

## 22 Gesundheitspsychologie

*Manja Vollmann und Hannelore Weber*

### Einleitung

- 1 Persönlichkeit und Gesundheit
    - 1.1 Modelle zum Zusammenhang zwischen Persönlichkeit und Gesundheit
    - 1.2 Gesundheitsrelevante Persönlichkeitsmerkmale
  - 2 Gesundheitsverhalten
    - 2.1 Das Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung (TTM)
    - 2.2 Das sozial-kognitive Prozessmodell des Gesundheitsverhaltens
  - 3 Stressbewältigungstrainings als Beispiel psychologischer Gesundheitsförderung
    - 3.1 Exkurs: Stress und Stressbewältigung
    - 3.2 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. Ihre zentralen Gegenstandsbereiche sind der Erhalt und die Förderung von Gesundheit sowie die Verhütung von Krankheiten und Störungen. Ausgehend von diesen übergreifenden Zielen beschäftigt sich die gesundheitspsychologische Forschung mit gesundheitsbezogenen Risiko- und Schutzfaktoren, die Bestandteil der Persönlichkeit eines Menschen sind, mit der Entwicklung und empirischen Überprüfung von Modellen zur Erklärung und Vorhersage von Gesundheits- und Risikoverhalten sowie mit der Konzipierung und Evaluierung von Interventionsprogrammen zur Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Die Gesundheitspsychologie geht dabei von dem umfassenden Gesundheitsverständnis der WHO aus, demzufolge Gesund-

heit körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden umfasst.

In der Gesundheitspsychologie werden relevante Theorien und Forschungsansätze aus vielen Teildisziplinen der Psychologie integriert; unter den Grundlagengebieten sind die Biologische Psychologie, die Differentielle Psychologie und die Sozialpsychologie von besonderer Bedeutung. Im Hinblick auf die Anwendung ihrer Erkenntnisse steht die Zusammenarbeit mit der Klinischen Psychologie, der Pädagogischen Psychologie und der Arbeits- und Betriebspsychologie im Mittelpunkt (Überblick: Jerusalem & Weber, 2003; Schwarzer, 2004; Schwarzer, Jerusalem & Weber, 2002).

Im folgenden 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 zen-

trales Beispiel für die praktische Anwendung psychologischer Gesundheitsförderung darstellen.

## 1 Persönlichkeit und Gesundheit

Im Mittelpunkt dieses Abschnitts 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.

### 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 (Weber, 2005).

Zum einen kann Persönlichkeit die Gesundheit über *physiologische Reaktionen* beeinflussen, die mit kognitiven und affektiven Prozessen verbunden sind. So konnte gezeigt werden, dass negative affektive Zustände wie Ärger, Angst oder Depression negative Auswirkungen auf kardiovaskuläre und immunologische Parameter haben (Kirschbaum, 2005). Auch kognitiven Vorgängen, wie z. B. optimistischen oder pessimistischen Erwartungen, werden unmittelbare physiologische Reaktionen zugesprochen (Taylor, Kemeny, Reed, Bower & Gruenewald, 2000).

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, ungeschützter Geschlechtsverkehr oder ungesunde Ernährung. So wurde beispielsweise wiederholt festgestellt, dass Feindseligkeit mit erhöhtem Alkohol- und Nikotinkonsum verbunden ist (Whiteman, Fowkes, Deary & Lee, 1997). Gewissenhaftigkeit, eines der grundlegenden Persönlichkeitsmerkmale in dem Big Five Modell der Persönlichkeit (vgl. Laux, in diesem Band), ist hingegen mit einem gesunden Lebenswandel, weniger Leichtsinnigkeit und einer Reduktion von Unfallrisiken assoziiert (Friedman et al., 1993).

In einem dritten Modell 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 Bezugspersonen negativ bewertet wird und diese weniger soziale Unterstützung zur Verfügung stellen. Der Erhalt sozialer Unterstützung ist wiederum ein wichtiger Schutzfaktor sowohl im Hinblick auf das subjektive Wohlbefinden als auch auf die körperliche Gesundheit (Cohen & Syme, 1985).

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 gesundheits-

förderliche oder -gefährdende Situationen aufsuchen oder schaffen, die ihren Bedürfnissen, Zielen und Fähigkeiten entsprechen. So erscheint für Personen mit einer hohen Selbstwirksamkeit (siehe Abschnitt 1.2) plausibel, dass sie einen anspruchsvollen und herausfordernden Beruf wählen, der zu mehr Anerkennung und Befriedigung führt und somit ein höheres Wohlbefinden bewirkt (Bandura, 1997).

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 (siehe Abschnitt 1.2) wurde nachgewiesen, dass sie mit einer erhöhten Sensitivität für Körperreize und Schmerzen, aber auch mit mangelndem Vorsorgeverhalten einhergehen (Myrtek, 1998).

Alle fünf beschriebenen Modelle gehen von einem kausalen Einfluss der Persönlichkeit auf die Gesundheit aus. Denkbar ist jedoch auch die *umgekehrte Wirkrichtung*, derzufolge 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 Persönlichkeitsmerkmale auch als Reaktion auf die Kenntnis der Diagnose und die mit einer Krankheit verbundenen Erfahrungen entwickeln.

Ein letzter Ansatz schließlich geht davon aus, 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.

### 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 gegen das Auftreten von Krankheiten einen *Schutzfaktor* darstellen und sich somit gesundheitsförderlich 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, weniger die bloße Vermeidung von Krankheit, sondern die Optimierung von Gesundheit 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 Über-

zeugungen; die zweite Gruppe umfasst affektive Merkmale, die primär das Erleben und die Regulation von Emotionen beschreiben. Im Folgenden werden zwei Schutz- und zwei Risikofaktoren vorgestellt, für die ein Zusammenhang zur Gesundheit empirisch bestätigt wurde. Darüber hinaus gibt es zahlreiche weitere Merkmale, die als Risikofaktoren zur Diskussion stehen (vgl. Amelang & Schmidt-Rathjens, 2003; Weber, 2005).

### Optimismus – Pessimismus

Scheier und Carver (1985) definieren *dispositionalen Optimismus* als generalisierte positive Erwartungen bezüglich zukünftiger Ergebnisse. Optimisten glauben, dass sich auch schwierige Situationen zum Guten entwickeln werden; ob dies aufgrund von Glück, Zufall oder eigener Anstrengung geschieht, ist dabei nicht von Relevanz. Pessimismus hingegen zeichnet sich den Autoren zufolge durch negative Ergebniserwartungen aus.

Gemessen wird der dispositionale Optimismus mit dem Life Orientation Test (LOT). Der LOT-R besteht in seiner revidierten Fassung aus sechs Items (plus vier Füllitems), von denen jeweils drei Items positive bzw. negative Erwartungen erfassen, z. B. »In uncertain times I usually expect the best« oder »If something can go wrong for me, it will«. Es liegt eine Vielzahl von Untersuchungen vor, die nachweisen, dass Optimismus insbesondere in Stresssituationen mit einer besseren Gesundheit einhergeht (Überblick: Scheier, Carver & Bridges, 2001). So zeigen sich durchgängig positive Zusammenhänge zwischen Optimismus und subjektivem Wohlbefinden, Lebenszufriedenheit und wahrgenommener sozialer Unterstützung, während negative Korrelationen mit Angst, Stress und Depressivität gefunden wurden. Auch für die über objektive Kriterien erfasste körperliche Gesundheit ergeben sich positive Zusammenhänge. Optimismus ist beispielsweise mit besseren Immunparametern, einem

geringeren Ausmaß an Symptomen und einer schnelleren Genesung verbunden (Taylor et al., 2000). Die Zusammenhänge zur körperlichen Gesundheit sind jedoch deutlich schwächer und die Ergebnisse zum Teil inkonsistent.

In Bezug auf die Wirkmechanismen legen Studienergebnisse nahe, dass die positiven Effekte von Optimismus auf die Gesundheit über positive Gefühle, ein flexibles und situationsangemessenes Bewältigungsverhalten in Stresssituationen, wahrgenommene soziale Unterstützung sowie ein erhöhtes Gesundheits- und reduziertes Risikoverhalten vermittelt werden (Aspinwall, Richter & Hoffman, 2001; Scheier et al., 2001). Weiterhin werden physiologische und neuroimmunologische Mechanismen postuliert, nach denen positive Erwartungen direkt, d. h. ohne die genannten Mediatoren wie etwa positive Gefühle, auf die Gesundheit wirken (Taylor et al., 2000).

### Selbstwirksamkeitserwartung

Selbstwirksamkeitserwartung ist definiert als die Überzeugung, über ausreichend Kompetenzen zu verfügen, ein bestimmtes Verhalten auch angesichts von auftretenden Schwierigkeiten und Barrieren ausführen zu können (Bandura, 1997). Bandura betont, dass Selbstwirksamkeitserwartungen immer auf *spezifisches* Verhalten gerichtet sind und im Hinblick auf konkrete Situationsanforderungen ausgebildet werden. Als Erweiterung dazu schlägt Schwarzer (1994) vor, Selbstwirksamkeitserwartung als Persönlichkeitsmerkmal zu konzipieren, das *generalisierte* Einschätzungen der eigenen Kompetenz beinhaltet.

Zur Erfassung der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung haben Jerusalem und Schwarzer (aktuelle Version unter [www.ralf-schwarzer.de](http://www.ralf-schwarzer.de)) eine zehn Items umfassende Skala entwickelt (SWE), die Aussagen wie »Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft lösen« enthält.

Im gesundheitsbezogenen Kontext sind spezifische Selbstwirksamkeitserwartungen vor allem in Bezug auf die Initiierung und Aufrechterhaltung von Gesundheitsverhalten (z. B. regelmäßiger Sport) und den Abbau von Risikoverhaltensweisen (z. B. mit dem Rauchen aufhören) relevant, da sie mit vermehrter Anstrengung und Durchhaltevermögen verbunden sind (Überblick: Maddux, 2002). Die generalisierte Selbstwirksamkeitserwartung hat sich als ein guter Prädiktor für subjektives Wohlbefinden, speziell für geringere Ängstlichkeit und Depressivität, sowie für den selbst eingeschätzten Gesundheitszustand erwiesen. Es wird angenommen, dass die Erwartung von Selbstwirksamkeit vor allem über eine verminderte Stresswahrnehmung biologische, insbesondere immunologische und hormonelle Prozesse beeinflusst, die ihrerseits wieder auf die Gesundheit wirken (Bandura, 1997).

### Neurotizismus – Negative Affektivität

Neurotizismus und das mit ihm eng verwandte, übergeordnete Konstrukt der Negativen Affektivität beschreiben die generelle Neigung zu negativen Emotionen, erhöhter Nervosität, Erregbarkeit, Unsicherheit und einem negativen Selbstbild. Demzufolge ist Neurotizismus weitgehend identisch mit der Abwesenheit von positivem Befinden und stellt somit keinen Risikofaktor für geringes subjektives Wohlbefinden dar, da er von vornherein als solches definiert ist (Weber, 2005). Es stellt sich jedoch die Frage, wie sich Neurotizismus auf die körperliche Gesundheit auswirkt, wobei vor allem zu unterscheiden ist, ob es sich dabei um die *subjektiv erlebte* körperliche Gesundheit oder aber die *objektiv erfasste* körperliche Gesundheit handelt.

Für den Zusammenhang zwischen Neurotizismus und Gesundheit sind vor allem Ergebnisse relevant, denen zufolge Neurotizismus mit einer erhöhten Neigung verbunden ist, körperliche Symptome wahrzunehmen, ohne

dass entsprechende objektive Befunde einer verminderten Gesundheit vorliegen. Die erhöhte Sensibilität für körperliche Missempfindungen ist Ausdruck einer generell erhöhten Reagibilität gegenüber aversiven Stimuli (Watson & Pennebaker, 1989). Damit ist Neurotizismus bzw. Negative Affektivität das prototypische Persönlichkeitsmerkmal, dessen Wirkung auf die Gesundheit insbesondere über das Krankheitsverhalten vermittelt wird, indem Personen mit einer höheren Ausprägung von Neurotizismus in stärkerem Maße Symptome bei sich wahrnehmen und sich als krank erleben (Myrtek, 1998).

In Bezug auf die über objektive Kriterien erfasste körperliche Gesundheit wurde in einer Reihe von Studien festgestellt, dass Neurotizismus nicht mit einer erhöhten Morbidität und Mortalität verbunden ist (Weber, 2005). Eine Ausnahme bildet hier möglicherweise eine erhöhte Depressivität oder eine klinisch manifeste Depression, die in Risikopopulationen, hier vor allem Personen mit koronaren Herzerkrankungen, das Sterberisiko erhöhen kann (Krantz & McCeney, 2002; vgl. auch Amelang & Schmidt-Rathjens, 2003).

### Feindseligkeit und Ärgerneigung

Das Persönlichkeitsmerkmal Feindseligkeit wird in der Forschung sehr unterschiedlich operationalisiert; je nach Ansatz wird entweder die affektive Komponente (erhöhte Neigung zu Ärger und Zorn), die kognitive Komponente (gering schätzende und argwöhnische Einstellungen) oder aber die Verhaltenskomponente (offener Ärgerausdruck und aggressives Verhalten) stärker gewichtet. Feindseligkeit, erhöhte Ärgerneigung und ineffektive Ärgerregulation werden seit Jahrzehnten als gesundheitliche Risikofaktoren 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 Herzkrankung sind jedoch insgesamt inkonsis-

tent, was zum Teil auf die Vielfalt der Konstrukte und Instrumente zurückzuführen ist. Die neuere Forschung bemüht sich daher, die relative Bedeutung der unterschiedlichen Teilkomponenten des heterogenen Konstruktes Feindseligkeit zu untersuchen (Krantz & McCeney, 2002).

## 2 Gesundheitsverhalten

Modelle versuchen das Gesundheitsverhalten von Menschen zu erklären, vorherzusagen und Implikationen für gezielte Verhaltensveränderungen abzuleiten, indem die dafür entscheidenden »Stellgrößen« identifiziert werden. Gesundheitsrelevantes Verhalten beinhaltet dabei sowohl das Ausführen von Handlungen, die der Gesundheit zuträglich sind (z. B. gesunde Ernährung, Sport), als auch das Unterlassen von Handlungen, die gesundheitsgefährdend sind (z. B. Rauchen, Alkoholkonsum).

Auf der Suche nach den entscheidenden Determinanten des Gesundheitsverhaltens wurde in den letzten Jahrzehnten eine ganze Reihe von verschiedenen Modellen entwickelt, die inhaltlich in drei Gruppen eingeteilt werden können (vgl. Armitage & Conner, 2000).

(1) *Motivationale Modelle* konzentrieren sich 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 Vorhersage 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, die Theorie der Schutzmotivation und die Theorie des geplanten Handelns.

(2) Die Diskrepanz zwischen Intention und Verhalten ist Gegenstand der *volitionalen 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 der Aufrechterhaltung eines Verhaltens über einen längeren Zeitraum führen. Beispiele für diese Gruppe von Modellen sind die Volitionstheorie (Heckhausen, 1989) sowie das Konzept der »implementation intentions« von 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 im Prozess 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 Verhaltens-

änderung (Prochaska & DiClemente, 1983), das ein spontan eingängiges, theoretisch jedoch umstrittenes Modell darstellt, 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.

## 2.1 Das Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung (TTM)

Das Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung wurde von Prochaska und DiClemente als Synthese aus erfolgreichen Bestandteilen therapeutischen Vorgehens (daher »transtheoretisch«) konzipiert, zunächst zur Raucherentwöhnung. 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 Fortschreiten von Stufe zu Stufe wird durch kognitiv-affektive und verhaltensbezogene Prozesse bewirkt. Dabei spielen in den ersten beiden Stufen vor allem kognitiv-affektive Strategien eine Rolle, 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, beispielsweise Stimuluskontrolle, soziale Unterstützung und Selbstverstärkung, wichtig werden. (5) Das Voranschreiten über die Stufen wird durch zwei Variablen angezeigt, nämlich die kontinuierliche Erhöhung der Selbstwirksamkeit sowie Veränderungen in der Entscheidungs-

balance, 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 und ihrer Motivation für zukünftiges Verhalten. Prochaska und DiClemente unterscheiden fünf bis sechs Stufen der Verhaltensänderung (siehe Kasten 1): Auf der Stufe *Absichtslosigkeit* (precontemplation) befinden sich Personen, die keine Intention haben, ihr Verhalten in den nächsten sechs Monaten zu verändern. Sie empfinden ihr Verhalten als unproblematisch 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 durch ein hohes Engagement gekennzeichnet und dauert bis zu sechs Monate nach der ersten sichtbaren Veränderung. Die letzte Stufe ist die *Aufrechterhaltung*.

**Kasten 1: Stufen der Veränderung im TTM**

Absichtslosigkeit	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 verändern
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

*tung* (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 sehr zugänglich und das in der Praxis am häufigsten angewandte Stufenmodell. Es betont die Verhaltensänderung und die Variablen, die diesen Prozess fördern. Überzeugend ist zudem das Konzept 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 Willkür der Stufeneinteilung nach zeitlichen Kriterien – warum sechs Monate, warum 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 Stu-

fen 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.

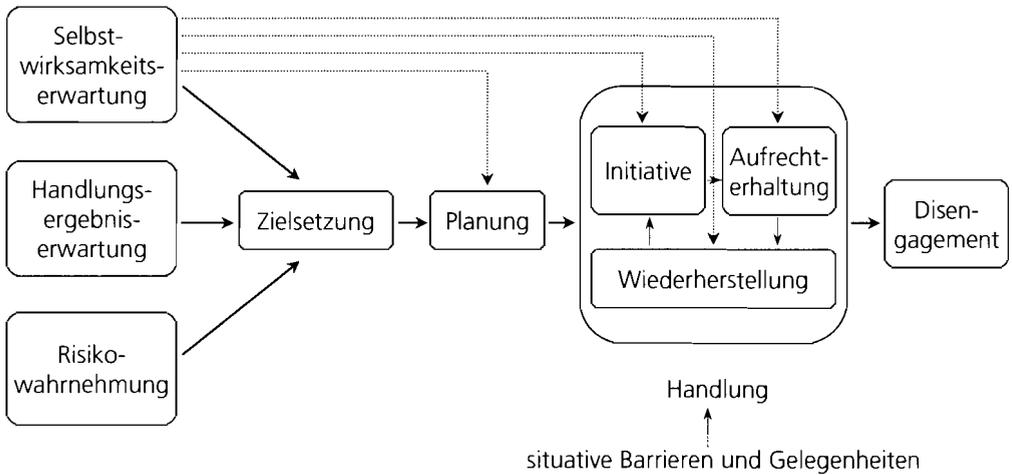


Abbildung 22.1: Health Action Process Approach (nach Schwarzer, 2004)

## 2.2 Das sozial-kognitive Prozessmodell des Gesundheitsverhaltens

Das sozial-kognitive Prozessmodell des Gesundheitsverhaltens (Health Action Process Approach, HAPA; 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 (siehe **Abbildung 22.1**)

### Die Motivationsphase

In der motivationalen Phase wird die Intention gebildet, ein bestimmtes Gesundheitsverhalten zu beginnen bzw. ein Risikoverhalten zu reduzieren. Beeinflusst wird die Intenti-

onsbildung durch drei kognitiv-affektive Variablen, nämlich Risikowahrnehmung, Handlungsergebniserwartung sowie Selbstwirksamkeitserwartung.

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 potenziell dazu in der Lage sind, gewünschte Ergebnisse zu erzielen und die Bedrohung zu reduzieren (z. B. »Wenn ich

aufhören zu rauchen, verringert sich die Wahrscheinlichkeit eines Herzinfarktes.«.) 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 selbst angesichts von auftretenden Schwierigkeiten ein bestimmtes Verhalten initiieren und durchhalten können.

Es gibt eine Reihe von Studien, die den Einfluss dieser drei Variablen auf die Intentionenbildung 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 Intentionenbildung 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 Voratz 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 gehandelt 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 das Verhalten auch wirklich zutraut.

In der *aktionalen Phase* wird das entsprechende Verhalten ausgeführt und aufrechterhalten. Während der Handlung (aktivierung) 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 wieder eine wichtige Rolle, da sie Anstrengung, Ausdauer und den Umgang mit Schwierigkeiten bei der Verhaltensänderung positiv beeinflussen.

In der *postaktionalen Phase* erfolgt eine Bewertung der ausgeführten Handlung 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 sicherlich negativ auf die Volitionsstärke aus. Wird ein Misserfolg hingegen sehr ungünstigen äußeren Bedingungen zugeschrieben, kann dies weiteren

Versuchen 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 Kompetenzerwartungen. Werden erfolgreiche Realisierungsversuche allerdings externen Ursachen zugeschrieben, 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. So schlagen Renner und Schwarzer (2003) vor, dass für Personen in der Motivationsphase vor allem Risiko- und Ressourcenkommunikation zur Förderung der Intentionsbildung nützlich sind, während Personen in der Volitionsphase vor allem von Interventionen profitieren, die Hinweise zur Zielstrukturierung und zur Handlungsplanung beinhalten. Die postulierten Prozesse in der motivationalen Phase sind in einer Reihe von Studien untersucht und weitgehend nachgewiesen worden. Hingegen sind die postintentionalen Prozesse weit weniger gut untersucht. Allerdings gibt es auch hier erste Befunde, die die Annahmen des HAPA-Modells stützen (Schwarzer, 2004).

### **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 effektiven Bewältigungsstrategien im Rahmen von Stressbewältigungstrainings dient daher ganz wesentlich der primären Prävention und Gesundheitsförderung.

#### **3.1 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 Umwelthanforderungen verstanden. 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 wird angenommen, 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, physische und soziale Gesundheit auswirken kann.

## Relationale Stresskonzeption

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

von Stress eine Wechselwirkung von Person und Situation zugrunde legt. Lazarus (1966; Lazarus & Folkman, 1984) geht davon aus, dass Stress das Ergebnis von subjektiven Einschätzungen und Bewertungsprozessen ist (siehe **Abbildung 22.2**).

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 eine Herausforderung, d. h. einen potenziellen Zugewinn, beziehen. Die *sekundäre Bewertung* beinhaltet die Einschätzung der eigenen Bewältigungsmöglichkeiten 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 gekennzeichnet durch ein subjektiv wahrgenommenes Ungleichgewicht zwischen internen und/oder externen Anforderungen und den zur Verfügung stehenden Bewältigungsmöglichkeiten. Diese Wahrnehmung wird durch objektive Merkmale der Situation, aber auch durch Personenmerkmale, z. B. Ziele, Commitments und Kompetenzen, beeinflusst. Demzufolge impliziert die relationale Stressauffassung, 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 (vgl. **Abbildung 22.2**).

Primäre und sekundäre Bewertung laufen nicht, wie man aus der Bezeichnung schließen könnte, nacheinander ab, sondern sind als sich gegenseitig beeinflussende Prozesse konzipiert. Weiterhin 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 Erfolges 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 Anforderungen,

die als die eigenen Fähigkeiten stark beanspruchend oder gar übersteigend bewertet werden umzugehen, d. h. diese zu beseitigen, zu reduzieren oder zu tolerieren (Lazarus & Folkman, 1984). Die verhaltensbezogenen Bewältigungsformen beinhalten aktive, direkt beobachtbare Verhaltensweisen wie problemlösendes Handeln, die Suche nach sozialer Unterstützung und Entspannung. Bei den kognitiven Bewältigungsformen handelt es sich um intrapsychische Prozesse der Wahrnehmung und Interpretation wie beispielsweise Bagatellisierung, positive Umdeutung und Selbstbeschuldigung. Generell können Bewältigungsmaßnahmen zwei Funktionen erfüllen: Die *problemorientierte Bewältigung*

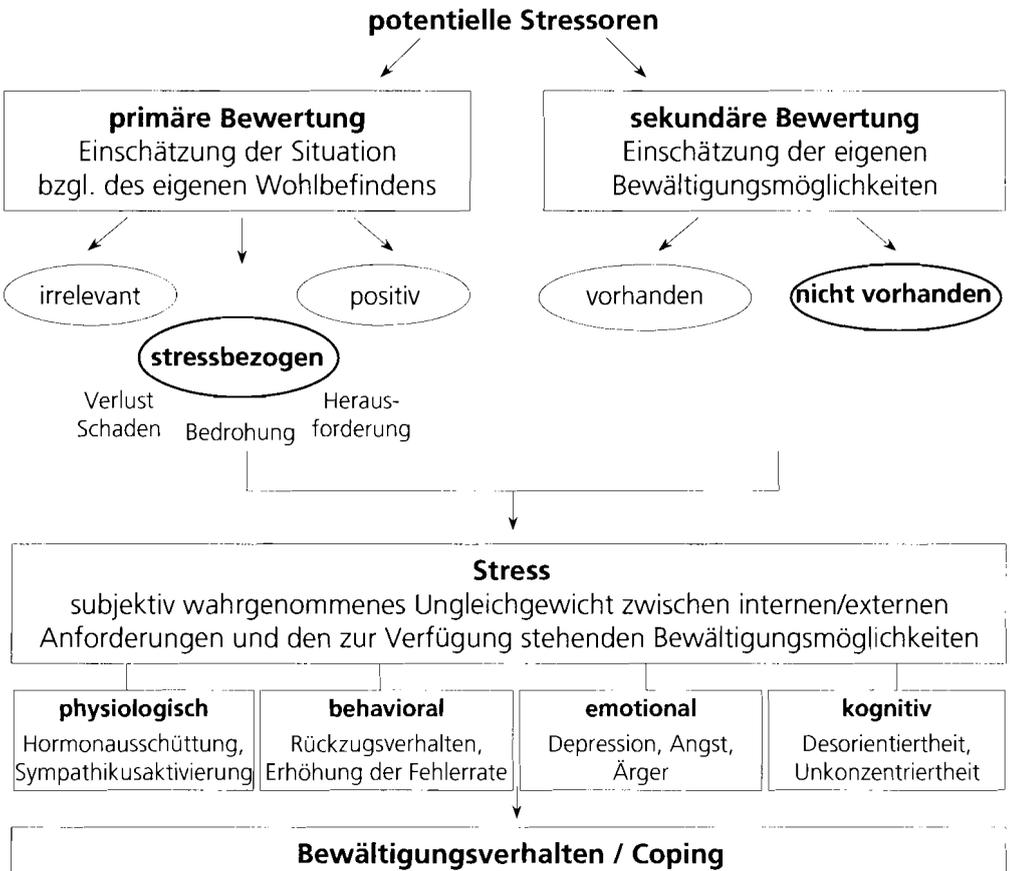


Abbildung 22.2: Transaktionales Stressmodell

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 Verleugern der Situation gerichtet sind.

### 3.2 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 im Umgang mit beruflichen und privaten Belastungssituationen. Andererseits gibt es Programme, die speziell auf die spezifischen Problemsituationen und Anforderungen bestimmter Personengruppen zugeschnitten sind. So sind beispielsweise 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 (Schmerzpatienten, Krebspatienten) zur Vorbeugung von Chronifizierungen und Rückfällen sowie zur Verbesserung der Krankheitsverarbeitung eingesetzt (vgl. Kaluza, 2002).

Ausgehend vom transaktionalen Stresskonzept (siehe Abschnitt 3.1, **Abbildung 22.2**) greifen Stressbewältigungstrainings an drei

verschiedenen Ansatzpunkten in das Stressgeschehen ein (Kaluza, 2002, 2003):

Den ersten Ansatzpunkt stellen die *potenziellen Stressoren* dar. Ziel ist die Reduktion und/oder Vermeidung von belastenden Situationen durch die Vermittlung von instrumentellen Bewältigungskompetenzen zur selbständigen Lösung von Problemen und zur aktiven Veränderung von Umweltgegebenheiten. Zum Einsatz kommen hier vor allem Trainings zum Aufbau von Selbstmanagementkompetenzen und zur Förderung sozialkommunikativer Fähigkeiten, um problembezogene Bewältigungsstrategien wie systematisches Problemlösen, Arbeitsorganisation, Zeitplanung, Nein-Sagen-Können und die Suche nach sozialer Unterstützung zu verbessern.

Den zweiten Ansatzpunkt stellen die *stressinduzierenden Kognitionen* dar. Ziel ist es, das wahrgenommene Ungleichgewicht zwischen Anforderungen und Ressourcen aufzulösen oder umzukehren, entweder durch eine Verringerung der wahrgenommenen Anforderungen und/oder durch die Erhöhung der wahrgenommenen Ressourcen. Mit Hilfe 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.«, »Das bekomme ich schon hin.«) umgewandelt werden. Entscheidend ist dabei, dass die kognitiven Interventionstechniken 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 sog. palliativer Bewältigungsstrategien. Im Mittelpunkt steht hier 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 verhaltensübende 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. Erkenntnisse gesundheitspsychologischer Forschung kommen in Form von Programmen zur Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Rehabilitation zur Anwendung. In den letzten Jahren haben insbesondere Gesundheitsförderung und Prävention an Bedeutung gewonnen. Ausdruck dieser Entwicklung ist die aktuelle Diskussi-

on über die Einführung eines Gesetzes zur Stärkung der Prävention im Gesundheitssystem. Ziel ist die Verankerung von Vorbeugung und Gesundheitsförderung im direkten Lebensumfeld der Menschen und die Stärkung der Eigeninitiative und Eigenverantwortung. Prävention soll neben Behandlung, Rehabilitation und Pflege einen gleichberechtigten Stellenwert im Gesundheitssystem einnehmen (Pressemitteilung des Bundesministers für Gesundheit und Soziale Sicherung, 20.10.2004). 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

- Faltermeier, T. (2005). *Gesundheitspsychologie*. Stuttgart: Kohlhammer
- Jerusalem, M. & Weber, H. (Hrsg.) (2003). *Psychologische Gesundheitsförderung: Diagnostik und Prävention*. Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R., Jerusalem, M. & Weber, H. (Hrsg.) (2002). *Gesundheitspsychologie von A bis Z. Ein Handwörterbuch*. Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. (2004). *Lehrbuch der Gesundheitspsychologie*. (3., überarbeitete und erweiterte Aufl.). 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

- Amelang, M. & Schmidt Rathjens, C. (2003). Persönlichkeit, Krebs und koronare Herzerkrankungen: Fiktionen und Fakten in der Ätiologieforschung. *Psychologische Rundschau*, 54, 12–23.
- Armitage, C. J. & Conner, M. (2000). Social cognition models and health behaviour: A structured review. *Psychology and Health*, 15, 173–189.
- Aspinwall, L. G., Richter, L. & Hoffman, R. R. I. I. (2001). Understanding how optimism works: An examination of optimists' adaptive moderation of belief and behavior. In E. C. Chang (Hrsg.), *Optimism & Pessimism: Implications for theory, research, and practice* (S. 217–238). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York, NY: W. H. Freeman.
- Cohen, S. & Syme, S. L. (Hrsg.). (1985). *Social support and health*. San Diego, CA: Academic Press, Inc.
- Friedman, H. S., Tucker, J. S., Tomlinson Keasey, C., Schwartz, J. E. et al. (1993). Does childhood personality predict longevity? *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 176–185.
- Gollwitzer, P. M. (1999). Implementation intentions: Strong effects of simple plans. *American Psychologist*, 54, 493–503.
- Heckhausen, H. (1989). *Motivation und Handeln* (2. Aufl.). Berlin: Springer.
- Jerusalem, M. & Weber, H. (Hrsg.) (2003). *Psychologische Gesundheitsförderung. Diagnostik und Prävention*. Göttingen: Hogrefe.
- Kaluza, G. (2002). Stressmanagementprogramme. In R. Schwarzer, M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie von A bis Z. Ein Handwörterbuch* (S. 578–582). 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*. 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. 331–388). 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*. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Kirschbaum C. (2005). Psychoneuroimmunologie. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie: Gesundheitspsychologie*. 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.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York, NY: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Maddux, J. E. (2002). Self-efficacy: The power of believing you can. In S. Lopez & C. R. Snyder (Hrsg.), *Handbook of positive psychology* (S. 277–287). London: Oxford University Press.
- 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.
- Renner, B. & Schwarzer, R. (2003). Social-cognitive Factors in health behavior change. In K. A. Wallston & J. Suls (Hrsg.), *Social psychological foundations of health and illness* (S. 169–196). Malden, MA: Blackwell Publishers.
- 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 (Hrsg.), *Optimism & Pessimism: Implications for theory, research, and practice* (S. 189–216). Washington, DC: American Psychological Association.
- Schwarzer, R. (1994). Optimistische Kompetenzerwartung: Zur Erfassung einer personellen Bewältigungsressource. *Diagnostica*, 40, 105–123.
- Schwarzer, R. (2004). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens* (3., überarb. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R., Jerusalem, M. & Weber, H. (Hrsg.) (2002). *Gesundheitspsychologie von A bis Z. Ein Handwörterbuch*. Göttingen: Hogrefe.
- Selye, H. (1950). *The physiology and pathology of exposure to stress*. Oxford: Acta, Inc.
- 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. (2005). Persönlichkeit und Gesundheit. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie: Gesundheitspsychologie*. 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 and Medicine*, 44, 1089–1096.