

# Gesundheitspsychologie

## Health Psychology

Hannelore Weber & Manja Vollmann

Der Persönlichkeit bzw. einzelnen Persönlichkeitsmerkmalen wird seit jeher ein Einfluss auf die körperliche und psychische Gesundheit zugesprochen. Ein solcher Zusammenhang liegt auch nahe, da Persönlichkeitsmerkmale relativ stabiles und konsistentes Erleben und Verhalten beschreiben, deren Beständigkeit eine Wirkung auf die Gesundheit erwarten lässt. Der Einfluss von Persönlichkeit auf die Gesundheit wird in unterschiedlichen theoretischen Kontexten untersucht. In epidemiologischen Studien zu der Entstehung von Krebs oder koronaren Herzerkrankungen werden bestimmte Eigenschaften als potenzielle *Risikofaktoren* untersucht. Im Unterschied dazu richtet sich in der Stressforschung seit den 1980er Jahren die Aufmerksamkeit auf gesundheitsfördernde Merkmale, die einen Schutz gegenüber negativen Stressfolgen beinhalten. Diese auch als *personale Ressourcen* erachteten Eigenschaften stehen im Mittelpunkt der Gesundheitspsychologie (siehe Kasten). Eine eher jüngere Entwicklung stellen Arbeiten der „epidemiologischen Persönlichkeitsforschung“ (Krueger, Caspi & Moffitt, 2000) dar, deren Zielsetzung es ist, auf der Grundlage von möglichst repräsentativen Stichproben und unter Einbeziehung der Entwicklungsperspektive den potenziellen Einfluss von Persönlichkeitsmerkmalen auf kritische Verhaltensweisen (darunter Alkoholkonsum, riskantes Sexualverhalten und Fahrverhalten) zu untersuchen. So wurde beispielsweise im Kontext eines solchen explorativen Ansatzes das Big Five-Merkmal *Gewissenhaftigkeit* als Schutzfaktor „entdeckt“ (vgl. Segerstrom, 2000). Unabhängig von ihrem theoretischen Kontext stellt sich bei allen Ansätzen die Frage, auf welche Weise Persönlichkeitsmerkmale auf die Gesundheit wirken. In dem nachfolgenden Beitrag werden zunächst mögliche Mechanismen beschrieben. Es folgt ein Überblick über gesundheitsrelevante Persönlichkeitsmerkmale und eine Diskussion methodischer Probleme.

### **Gesundheitspsychologie**

Die Gesundheitspsychologie beschäftigt sich mit den personellen, sozialen und strukturellen Faktoren, welche die körperliche und seelische Gesundheit beeinflussen. Im Mittelpunkt stehen die Entwicklung und die empirische Überprüfung von Modellen zur Beschreibung und Erklärung gesundheitsrelevanter Einstellungen und Verhaltensweisen. Persönlichkeitsmerkmale spielen in diesen Modellen eine wichtige Rolle neben Umweltfaktoren und sozialen Faktoren (z. B. der Erhalt sozialer Unterstützung) sowie situationsspezifischen Erwartungen wie die Überzeugung, dass ein bestimmtes Verhalten (z. B. Sport) zu

einem gewünschten Ergebnis (körperliche Fitness) führt. Aus den empirisch bestätigten Zusammenhängen werden Interventionsmaßnahmen abgeleitet und mit der Zielsetzung der primären, sekundären und tertiären Prävention durchgeführt und evaluiert. Beispiele für primäre Prävention sind Programme zur Stressbewältigung oder Maßnahmen zur Förderung von Lebenskompetenzen bei Jugendlichen mit dem Ziel, gesundheitsriskantes Verhalten wie Rauchen und Alkoholkonsum zu vermindern. Programme zur sekundären und tertiären Prävention beziehen sich auf eine verbesserte Bewältigung aktueller und chronischer Erkrankungen (Überblick Jerusalem & Weber, 2003).

## 1 Modelle des Zusammenhangs zwischen Persönlichkeit und Gesundheit

In der Literatur werden fünf mögliche Mechanismen diskutiert, über die Persönlichkeitsmerkmale eine gesundheitsfördernde oder -gefährdende Wirkung entfalten können. Daneben sind zwei weitere Zusammenhänge denkbar, bei denen die Persönlichkeit die Gesundheit zwar nicht beeinflusst, aber dennoch mit ihr verbunden ist. Die unterschiedlichen Wirkmechanismen schließen sich nicht gegenseitig aus. Im Gegenteil, man kann davon ausgehen, dass je nach Person, Merkmal, Verhalten und Situation alle nachfolgend beschriebenen Mechanismen wirksam werden und sich zu einem komplexen Wirkgefüge verbinden (Weber, 2005; Wiebe & Smith, 1997; Segerstrom, 2000).

*Persönlichkeitsmerkmale können die Gesundheit durch physiologische Reaktionen beeinflussen:* Dieser Ansatz bezieht sich vor allem auf die physiologischen Begleitreaktionen von affektiven und kognitiven Prozessen, die mit einzelnen Persönlichkeitsmerkmalen verbunden sind. So ist belegt, dass negative affektive Zustände wie Angst, Stress oder Depressivität mit ungünstigeren kardiovaskulären und neuroimmunologischen Reaktionen einhergehen (vgl. Segerstrom, 2000). Auch von kognitiven Vorgängen, beispielsweise positiven Erwartungen, wird angenommen, dass sie entsprechende Wirkungen – in diesem Falle positiver Natur – zur Folge haben (Taylor et al., 2000).

*Persönlichkeitsmerkmale können die Gesundheit über direkte Folgen von Verhalten beeinflussen:* Dieser Mechanismus steht für Verhaltensweisen, die unmittelbar gesundheitsfördernd oder -gefährdend sind und von denen angenommen wird, dass sie mit bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen einhergehen. So ist beispielsweise wiederholt der Zusammenhang zwischen Feindseligkeit und erhöhtem Alkoholkonsum und Rauchen nachgewiesen worden, wobei die Befunde jedoch insgesamt inkonsistent sind. Umgekehrt verbindet sich Gewissenhaftigkeit, eines der Big Five-Merkmale (→ Eigenschaftstheoretische Ansätze),

mit einem besserem Gesundheitsverhalten, d. h. weniger Nikotin, weniger Alkohol und die Reduktion von Unfallrisiken.

*Persönlichkeitsmerkmale können die Gesundheit über indirekte Folgen von Verhalten beeinflussen:* Im Unterschied zu den direkten Verhaltensfolgen wird bei diesem Wirkmodell angenommen, dass Persönlichkeitsmerkmale über bestimmte Verhaltensweisen *indirekt* gesundheitsfördernd oder -gefährdend sind. Indirekt gesundheitsgefährdend kann beispielsweise ein mit Feindseligkeit verbundenes abweisendes Verhalten sein, das andere Personen von sozialer Unterstützung abhält, was wiederum direkte oder indirekte negative Folgen für die Gesundheit haben kann.

*Persönlichkeitsmerkmale können die Gesundheit über die Selektion von Umwelten beeinflussen:* Dieses Modell beinhaltet die Annahme, dass Personen – ihren Eigenschaften gemäß – gesundheitsfördernde oder -gefährdende Situationen aufsuchen oder schaffen, da diese ihren Bedürfnissen, Zielen oder Fähigkeiten entsprechen (→ Persönlichkeitsentwicklung: Biologische Einflussfaktoren). Dabei muss die Gesundheitsrelevanz nicht im Vordergrund der Selektion stehen, sie kann aber eine Folge der aus anderen Gründen aufgesuchten Umwelten sein. So scheint für Personen mit einer hohen Ausprägung in Gewissenhaftigkeit plausibel, dass sie sich mit ihrem Verhalten, das sich durch Sorgfalt, Bedacht und Planung auszeichnet, eine stabile soziale und berufliche Umwelt suchen bzw. erschaffen – mit entsprechend positiven Folgen für die Gesundheit.

*Persönlichkeitsmerkmale können die Gesundheit über das Krankheitsverhalten beeinflussen:* Krankheitsverhalten beinhaltet die Wahrnehmung von Symptomen und alle Verhaltensweisen, die Personen zeigen, die sich als krank wahrnehmen, z. B. das Aufsuchen von ärztlicher Behandlung, subjektive Symptomberichte oder Selbstmedikation. Personen unterscheiden sich in ihrem Krankheitsverhalten. Vor allem von Neurotizismus ist bekannt, dass er mit einer erhöhten Sensitivität für Symptome und mit einem entsprechenden Krankheitsverhalten verbunden ist (Myrtek, 1998; siehe auch Abschnitt 2).

*Persönlichkeitsmerkmale und Gesundheit haben eine gemeinsame Ursache:* Im Unterschied zu den bisher vorgestellten Modellen besteht in diesem Fall zwischen Persönlichkeit und Gesundheit keine kausale Beziehung, sondern es wird angenommen, dass beide Ausdruck oder Folge einer *gemeinsamen genetischen Prädisposition* sind. So kann etwa eine genetisch bedingte erhöhte physiologische Stressreaktivität die Entstehung von Erkrankungen fördern und sich – unabhängig davon – in entsprechenden Erlebens- und Verhaltenstendenzen niederschlagen.

*Persönlichkeitsmerkmale sind nicht Ursache, sondern eine Folge von Erkrankung:* Bei diesem Zusammenhang wird angenommen, dass pathogene Prozesse, bei-

spielsweise eine Krebserkrankung, bereits *vor* der Entdeckung einer manifesten Erkrankung die Ausprägung von Persönlichkeitsmerkmalen bestimmen. Diese Möglichkeit muss selbst dann bedacht werden, wenn in Längsschnittstudien zwar Persönlichkeitsmerkmale *vor* der Diagnose erhoben werden, aber unbekannt ist, zu welchem Zeitpunkt pathogene Prozesse bereits eingesetzt haben. Bestimmte Persönlichkeitsmerkmale, etwa eine erhöhte Depressivität, können sich zudem *reaktiv*, d. h. in Folge der Kenntnis der Diagnose und der manifesten Erkrankung entwickeln.

## 2 Gesundheitsrelevante Persönlichkeitsmerkmale

Die als gesundheitsrelevant nachgewiesenen Eigenschaften lassen sich in zwei Gruppen einordnen. Die erste Gruppe umfasst habituelle Überzeugungen und Erwartungen, also eher kognitive Merkmale, die zweite Gruppe affektive Merkmale, die primär das Erleben und die Regulation von Emotionen beschreiben.

### 2.1 Überzeugungen und Erwartungen

Zu den gesundheitsrelevanten Überzeugungen und Erwartungen gehören insbesondere Optimismus, Selbstwirksamkeit und Kohärenzsinn, die nachfolgend vorgestellt werden. Zusammenhänge ergeben sich zudem zu → *Kontrollüberzeugungen* und → *Selbstwertschätzungen*.

#### Optimismus/Pessimismus

Scheier und Carver (Überblick Scheier, Carver & Bridges, 2001) definieren im Kontext ihres Modells der Selbstregulation *dispositionalen Optimismus* als die allgemeine Ergebniserwartung, dass „schon alles gut gehen wird“, unabhängig davon, ob die positive Erwartung darauf beruht, dass sich die Dinge von allein positiv entwickeln oder dass man selbst dazu beiträgt. Gemessen wird der dispositionale Optimismus über den *Life Orientation Test* (Itembeispiel: „I'm always optimistic about my future“).

Eine Reihe von Studien zeigt zum Teil hohe positive Zusammenhänge zwischen Optimismus und subjektivem Wohlbefinden, vor allem in der Konfrontation mit belastenden Ereignissen (Überblick Scheier et al., 2001). Dabei legen entsprechende Ergebnisse nahe, dass dieser Zusammenhang durch ein flexibles, situationsangemessenes Bewältigungsverhalten vermittelt wird. Auch für die körperliche Gesundheit bestätigt sich der erwartete positive Zusammenhang, allerdings liegen dazu deutlich weniger Studien vor. Auch sind die Zusammenhänge schwächer und die Ergebnisse inkonsistent. So stützen beispielsweise Ergebnisse zu den Immunreaktionen die Erwartung einer protektiven Wirkung von Optimismus nur zum Teil (Überblick Segerstrom, 2000; vgl. auch Taylor et al., 2000). Ähnliches

gilt auch für die Zusammenhänge zur Gesundheit, die sich für den *optimistischen Attributionsstil* ergeben, der sich durch eine externale, vor allem variable und spezifische Interpretation von negativen Ereignissen auszeichnet (→ Optimismus).

### Selbstwirksamkeitserwartung

Die Erwartung von Selbstwirksamkeit ist definiert als die Überzeugung, gewünschtes Verhalten auch angesichts von Barrieren ausführen zu können (Bandura, 1997). Eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung im Hinblick auf spezifische Problemsituationen, z. B. ein Diätprogramm durchzustehen oder mit dem Rauchen aufzuhören, hat sich als ein entscheidender Prädiktor für erfolgreiches Gesundheitsverhalten herausgestellt (Bandura, 1997; Schwarzer, 1994).

Im Gegensatz zu Bandura, der den Gültigkeitsbereich des Konstruktes ausdrücklich auf *spezifisches* Verhalten einschränkt, argumentiert Schwarzer (1994), dass die subjektive Verfügbarkeit von Handlungsressourcen über unterschiedliche Situationen hinweg auch als ein *generalisiertes* und zeitlich stabiles Konstrukt konzeptualisiert werden kann. Die Konzeption einer generalisierten Erwartung von Bewältigungs- und Problemlösefähigkeit findet sich auch in einer Reihe anderer Konstrukte (Schwarzer, 1994), was den hohen Stellenwert unterstreicht, der dieser Erwartung zugeschrieben wird. Die *allgemeine* Selbstwirksamkeitserwartung erweist sich vor allem im Hinblick auf Indikatoren des subjektiven Wohlbefindens, beispielsweise Ängstlichkeit und Depressivität, und der selbst eingeschätzten Gesundheit als ein wichtiger Prädiktor (→ Selbstwirksamkeit).

### Kohärenzsinn

Kohärenzsinn (sense of coherence, SOC) bezeichnet nach Antonovsky (1987) die persönliche Zuversicht, dass Geschehnisse verstehbar, strukturiert und vorhersehbar sind (*comprehensibility*), Sinn und Bedeutung haben (*meaningfulness*) und in irgendeiner Form, sei es unter Rückgriff auf eigene oder soziale Ressourcen, bewältigt werden können (*manageability*). SOC stellt nach Antonovsky eine generelle und universelle, d. h. kulturunspezifische Widerstandsfähigkeit dar, die vor allem in Zeiten erhöhter Belastung hilft, stresshafte Erfahrungen ohne oder mit geringeren gesundheitlichen Einbußen zu überstehen. Antonovsky hat mit der Einführung dieses Konstruktes zugleich gefordert, dass sich die Forschung stärker der *gelingenden* Stressbewältigung zuwenden und damit statt der im medizinischen Denken vorherrschenden Pathogenese die „Salutogenese“ untersuchen sollte. In ähnlicher Weise hat Kobasa „hardiness“ als eine protektive Merkmalskombination konzipiert, die jedoch, mit bedingt durch den Mangel an methodisch überzeugenden Instrumenten, in der jüngeren Forschung kaum mehr Aufmerksamkeit findet (Wiebe & Smith, 1997).

Antonovsky (1987) hat zur Erfassung von SOC einen Fragebogen mit 29 Items entwickelt. Vorliegende Ergebnisse sprechen sehr eindeutig dafür, dass es sich bei

SOC um ein *eindimensionales* Konstrukt handelt, auch wenn theoretisch drei Komponenten unterschieden werden (Schumacher, Wilz, Gunzelmann & Brähler, 2000).

Eine Vielzahl an Studien weist nach, dass SOC positiv mit subjektivem und körperlichem Wohlbefinden assoziiert ist (Schumacher et al., 2000; Weber, 2005). Auch zeigen sich die erwarteten Zusammenhänge zum Bewältigungsverhalten; so geht eine höhere Ausprägung in SOC mit einer höheren Ausprägung in aktiver Bewältigung und positiver Umdeutung einher. Deutlich niedriger sind hingegen die Zusammenhänge zwischen SOC und *objektiv* erfasster Gesundheit.

## 2.2 Emotionalität und Emotionsregulation

Bestimmte habituelle Formen des Erlebens und der Regulation von Emotionen stehen seit jeher im Verdacht, Risikofaktoren für die körperliche und psychische Gesundheit zu sein. Dazu zählen insbesondere Neurotizismus, Feindseligkeit/Ärger und die Unterdrückung von Emotionen.

### Neurotizismus/Negative Affektivität

*Neurotizismus* und das ihm verwandte Konzept der Negativen Affektivität umfasst die generelle Neigung zu negativen Emotionen, darunter Ängstlichkeit, Niedergeschlagenheit, Schuldgefühle, geringes Selbstwertgefühl und erhöhte Stressreagibilität (→ Neurotizismus). Mit dieser Umschreibung ist Neurotizismus weitgehend identisch mit der Abwesenheit von subjektivem Wohlbefinden und stellt damit kein Risikofaktor für mangelndes Wohlbefinden dar, sondern ist bereits als solches definiert.

Besonders relevant für den Zusammenhang zwischen Neurotizismus und körperlicher Gesundheit sind Ergebnisse, denen zufolge sich Neurotizismus mit der Neigung verbindet, in höherem Ausmaß körperliche Symptome zu berichten, ohne dass entsprechende objektive Befunde zu verminderter Gesundheit vorliegen. Die für Neurotizismus charakteristische allgemein erhöhte Sensitivität für aversive Stimuli manifestiert sich in diesem Fall in einer erhöhten subjektiven Wahrnehmung und Sensibilität für körperliche Missempfindungen (Watson & Pennebaker, 1989; Myrtek, 1998). Da Neurotizismus (bzw. Negative Affektivität) mit Kohärenzsinn, Optimismus und Selbstwirksamkeit hoch negativ korreliert, müssen daher auch für diese Merkmale die gefundenen Zusammenhänge mit der selbst berichteten körperlichen Gesundheit entsprechend relativiert bzw. korrigiert werden (Weber, 2005).

Im Hinblick auf die *objektiv* erfasste körperliche Gesundheit zeigen Studien übereinstimmend, dass Neurotizismus nicht mit erhöhter Morbidität und Mortalität verbunden ist (Wiebe & Smith, 1997). Eine mögliche Ausnahme ist jedoch, dass

erhöhte *Depressivität* oder eine klinisch manifeste Depression in Risikopopulationen, hier vor allem Personen mit koronaren Herzerkrankungen, das Sterberisiko erhöhen kann (Krantz & McCeney, 2002; Wiebe & Smith, 1997).

### Feindseligkeit/Ärger

Feindseligkeit, erhöhte Ärgerneigung und ineffektive Ärgerregulation werden seit Jahrzehnten als gesundheitliche Risikofaktoren diskutiert (→ Ärgerneigung). Diesen Stellenwert erhielt vor allem Feindseligkeit, als sich herausstellte, dass dieses Merkmal die eigentlich gesundheitsrelevante Komponente des sog. *Typ-A-Verhaltens* darstellt. Das Typ-A-Verhalten, umschrieben als ein Verhaltensmuster aus hohem Arbeitseinsatz, Ehrgeiz, starker Wettbewerbsorientierung sowie Feindseligkeit, war lange Jahre verdächtig, ein Risikofaktor für koronare Herzerkrankungen zu sein. In der Folge wurde jedoch nachgewiesen, dass lediglich die Feindseligkeit gesundheitskritisch ist (Mittag, 1999).

In der vorliegenden Forschung wird Feindseligkeit auf sehr unterschiedliche Art und Weise operationalisiert (Mittag, 1999). Je nach Ansatz wird die affektive Komponente von Feindseligkeit (erhöhte Ärgerneigung und offener Ärgerausdruck), die kognitive Komponente (misstrauische, feindselige Einstellungen) oder offen aggressives Verhalten betont. Die Ergebnisse zu den Zusammenhängen zwischen Feindseligkeit und koronarer Herzerkrankung sind insgesamt inkonsistent, was zum Teil der verwirrenden Vielfalt der Konstrukte und Instrumente geschuldet sein mag. Die neuere Forschung ist daher durch das Bemühen geprägt, die relative Bedeutung der unterschiedlichen Teilkomponenten von Feindseligkeit zu untersuchen (Krantz & McCeney, 2002).

### Emotionsregulation

Unter den unterschiedlichen Formen der Emotionsregulation werden vor allem der Neigung, negative Emotionen zu unterdrücken, negative Folgen für die Gesundheit zugeschrieben. Im Hinblick auf die gesundheitlichen Folgen von Unterdrückung muss jedoch unterschieden werden zwischen Formen der Emotionsregulation, bei denen kritische Situationen so interpretiert werden, dass negative Emotionen erst gar nicht entstehen, und der *bewussten* Unterdrückung von subjektiv erlebten Emotionen. Während Formen der kognitiven Umstrukturierung, beispielsweise Humor, Distanzierung oder positive Umdeutung, im Allgemeinen als positiv gelten (vgl. Weber & Titzmann, 2003), ist die *bewusste* Unterdrückung erlebter Stress-Emotionen mit erhöhter physiologischer Aktivierung und damit langfristig negativen Folgen für die Gesundheit verbunden (Gross, 1998).

Die gesundheitlichen Implikationen einer habituellen Neigung zur Unterdrückung von Emotionen sind vor allem im Hinblick auf die Genese und den Verlauf von koronarer Herzerkrankung und Krebs untersucht worden. Dabei wechselten

Phasen, in denen der Zusammenhang als empirisch gut begründet erschien, mit Phasen großer Skepsis, die auch gegenwärtig vorherrscht (Überblick Amelang & Schmidt-Rathjens, 2003). Ein grundsätzliches Problem dieses Forschungsansatzes liegt dabei darin, dass Unterdrückung auf unterschiedliche Weise operationalisiert wird und die Forschung unter der mangelnden Vergleichbarkeit der Ergebnisse erheblich leidet.

Eine traditionelle Operationalisierung von Unterdrückung liegt mit dem Konzept *Repression* vor (→ Ängstlichkeit). *Repression* wurde operationalisiert als die Neigung, nur geringe Ängstlichkeit zu berichten bei gleichzeitig erhöhter Neigung zu sozial erwünschtem Verhalten. Ganz ähnlich sieht die Konzeption des so genannten *Typ-C-Verhaltens* vor, dass Personen sich um ein freundliches, sozial angenehmes Verhalten bemühen und aus diesem Grund negative Emotionen unterdrücken. Das Typ-C-Verhalten galt lange Zeit als möglicher Risikofaktor für die Entstehung von Krebs; nach heutigem Forschungsstand lässt sich diese Annahme keinesfalls mehr empirisch stützen (Amelang & Schmidt-Rathjens, 2003). In jüngerer Zeit hat Denollet (2000) mit dem von ihm so genannten *Typ D* (D für „distressed“) ein neues Typenkonzept begründet. Typ D ist definiert als die Neigung zu erhöhter Negativer Affektivität bei gleichzeitiger bewusster (!) Unterdrückung des Emotionsausdrucks im sozialen Kontext, um Ablehnung zu vermeiden. Typ-D-Verhalten gilt nach Studien von Denollet (2000) als Risikofaktor für Patienten mit koronaren Herzerkrankungen und ist gegenwärtig ausschließlich auf diese Risikogruppe beschränkt.

### 3 Konzeptuelle und methodische Probleme

Die Forschung zum Zusammenhang zwischen Persönlichkeit und Gesundheit ist mit mehreren konzeptuellen und methodischen Problemen konfrontiert (vgl. auch Amelang & Schmidt-Rathjens, 2003). Das gilt vor allem für Arbeiten, in denen Indikatoren der Gesundheit über Selbstberichte erfasst werden, da hier die Gefahr einer Überlappung von Persönlichkeitsmerkmal (dem Prädiktor) und der subjektiv wahrgenommenen Gesundheit (dem Kriterium) besteht. Die gefundenen Zusammenhänge beruhen in diesem Fall auf der Ähnlichkeit der Konstrukte und sagen nichts über den Einfluss der Persönlichkeit auf die Gesundheit aus. Überzeugende Nachweise für den Zusammenhang zwischen Persönlichkeit und Gesundheit liefern daher nur Indikatoren der *objektiv* erfassten physischen Gesundheit. Diese Zusammenhänge erweisen sich in der Regel als deutlich schwächer (Weber, 2005).

Neben der objektiven Gesundheit bieten sich Aspekte des *sozialen* Wohlbefindens, das nach dem Verständnis der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ebenfalls Bestandteil der Gesundheit ist, als unabhängige Kriterien an. Ein wichtiger Aspekt



### **Konstruktüberlappung und Pseudoempirie**

Konstruktüberlappung stellt ein grundlegendes methodisches Problem dar, wenn Persönlichkeitsmerkmale als Prädiktoren für die Vorhersage von psychischer Gesundheit oder subjektiv eingeschätzter körperlicher Gesundheit herangezogen werden. Denn subjektives Wohlbefinden (oder psychische Gesundheit) beinhaltet nach allgemeinem Verständnis das Erleben von positiven Emotionen und die Zufriedenheit mit dem eigenen Leben. Damit entspricht die Konzeption von subjektivem Wohlbefinden nicht nur weitgehend der Definition von (niedrigem) Neurotizismus, sondern kommt auch der Definition von Kohärenzsinn, Optimismus und Selbstwertgefühl nahe. Wird der Zusammenhang zwischen diesen Merkmalen und psychischer Gesundheit untersucht, so überlappen sich Prädiktor und Kriterium: Beide messen in erster Linie positive Einschätzungen! Hohe Zusammenhänge reflektieren in diesem Fall die konzeptuelle Ähnlichkeit der Konstrukte. Hinzu kommt die Ähnlichkeit in der Methode, wenn beide, Prädiktor und Kriterium, über Fragebogen erfasst werden.

Ein mit der Konzeptüberlappung verwandtes Problem ist das der *Pseudoempirie* (Smedslund, 1984). Pseudoempirie liegt vor, wenn Beziehungen zwischen zwei Merkmalen bereits durch die Explikation der beiden Konstrukte impliziert sind, diese Beziehungen aber als empirische gedeutet und untersucht werden. So ist beispielsweise der Umstand, dass optimistische Personen belastende Situationen positiv umdeuten, bereits in der Begriffsexplikation von Optimismus beinhaltet (der u. a. erfasst wird mit dem Item „I always look on the bright side of things“). Die in Studien als empirisch überprüfte Beziehung zwischen Optimismus und positiver Umdeutung als Teil einer adaptiven Bewältigung ist daher pseudoempirisch.

des sozialen Wohlbefindens ist der Erhalt von sozialer Unterstützung, der jedoch offenbar an Voraussetzungen gebunden ist, beispielsweise ein angemessenes Bewältigungsverhalten, das soziale Erwartungen erfüllt (Weber, 2003). Von daher liegt es nahe zu untersuchen, in welchem Maße Personen, die hohe Ausprägungen in bestimmten Merkmalen (z. B. Feindseligkeit oder Optimismus) zeigen, auf Unterstützungsbereitschaft bei anderen Menschen stoßen. Auf diese Weise können die indirekten Folgen von Persönlichkeitsmerkmalen für die Gesundheit untersucht werden.

## **4 Fazit**

Auch wenn die relevante Forschung durch methodische Probleme beeinträchtigt ist und zahlreiche negative Befunde vorweisen muss, liegen insgesamt nachdrückliche Hinweise auf Zusammenhänge zwischen Persönlichkeit und Gesundheit vor.

Die Befunde sind für die körperliche Gesundheit sehr viel schwächer als für die psychische Gesundheit, wobei die teils hohen Zusammenhänge zur psychischen Gesundheit jedoch angesichts potenzieller Konstruktüberlappungen relativiert werden müssen. Die Tatsache, dass die Ergebnisse vielfach inkonsistent sind, verweist auf notwendige Differenzierungen. Dazu zählt die Frage, ob Persönlichkeitsmerkmale, wie weitgehend angenommen, generell auf die Gesundheit wirken oder aber eine *kontextabhängige* Wirkung zeigen. So erweisen sich beispielsweise beide, Optimismus und Pessimismus, in Abhängigkeit von dem Kontext als positiv (→ Optimismus). Auch ist es eine Aufgabe für die künftige Forschung, die als gesundheitsrelevant erachteten Merkmale nicht isoliert, sondern in ihrer je kontextspezifischen Interaktion zu sehen.

## Weiterführende Literatur

Weber, H. (2005). Persönlichkeit und Gesundheit. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie*. Göttingen: Hogrefe.

## Literatur

- Amelang, M. & Schmidt-Rathjens, C. (2003). Persönlichkeit, Krebs und koronare Herzkrankungen: Fiktionen und Fakten in der Ätiologieforschung. *Psychologische Rundschau*, 54, 12–23.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Denollet, J. (2000). Type D personality. A potential risk factor refined. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 255–266.
- Gross, J. J. (1998). Antecedent- and response-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 224–237.
- Jerusalem, M. & Weber, H. (Hrsg.). (2003). *Psychologische Gesundheitsförderung. Diagnostik und Intervention*. Göttingen: Hogrefe.
- 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.
- Krueger, R. F., Caspi, A. & Moffitt, T. E. (2000). Epidemiological personology: The unifying role of personality in population-based research on problem behaviors. *Journal of Personality*, 68, 967–998.
- Mittag, O. (1999). Feindseligkeit als koronarer Risikofaktor: Zum gegenwärtigen Forschungsstand. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 7, 53–66.
- Myrtek, M. (1998). *Gesunde Kranke – kranke Gesunde. Psychophysiologie des Krankheitsverhaltens*. Bern: Huber.
- Scheier, M. F., Carver, C. S. & Bridges, M. W. (2001). Optimism, pessimism, and psychological well-being. In E. C. Chang (Ed.), *Optimism and pessimism: Implications*

- for theory, research, and practice* (pp. 189–216). Washington, DC: American Psychological Association.
- Segerstrom, S. C. (2000). Personality and the immune system. Models, methods, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 22, 180–190.
- Schumacher, J., Wilz, G., Gunzelmann, T. & Brähler, E. (2000). Die Sense of Coherence Scale von Antonovsky. *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie*, 50, 472–482.
- Smedslund, J. (1984). What is necessarily true in psychology? *Annals of Theoretical Psychology*, 2, 241–303.
- Taylor, S. E., Kemeny, M. E., Reed, G. M., Bower, J. E. & Gruenewald, T. L. (2000). Psychological resources, positive illusions, and health. *American Psychologist*, 55, 99–109.
- Watson, D. & Pennebaker, J. W. (1989). Health complaints, stress, and distress: Exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review*, 96, 234–254.
- Weber, H. (2003). Breaking the rules. Personal and social responses to coping norm-violations. *Anxiety, Stress, and Coping*, 16, 133–153.
- Weber, H. (2005). Persönlichkeit und Gesundheit. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Weber, H. & Titzmann, P. (2003). Ärgerbezogene Reaktionen und Ziele: Entwicklung eines neuen Fragebogens. *Diagnostica*, 49, 97–109.
- Wiebe, D. J. & Smith, T. W. (1997). Personality and health. Progress and problems in psychosomatics. In R. Hogan (Ed.), *Handbook of personality psychology* (pp. 891–918). San Diego, CA: Academic Press.