wäre, dann wäre ich weniger anfällig für Krankheiten“. Handlungsergebnis-Erwartungen (Konsequenzerwartungen) entsprechen damit Kontingenzwissen, das durch eine systematische Gesundheitsaufklärung vermittelt werden kann. Allerdings sind auch sie, wie die Wahrnehmung einer gesundheitlichen Gefährdung, nur notwendige, aber keine hinreichenden Voraussetzungen, um sich gesünder zu verhalten.

Selbstwirksamkeitserwartungen

Damit gesundheitsbezogene Vorsätze gebildet werden, muß die Person auch davon überzeugt sein, daß sie tatsächlich in der Lage ist, diese schwierigen Gesundheitshandlungen auch erfolgreich ausführen zu können. Die Überzeugungen von persönlichen Handlungskompetenzen werden auch als Selbstwirksamkeits-

erwartungen (perceived self-efficacy) bezeichnet (Bandura 1997; 2000). Darin kommt die Überzeugung zum Ausdruck, auch angesichts von Barrieren gesundheitsbezogene Handlungen ausführen zu können. Ein Beispiel für eine Operationalisierung wäre „Ich bin sicher, daß ich mich auch dann fettarm ernähren kann, wenn meine Familie ihre fettreiche Ernährung beibehält“.

Eine optimistische Einschätzung der eigenen Handlungskompetenzen angesichts von Barrieren wird auch als funktionaler Optimismus bezeichnet (Renner, Schwarzer im Druck; Schwarzer 1994; Schwarzer, Renner 1997), der die Intentionbildung und Handlungsausführung begünstigt. Die Analyse der wahrgenommenen Selbstwirksamkeit gibt Hinweise für die Gestaltung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen.

Die Motivationsphase umfaßt demnach drei Komponenten, die gemeinsam maßgebend für die Bildung einer Zielintention sind:

- die Risikowahrnehmung,
- die Handlungsergebnis-Erwartung und
- die Selbstwirksamkeitserwartung.

Hier stellt sich die Frage, wie diese drei Einflußgrößen ineinander wirken. Die Risikowahrnehmung löst zu Beginn eine Suche nach Informationen und die Bewertung von Handlungen und deren Ergebnisse aus. Diese Ergebniserwartungen können einer Verhaltensänderung abträglich („Wenn ich mich fettarm ernähre, schmeckt mir das Essen nicht mehr so gut“) oder förderlich sein („Wenn ich mich fettarm ernähre, dann werde ich mein Herz-Kreislauf-Risiko verringern“). Letztlich müssen Risikowahrnehmungen und Ergebniserwartungen von einer ausreichenden Selbstwirksamkeitserwartung unterstützt werden, damit auch wirklich eine Zielintention ausgeprägt wird. Anhand einer längsschnittlichen Feldstudie (Berlin Risk Appraisal and Health Motivation Study, BRAHMS) wurde die Wirkung einer Risikokommunikation auf Gesundheitsverhalten untersucht (Renner, Hahn 1998). Personen mit einem Risiko (erhöhter Cholesterinwert) waren stärker motiviert, eine gesündere Lebensweise anzustreben und setzten diese häufiger in die Tat um als Personen ohne Risiko (normaler Cholesterinwert) oder Personen aus der Kontrollgruppe. Neben diesem Effekt der Risikokommunikation kam jedoch auch der Selbstwirksamkeitserwartung Bedeutung zu. Die Risikomitteilung wurde insbesondere dann konstruktiv wirksam, wenn die eigene Handlungskompetenz hoch eingeschätzt wurde. Schwarzer und Fuchs (1996) haben anhand von Längsschnittuntersuchungen zeigen können, daß die Intention, sich künftig gesünder zu ernähren, in erster Linie von den Handlungsergebnis-Erwartungen determiniert wird. Die Selbstwirksamkeitserwartung war der zweitstärkste und die Risikowahrnehmung der drittstärkste Prädiktor (siehe auch Schwarzer, Renner 2000). Diese Untersuchungen bie-

ten allerdings nur vorläufige Hinweise auf die kausale Ordnung der drei Merkmale im Motivationsprozeß.

2.1.3 Von der Intention zur Handlung

„Der Geist ist willig, aber das Fleisch ist schwach“ charakterisiert sehr gut die Lage von Personen, die die Motivationsphase erfolgreich mit einer Verhaltensintention abgeschlossen haben, dann aber auf der Stelle treten und die Umsetzung in aktives Gesundheitshandeln zögerlich vor sich herschieben. Diese zweite Phase wird als Volitionsphase bezeichnet. Sie läßt sich wiederum unterteilen in eine präaktionale und eine aktionale Phase. In der präaktionalen Phase wird die beabsichtigte Handlung im Detail geplant. Das Wie und Wo der Handlung wird festgelegt, wobei eine ganze Reihe alternativer Ausführungsideen generiert werden kann. Dann wird die Handlung initiiert (bzw. desaktiviert, wenn es um die Unterlassung eines kritischen Verhaltens geht). Mit Handlung ist hier sowohl ein Gesundheitsverhalten gemeint (z.B. Zähneputzen) als auch die Unterlassung eines Risikoverhaltens (z.B. Rauchen). Auf etwas Reizvolles oder Gewohntes zu verzichten, erfordert einen aktiven Bewältigungsprozeß mit der nötigen Volitionsstärke. Während der aktionalen Phase findet eine ständige *Handlungsausführungskontrolle* statt, in der es darum geht, sowohl die Handlung als auch die Intentionen gegenüber Distraktoren abzuschirmen. Metakognitive Abschirm- und Durchhaltetendenzen können dafür sorgen, daß man nicht „abdriftet“, nicht die Handlung unterbricht und nicht seine Aufmerksamkeit ständig anderen Dingen widmet. Gäbe es keine metakognitive Kontrollinstanz, würden wir den „roten Faden“ verlieren, uns von den augenblicklichen Umständen hin- und herschieben lassen und die Handlungsziele aus den Augen verlieren. Zu solchen Metakognitionen gehören auch „Durchhalteparolen“ wie z.B. „Wenn ich jetzt aufgebe, war alles umsonst, was ich bisher schon an Anstrengung in dieses Gesundheitsverhalten investiert habe“.

2.2 Krankheit und Verhalten

Bisher wurde die Frage beleuchtet, welche psychischen Faktoren protektives Verhalten begünstigen. Im folgenden Abschnitt soll nun der Frage nachgegangen werden, wie sich Menschen angesichts einer Erkrankung verhalten. Der objektive Krankheitsstatus schlägt sich nicht notwendigerweise im subjektiven Befinden nieder. Im englischen Sprachgebrauch wird deshalb auch zwischen „illness“ und „disease“ unterschieden. „Illness“ bezeichnet das subjektive Empfinden, krank zu sein, während „disease“ eine medizinische Diagnose bezeichnet. Häufig besteht eine Diskrepanz zwischen der subjektiven und objektiven Einschätzung des Gesundheitszustandes, die unter anderem zu einer Art

„Symptomparadox“ führt. Auf der einen Seite nehmen Menschen trotz ernsthafter Beschwerden keine medizinische Hilfe in Anspruch, andererseits erfolgt rund die Hälfte der Hausarztbesuche aufgrund von Symptomen, die auf keine klinisch relevante Erkrankung zurückzuführen sind (Jennings 1986; Verbrugge 1985). Das Krankheitsempfinden und -verhalten wird offensichtlich nicht nur vom biologischen Zustand beeinflusst, sondern auch von kulturellen und sozialen Faktoren, situativen Umständen, Streß, Persönlichkeit und subjektiven Krankheitskonzepten.

Der erste Schritt im Krankheitsprozeß ist meist die Wahrnehmung und Interpretation von Symptomen. Wie nehmen Menschen Symptome wahr, und was folgt daraus für das Krankheitsverhalten?

Wenn wir uns in einer negativen Stimmung befinden, scheinen wir nicht nur unseren Gesundheitszustand ungünstiger zu bewerten, sondern wir nehmen auch mehr Symptome wahr (Croyle, Uretsky 1987). Eine negative Stimmung steht in einem hohen positiven Zusammenhang mit der Symptomwahrnehmung, aber nur gering mit physiologischen Maßen (Watson, Pennebaker 1991).

Ferner scheinen Menschen in einer reizarmen Umgebung häufiger Symptome wahrzunehmen. Menschen, die in erster Linie einer monotonen Erwerbstätigkeit nachgehen oder alleine leben, nehmen häufiger Aspirin und Schlaftabletten ein als Menschen, deren berufliche Tätigkeit interessant ist oder die mit anderen Menschen zusammenleben (Coburn 1975) - und dies, obwohl sie keine ungünstigeren physiologischen Meßwerte (z. B. Blutdruck, Herzrate) aufweisen. Wenn nur wenig externe Information vorliegt, dann wird offenbar die Aufmerksamkeit stärker internalen Prozessen zugewendet, und es werden häufiger Symptome wahrgenommen.

Normalerweise haben Menschen, auch wenn sie nicht erkrankt sind, zahlreiche physiologische Empfindungen - eine Art „Grundrauschen“. Welchen Symptomen Aufmerksamkeit geschenkt wird, hängt von ihren Erwartungen ab. So kann eine Krankheitsdiagnose die Suche nach konformen Symptomen stimulieren. Allein die Mitteilung, daß der Blutdruck erhöht sei, führt zu einer Veränderung der Symptomwahrnehmung (Baumann u.a. 1989). Studenten, denen ein erhöhter Blutdruck zurückgemeldet wurde, gaben mehr hypertone Symptome an und schätzten ihren Gesundheitszustand schlechter ein als diejenigen, die glaubten, ihr Blutdruck sei normal. Ein erhöhter Blutdruck wird meist mit unspezifischen Symptomen assoziiert, wie beispielsweise Kopfschmerzen, Schwindelgefühl oder Wärme (Pennebaker, Watson 1988). Diese Symptome treten häufig auf und werden im allgemeinen nicht als Anzeichen einer Krankheit interpretiert. Durch die Diagnose „Hypertonie“ wird jedoch ein subjektives *Krankheitsschema* aktiviert, welches Vorstellungen über Symptome enthält, die mit einem erhöhten Blutdruck einhergehen. Dadurch wird die Aufmerksamkeit selektiv auf Symptome gelenkt, die mit dem Etikett Hypertonie übereinstimmen. Die Etiket-

tierung (labeling) einer Person als krank kann die Symptomwahrnehmung somit in systematischer Weise beeinflussen.

Die Verabreichung von Medikamenten oder Placebos kann ebenfalls zu einer selektiven Aufmerksamkeit gegenüber körperlichen Empfindungen führen. Menschen, die erkrankt sind, scheinen nach der Einnahme eines Medikaments ihre Aufmerksamkeit weniger den Krankheitssymptomen und mehr potentiellen Anzeichen der Genesung zu schenken (Ross, Olsen 1981).

Daß Erwartungen hinsichtlich des Auftretens von Symptomen die psychischen Reaktionen beeinflussen, demonstrierten auch *Nerenz u.a.* (1984). Sie interviewten Krebspatienten, die eine Chemotherapie erhielten. Patienten, die eine unerwartet schnelle Verbesserung aufwiesen, litten erheblich mehr unter Distress als Patienten, deren Genesung graduell und erwartungsgemäß verlief. Die emotionalen Reaktionen auf die therapeutische Intervention wurden offenbar bestimmt durch das individuelle Krankheitsschema und der Übereinstimmung des Genesungsverlaufs mit diesem.

Krankheitsschemata stellen Wissensstrukturen dar, die Symptome und andere Krankheitsattribute umfassen. Wenn eine Person Symptome verspürt, wird sie versuchen, für diese ein passendes Krankheitsschema zu finden. Menschen nehmen damit nicht nur einzelne Symptome wahr, sondern stellen systematisch einen Zusammenhang zwischen diesen her. Spürt eine Person Fieber, Halsschmerzen und Kopfschmerzen, wird sie diese Beschwerden als Indikatoren für eine Erkältung werten. Krankheitsschemata enthalten allerdings nicht nur Information über *Symptome*, sondern auch über die *Ursachen* und die *Dauer* der Erkrankung sowie über *kurative Maßnahmen* (vgl. *Leventhal u.a.* 1997). Diese vier Komponenten stellen offenbar eine relativ universelle interne Struktur von Krankheitsschemata dar. Die Ausprägung dieser Komponenten ist jedoch interindividuell sehr verschieden. Beispielsweise gibt es ganz unterschiedliche Vorstellungen über die Symptome und die Ursachen eines akuten Herzinfarkts.

Krankheitsschemata beeinflussen das Verhalten. Problematisch ist dies, wenn sie falsche Annahmen enthalten und so dazu führen, daß nicht rechtzeitig medizinische Hilfe gesucht wird. *Petrie und Weinman* (1997) stellten fest, daß Personen mit einem akuten Herzinfarkt oft mehrere Stunden verstreichen lassen, bevor sie Hilfe suchen. Bedenkt man, daß 70 Prozent der Todesfälle innerhalb von vier Stunden auftreten, dann wird deutlich, warum erste Symptome von den Betroffenen richtig interpretiert werden müssen.

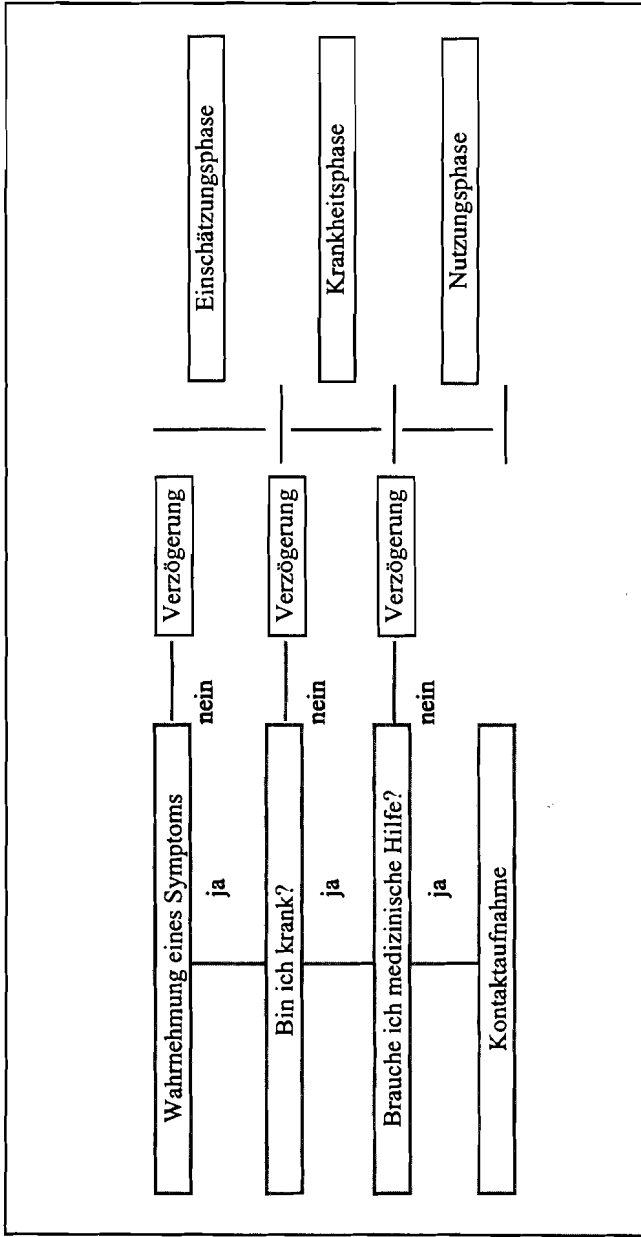
Der Entscheidungsprozeß, der zum Aufsuchen medizinischer Hilfe führt, kann nach *Safer u.a.* (1979) in drei Phasen unterteilt werden (vgl. Abbildung 3). Die Einschätzungsphase umfaßt die Wahrnehmung von Symptomen und die Frage, ob diese tatsächlich eine Krankheit anzeigen. Wenn eine Person zu der Entscheidung gelangt, daß sie erkrankt ist, schließt sich die *Krankheitsphase* an. In dieser geht es um die Frage, ob medizinische Hilfe notwendig ist. Wenn auch

diese positiv beantwortet wird, dann muß eine Person den Vorsatz bilden, Kontakt aufzunehmen und diesen verwirklichen (*Nutzungsphase*). In allen drei Phasen kann es zu Verzögerungen kommen, die dazu führen, daß wertvolle Zeit verstreicht.

Safer u.a. (1979) und Dracup u.a. (1995) beobachteten bei Patienten, die kurz zuvor einen Myokardinfarkt erlitten hatten, daß die Einschätzungsphase deutlich länger als die Krankheitsphase dauerte. Die Einschätzungsphase war um so länger, je weniger salient und schmerzhaft die ersten Symptome waren. Ferner wurden die Symptome von einigen vermeintlich als Erschöpfungssymptome interpretiert, so daß sich die Betroffenen zunächst nicht krank fühlten. Dies war insbesondere der Fall, wenn eine hohe Arbeitsbelastung vorlag. Die Symptome entsprachen offenbar nicht eindeutig dem Krankheitschema „Herzinfarkt“, sondern paßten auch zum Schema »Erschöpfung«. Die situativen Umstände als Ursache für die körperliche Beeinträchtigung waren deshalb von entscheidender Bedeutung für die Interpretation der Symptome. Dies macht deutlich, daß eine Aufklärung, die lediglich über Symptome informiert, nicht ausreicht (*Petrie, Weinman 1997*). Vielmehr müssen das subjektive Krankheitschema sowie mögliche Überschneidungen mit anderen Schemata ebenfalls thematisiert werden.

Krankheitsschemata sind nicht nur entscheidend für das Aufsuchen medizinischer Hilfe, sondern auch dafür, ob eine Behandlung befolgt (Adherence) oder abgebrochen wird. Hypertoniker, die sich in ärztlicher Behandlung befinden, sind im allgemeinen gut über die Gefahren einer mangelnden Adherence informiert. Dennoch nimmt nur rund ein Drittel ihre Medikamente entsprechend den ärztlichen Anweisungen ein. *Meyer u.a. (1985)* stellten fest, daß der wahrgenommene Einfluß der Medikamente auf die Symptome die Adherence moderierte. Hypertoniker, die der Überzeugung waren, daß die Medikamente ihre Symptome günstig beeinflussen, zeigten in 70 Prozent der Fälle eine gute Adherence. Von den Hypertonikern, die hingegen glaubten, daß die Medikamente ihre Symptome nicht beeinflussen, nahmen nur 31 Prozent ihre Medikamente wie verordnet ein. Hier muß hinzugefügt werden, daß im allgemeinen eine Hypertonie symptomfrei ist. Eine Einnahme der Medikamente in Abhängigkeit von Symptomen ist deshalb unzuverlässig und generell nicht empfehlenswert. Der Mehrzahl der Befragten war dies auch bewußt, dennoch waren 88 Prozent der Meinung, daß sie selbst es sehr wohl spüren können, wenn ihr Blutdruck erhöht ist.

Abb. 3: Drei Stufen bis zur Kontaktaufnahme mit dem Gesundheitssystem (nach Safer u.a. 1979)



3 Zusammenfassung und Perspektiven

Die Gesundheitspsychologie ist eine junge Teildisziplin innerhalb der Psychologie, die stärker von der Grundlagenforschung als von der klinischen Anwendung bestimmt wird. Sie befaßt sich mit dem menschlichen Erleben und Verhalten angesichts gesundheitlicher Risiken und Beeinträchtigungen, aber auch mit der Optimierung von Gesundheit im Sinne von Fitneß und Wellness. Im vorliegenden Beitrag wurden grob zwei Gegenstandsbereiche unterschieden: Gesundheitsverhalten und Krankheitsverhalten. Innerhalb dieser beiden Bereiche gibt es wiederum viele Fragestellungen, die wegen ihres Umfanges hier nicht berücksichtigt werden konnten. Auf einige bisher noch nicht ausgeführte Aspekte sei daher an dieser Stelle hingewiesen. Ihnen kommt für die Zukunft besondere Bedeutung zu.

3.1 Persönlichkeitsbedingte Erkrankungen

Schon in der älteren Psychosomatik ist man der Annahme nachgegangen, daß bestimmte Krankheiten überzufällig häufig mit einem bestimmten Persönlichkeitsprofil einhergehen. Die neuere gesundheitspsychologische Forschung hat dazu eine Reihe wichtiger Befunde zutage gefördert (*Friedman 1998; Traue 1998*). So war man seit den 60er Jahren bei der Ursachenbestimmung des Herzinfarkts dem sogenannten Typ A-Verhalten auf der Spur. Damit bezeichnet man ein Verhaltensmuster, das durch ehrgeiziges Leistungsstreben, Konkurrenzorientierung, Ungeduld, Zeitdruck, Feindseligkeit, Ärger, Aggressivität und explosive Sprechweise gekennzeichnet ist. Tatsächlich hat man in aufwendigen prospektiven Längsschnittstudien Zusammenhänge mit der Herzinfarkt-Inzidenzrate gefunden. Diese konnten jedoch später nicht mehr so deutlich repliziert werden. Nach heutigem Kenntnisstand ist anzunehmen, daß einzelne Komponenten dieses Verhaltensmusters die Entstehung des Herzinfarktes begünstigen, insbesondere Feindseligkeit, Ärgerausdruck und zynisches Mißtrauen.

Auch für die Krebserkrankung hat man vorauslaufende Merkmale der Persönlichkeit identifizieren können. Am ehesten scheinen depressive oder anti-emotionale Menschen, die sich von anderen abhängig machen und zugleich konfliktscheu sind, dafür prädestiniert zu sein. Man muß jedoch bei solchen Aussagen immer bedenken, daß mehrere Einflußgrößen für den viele Jahre dauernden pathogenen Prozeß von Bedeutung sind und daß es hier um die statistische Erklärung von Unterschiedlichkeit (Varianz) im Auftreten des Krankheitsmerkmals geht, nicht aber um Rückschlüsse auf den Einzelfall.

3.2 Streß und Streßbewältigung

In der Gesundheitspsychologie wird Streß als ein potentiell krankmachender Prozeß angesehen. Streß meint dabei weder den Reiz noch die Reaktion, sondern vielmehr einen interaktiven Vorgang, bei dem eine Person angesichts einer kritischen Situation Einschätzungsprozesse (Kognitionen) vornimmt (*Schwarzer* 1993). Dabei werden Situationsgefahren zu den Bewältigungsressourcen in Beziehung gesetzt. Aus Kognitionen erwachsen dann emotionale und physiologische Reaktionen sowie Bewältigungsanstrengungen (Coping). Diese Sichtweise ist sehr verschieden von den Streßtheorien, die in Medizin und Naturwissenschaft vorherrschen. Ob jemand aufgrund von Streß krank wird oder nicht, hängt nicht nur von der streßreichen Situation ab, sondern auch von den Ressourcen, Einschätzungen und den zum Einsatz gebrachten Copingstrategien sowie deren Erfolg. Nach einer Verwitwung z.B. ist die Lebenserwartung des verbleibenden Partners - statistisch gesehen - reduziert. Einer der Mechanismen, die dem zugrundeliegen, ist die Immunsuppression. Wenn der Organismus durch Krisen und Depressionen belastet ist, wird das Immunsystem geschwächt, so daß sich Infektionskrankheiten und Tumorneubildungen häufiger beobachten lassen. Dies ist Gegenstand der Psychoneuroimmunologie (*Hennig* 1998).

3.3 Ressourcen

Um die Geschehnisse des Lebens bewältigen zu können, braucht man Ressourcen, darunter die persönlichen und sozialen Ressourcen. Zu ersteren zählt man objektive Kompetenzen und subjektive Kompetenzerwartungen (Selbstwirksamkeits-Erwartungen). Damit ist die Überzeugung gemeint, streßreiche Anforderungen aufgrund eigener Fähigkeit und Anstrengung bewältigen zu können. Welche Rolle dies für das Gesundheitsverhalten spielt, wurde weiter oben beschrieben. Bei der Krankheitsbewältigung hat sich dieses Merkmal ebenfalls als einflußreich erwiesen. Die Rehabilitation nach Herzinfarkt oder Bypassoperation verläuft günstiger bei Patienten mit hoher Selbstwirksamkeits-Erwartung als bei solchen mit niedriger Selbstwirksamkeits-Erwartung (vgl. *Schröder* 1997).

Von den sozialen Ressourcen weiß man seit langer Zeit, daß sie den Genesungsverlauf günstig beeinflussen können. Patienten, die gut in ihr soziales Netzwerk eingebettet sind und die sich unterstützt fühlen, werden im Durchschnitt schneller gesund.

3.4 Gesundheitsförderungs-Programme

Bei der Gestaltung und Bewertung von Interventionsprogrammen sind die Erkenntnisse der Gesundheitspsychologie von großem Nutzen. Will man zeitgemäß, effektiv und ökonomisch vorgehen, muß man zunächst feststellen, in welcher psychischen Phase der Änderungsmotivation sich die Adressaten für ein solches Programm befinden. Wer sich zum Beispiel noch nie darüber Gedanken gemacht hat, das Rauchen aufzugeben, muß ganz anders angesprochen werden als jemand, der es schon mehrfach vergeblich versucht hat. Gleichzeitig müssen die verfügbaren personalen und sozialen Ressourcen ins Kalkül gezogen werden. Es gibt moderne Konzepte davon, wie ein solches maßgeschneidertes Programm aussehen kann (*Dijkstra u.a.* 1998). Der Mangel der meisten Förderungsansätze liegt darin, daß keine umfassende Prozeßtheorie zugrundeliegt und keine methodisch anspruchsvolle Evaluation stattfindet, in die auch die Analyse von differentiellen Effekten und von Nebenwirkungen einfließt. Für die Zukunft bedarf es hier innovativer Maßnahmen, denn der Primärprävention von Erkrankungen kommt die höchste Bedeutung zu. Dies gilt nicht nur mit dem Ziel der Vermeidung von individuellem Leid, sondern auch im Hinblick auf die volkswirtschaftliche Seite des Problems. Die Gesellschaft kann sich auf Dauer keine technisch perfekte und personell aufwendige kurative Medizin für alle Bürger leisten. Nur durch Vorbeugung läßt sich dem Problem einer immer älter werdenden Population, die von Multimorbidität gekennzeichnet ist, entgegenzutreten. Die Gesundheitspsychologie verfügt über tragfähige Konzepte, mit denen man primärpräventive Gesundheitsprogramme entwickeln kann.

Literatur

- Bandura, A.* (1997): Self-efficacy: The exercise of control. New York: Freeman
- Bandura, A.* (2000): Health promotion from the perspective of social cognitive theory. In: *Norman, P./Abraham, C./Conner, M.* (Hrsg.) (1997): Understanding and changing health behavior. Amsterdam: Harwood Academic Publishers, S. 299-339
- Baumann, L.J./Cameron, L.D./Zimmerman, R.S./Leventhal, H.* (1989): Illness representations and matching symptoms. *Health Psychology*, 8, S. 449-469
- Bishop, G.D.* (1994): *Health Psychology: Integrating mind and body.* Boston: Allyn and Bacon
- Coburn, D.* (1975): Job-worker incongruence: Consequences for health. *Journal of Health and Social Behavior*, 16, S. 198-212
- Croyle, R.T./Uretsky, M.B.* (1987): Effects of mood on self-appraisal of health status. *Health Psychology*, 6, S. 239-253

- Dijkstra, A./De Vries, H./Roijackers, J./van Breukelen, G.* (1998): Tailored interventions to communicate stage-matched information to smokers in different motivational stages. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66 (3), S. 42-58
- Dracup, K./Moser, D.K./Eisenberg, M./Meischke, H./Alonzo, A.A./Braslow, A.* (1995): Causes of delay in seeking treatment for heart attack symptoms. *Social Science and Medicine*, 40, S. 379-392
- Friedman, H.S.* (1998): Self-healing personalities. In: *Friedman, H.S.* (Hrsg.) (1998): *Encyclopedia of mental health*. San Diego, CA: Academic Press, S. 453-459
- Hahn, A./Renner, B.* (1998): Perceptions of health risks: How smoker status affects defensive optimism. *Anxiety, Stress, and Coping*, 11, S. 93-112
- Hennig, J.* (1998): *Psychoneuroimmunologie*. Göttingen: Hogrefe
- Jennings, D.* (1986): The confusion between disease and illness in clinical medicine. *Canadian Medical Association Journal*, 135, S. 865-870
- Leppin, A./Schwarzer, R.* (1997): Sozialer Rückhalt, Krankheit und Gesundheitsverhalten. In *Schwarzer, R.* (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch*. Göttingen: Hogrefe, S. 349-373
- Leventhal, H./Benyamini, Y./Brownlee, S./Diefenbach, M./Leventhal, E.A./Patrick-Miller, L./Robitaille, C.* (1997): Illness representations: Theoretical foundations. In: *Petrie, K.J./Weinman J.A.* (Hrsg.) (1997): *Perception of health and illness*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers, S. 19-45
- Meyer, D./Leventhal, H./Gutmann, M.* (1985): Common-sense models of illness: The example of hypertension. *Health Psychology*, 4, S. 115-135
- Nerenz, D.R./Leventhal, H./Love, R.R./Ringler, K.E.* (1984): Psychological aspects of cancer chemotherapy. *International Review of Applied Psychology*, 33, S. 521-529
- Pennebaker, J.W./Watson, D.* (1988): Blood pressure estimation and beliefs among normotensives and hypertensives. *Health Psychology*, 7, S. 309-328
- Petrie, K.J./Weinman, J.A.* (1997): Illness representations and recovery from myocardial infarction. In: *Petrie, K.J./Weinman, J.A.* (Hrsg.): *Perception of health and illness*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers, S. 441-461
- Renner, B./Hahn, A.* (1998): Screenings als Maßnahme der Gesundheitsförderung - eine Längsschnittstudie. *Psychomed*, 10, S. 47-54
- Renner, B./Knoll, N./Schwarzer, R.* (2000): Age and body weight make a difference in optimistic health beliefs and nutrition behaviors. *International Journal of Behavioral Medicine*, 7, S. 143-159
- Renner, B./Schwarzer, R.* (2000): Gesundheit: Selbstschädigendes Handeln trotz Wissen. In: *Mandl, H./Gerstenmaier, J.* (Hrsg.) (2000): *Die Kluft zwischen Wissen und Handeln: Empirische und theoretische Lösungsansätze*. Göttingen: Hogrefe
- Renner, B./Schwarzer, R.* (im Druck). Social-cognitive factors predicting health behavior change. In: *Suls, J./Wallston, K.* (Hrsg.): *Social psychological foundations of health and illness*. Malden, MA: Blackwell

- Ross, M./Olsen, J.M. (1981): An expectancy-attribution model of the effects of placebos. *Psychology Review*, 88, S. 408-437
- Safer, M.A./Tharps, Q./Jackson, T./Leventhal, H. (1979): Determinants of three stages of delay in seeking care at a medical clinic. *Medical Care*, 17, S. 11-29
- Schröder, K. (1997). *Self-regulation competence in coping with chronic disease*. Berlin: Waxmann
- Schwarzer, R. (1993): *Streß, Angst und Handlungsregulation*. Stuttgart: Kohlhammer
- Schwarzer, R. (1994): Optimism, vulnerability, and self-beliefs as health-related cognitions: A systematic overview. *Psychology and Health*, 9, S. 161-180
- Schwarzer, R. (1997): *Gesundheitspsychologie*. Göttingen: Hogrefe
- Schwarzer, R./Fuchs, R. (1996): Self-efficacy and health behaviours. In: *Conner, M./Norman, P.* (Hrsg.) (1996): *Predicting health behaviour*. Buckingham, UK: Open University Press, S. 163-196
- Schwarzer, R./Renner, B. (1997): Risikoeinschätzung und Optimismus. In: *Schwarzer, R.* (Hrsg.) (1997): *Gesundheitspsychologie*. Göttingen: Hogrefe, S. 43-66
- Schwarzer, R./Renner, B. (2000): Social-cognitive predictors of health behavior: Action self-efficacy and coping self-efficacy, *Health-Psychology*, 19, S. 487-495
- Traue, H.C. (1998): *Emotion und Gesundheit*. Heidelberg: Spektrum
- Verbrugge, L.M. (1985): Triggers of symptoms and health care. *Social Science and Medicine*, 20, S. 855-876
- Watson, D./Pennebaker, J.W. (1991): Situational, dispositional, and genetic bases of symptom reporting. In: *Skelton J.A./Croyle R.T.* (Hrsg.), *Mental representations in health and illness*. New York: Springer, S. 60-84
- Weinstein, N.D. (1980): Unrealistic optimism about future life events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, S. 806-820