

# FREIE UNIVERSITÄT BERLIN

## Auf dem Weg zu einer sozialkognitiven Theorie des Gesundheitsverhaltens

Reinhard Fuchs, Andre Hahn, Matthias Jerusalem,  
Anja Leppin, Waldemar Mittag & Ralf Schwarzer



# **Arbeitsberichte des Instituts für Psychologie**

*Herausgegeben von*

*Detlev Liepmann, Hellgard Rauh und Jürgen Otto*

## **Auf dem Weg zu einer sozialkognitiven Theorie des Gesundheitsverhaltens**

**Reinhard Fuchs, Andre Hahn, Matthias Jerusalem,  
Anja Leppin, Waldemar Mittag & Ralf Schwarzer**

Nr. 11  
Februar 1989

**Adresse für Bestellungen und Rückfragen:**

Professor Dr. Ralf Schwarzer  
Institut für Psychologie (WE 7)  
Fachbereich Erziehungs- und  
Unterrichtswissenschaften  
Freie Universität Berlin  
Habelschwerdter Allee 45  
D-1000 Berlin 33

- Auf dem Weg zu einer sozialkognitiven Theorie des  
Gesundheitsverhaltens -

von

Reinhard Fuchs, Andre Hahn, Matthias Jerusalem,  
Anja Leppin, Waldemar Mittag & Ralf Schwarzer

0.	Vorwort .....	2
1.	Einleitung .....	3
2.	Zur Rolle von Motivation und Volition beim Gesundheitsverhalten .....	10
	2.1 Motivation zum Gesundheitsverhalten: Die Bildung von gesundheitsrelevanten Vorsätzen.....	11
	2.2 Volition: Die Ausführung von Gesundheitsverhaltensweisen .....	14
3.	Gesundheitsbezogene Selbstschemata .....	18
	3.1 Konzeption von Selbstschemata und ihre Gesundheitsrelevanz .....	18
	3.2 Struktur gesundheitsrelevanter Selbstschemata .	20
	3.3 Aktivierung von Selbstschemata: Kosten-Nutzen- Abwägungen .....	32
4,	Regulationsprozesse in gesundheitsrelevanten Person-Umwelt-Auseinandersetzungen .....	41
	4.1 Zur funktionalen Rolle gesundheitsbezogener Kognitionen .....	41
	4.2 Bewältigungsfunktionen des Gesundheitsverhaltens	44
	4.3 Emotionen als Determinanten bzw. Konsequenzen des Gesundheitsverhaltens .....	47
5.	Literatur .....	49

## 0. Vorwort

*Der vorliegende Entwurf zielt auf die Entwicklung eines theoretischen Bezugsrahmens für Forschungsaktivitäten im Bereich der Gesundheitspsychologie. Es fehlt an einer umfassenden Theorie des Gesundheitsverhaltens, welche in der Lage ist, die Vielzahl der gesundheitlich bedeutsamen Handlungen konzeptionell zu integrieren. Wir glauben, daß eine solche Theorie vor allem die sozialen Kontextbedingungen auf der Ebene alltäglicher sozialer Interaktionen sowie die kognitiven Prozesse angesichts von situativen Anforderungen und von Handlungsalternativen berücksichtigen sollte. Die allgemeine Fragestellung lautet: Wie lassen sich gesundheitsrelevante Handlungen und Verhaltensroutinen beschreiben, erklären, vorhersagen und beeinflussen, wenn man dabei auf die Analyse von selbstbezogenen Kognitionen und von Prozessen der Belastungsregulation -- vor allem in sozialen Situationen -- zurückgreift? Dabei kreisen unsere Überlegungen vor allem um drei Themenkomplexe, nämlich (a) Motivation und Volition beim Gesundheitsverhalten, (b) gesundheitsbezogene Selbstschemata, und (c) Regulationsprozesse in der Person-Umwelt-Auseinandersetzung.*

*Der vorliegende Text ist aus Diskussionen zu dieser Frage entstanden und beruht auf Bruchstücken, die die sechs Autoren zusammengetragen haben. Der Text ist also nicht konsistent durchformuliert und enthält einige Überlappungen. Trotz der Vorläufigkeit der Überlegungen haben wir uns dazu entschlossen, eine kleine Auflage als Arbeitspapier zu vervielfältigen, um die Ideen zur Diskussion zu stellen und um hilfreiche Anregungen für die Weiterarbeit zu erhalten.*

*Berlin, im Januar 1989*

*Ralf Schwarzer*

## 1. Einleitung

Es gibt eine Reihe von theoretischen Überlegungen zur Vorhersage und Erklärung des Gesundheitsverhaltens, die sich kognitiver und sozialer Bestimmungsstücke bedienen. Am bekanntesten sind die Theory of Reasoned Action (Fishbein & Ajzen 1975, Ajzen & Fishbein 1980) und das Health-Belief-Modell (Rosenstock 1966, Becker 1974). Ein Grundgedanke liegt in der Annahme, daß Menschen vor allem dadurch in ihrem Gesundheitsverhalten beeinflußt werden, was sie über Gesundheit und Krankheit sowie Prävention wissen und glauben. Die *Theory of Reasoned Action* legt den Schwerpunkt nicht auf das Verhalten selbst, sondern auf die Vorsatzbildung, also die Konstellation möglicher Determinanten einer Verhaltensintention. Das Modell enthält fünf Komponenten: Überzeugungen, die Einstellung und subjektive Norm sowie die Intention und das Verhalten. Ein Verhalten (z. B. Sporttreiben, Rauchen) beruht demnach auf einer Intention, die letztlich auf bestimmte persönliche und normative Überzeugungen zurückzuführen ist (Abb. 1).

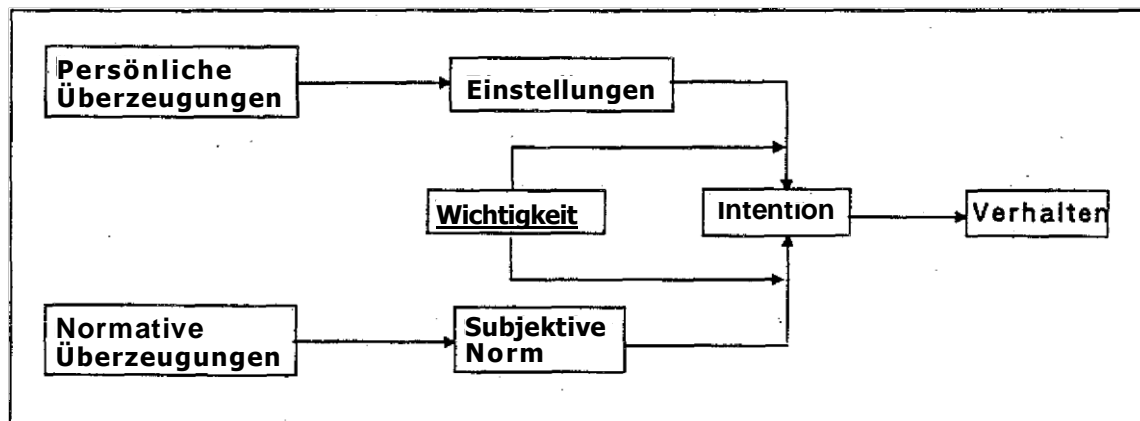


Abbildung 1: *Theory of Reasoned Action* (nach Ajzen & Fishbein 1980, S. 8)

Der Entschluß zum Handeln wird durch zwei Faktoren direkt bestimmt, die Einstellung gegenüber dem Verhalten und der subjektiven Norm. Die Einstellung ist die bilanzierende Bewertung der für die Person bedeutsamen (salienten) Vor- und Nachteile einer Handlung. Die subjektive Norm spiegelt die wahrgenommenen Einstellungen der relevanten Bezugspersonen zum fraglichen Verhalten wider, sie ist also eine Art verallgemeinerter Erwartungsdruck. Wie stark diese beiden Modellkomponenten die Vorsatzbildung bestimmen, hängt daneben auch von deren relativer Wichtigkeit ab. Die kognitiven Vorläufer dieser Modellkomponenten sind die persönlichen und normativen Überzeugungen (beliefs). Die persönlichen Überzeugungen richten sich auf die möglichen Ergebnisse des betreffenden Verhaltens sowie auf deren Bewertung. Somit umfaßt diese Kognition die Handlungs-Ergebnis-Erwartung und die Ergebnis-Folge-Erwartung. In dieser Theorie fehlt allerdings die Selbstwirksamkeitserwartung (vgl. Bandura 1977, 1986). Die normativen Überzeugungen richten sich auf Erwartungen seitens spezifischer Bezugsgruppen oder Bezugspersonen ("signifikante Andere"). Die Person glaubt, andere meinen, sie solle ein bestimmtes Verhalten ausführen oder nicht, Sie ist dabei mehr oder weniger motiviert, sich nach der einen oder anderen Bezugsperson zu richten, Um nun Verhaltensänderungen zu bewirken, müssen erst die genannten Kognitionen (Überzeugungen, Einstellung, subjektive Norm und Intention) geändert werden. "According to the theory of reasoned action, behavioral change is ultimately the result of changes in belief" (Ajzen & Fishbein 1980, S, 81). Die Kognitionen sind der Schlüssel zu Verhaltensänderungen. Die Theorie war ursprünglich mit dem Anspruch angetreten, die Kluft zwischen Einstellung und Verhalten zu überwinden, aber sie hat sich als eine neue Theorie der Vorsatzbildung entpuppt, in der die Kluft zwischen Intention und Verhalten unüberwunden bleibt. Dieses Problem ist ein Anliegen der Volitionstheorie (s. u.).

Das schon in den 50er Jahren entstandene *Health-Belief-Modell* (vgl. Rosenstock, 1966; Becker, 1974) sieht ebenfalls das menschliche Handeln als rational bestimmt an. Zur Vorhersage des Vorsorgeverhaltens, des Aufsuchens medizinischer Beratung und Behandlung sowie des Befolgens ärztlicher Ratschläge (Compliance),

wurden kognitiv-soziale Variablen ermittelt und auf wenige Faktoren reduziert. Ein Faktor betrifft die subjektive *Vulnerabilität* (perceived susceptibility to illness). Wer sich selbst als "für Erkrankungen empfänglich" (für "verwundbar") hält, wird eher geneigt sein, sich präventiv zu verhalten bzw. den ärztlichen Anweisungen Folge zu leisten. Die meisten Menschen unterschätzen offenbar ihre prinzipielle Anfälligkeit für Krankheiten und unterlassen auch aus diesem Grunde die erwünschten Gesundheitsverhaltensweisen. Ein anderer Faktor betrifft den erlebten *Schweregrad* von Symptomen (perceived severity). Offenbar wird häufig die objektive Gefährlichkeit von Krankheiten unterschätzt. Symptome werden nicht ernst genommen, so daß kein Gefühl der Bedrohung entsteht, welches zum Gesundheitsverhalten motivieren könnte. Der Grad der Bedrohlichkeit und die Vulnerabilität sind miteinander korrespondierende Faktoren. Jedoch reicht es nicht aus, eine Gesundheitsgefahr nur ernst zu nehmen und sich persönlich als anfällig dafür einzuschätzen. Zusätzlich muß das Vorhandensein einer wirksamen *Gegenmaßnahme* erwartet werden, welche es gestattet, der Krankheit vorzubeugen oder sie erfolgreich zu behandeln (expectancies for efficacy of treatment). Dieser Faktor löst eine Kosten-Nutzen-Abwägung aus: Die Vorbeugung oder Behandlung mag teuer, schmerzhaft, umständlich oder schwer zugänglich sein, was dem erwarteten Nutzen gegenüberzustellen ist. Jemand könnte sich z. B. fragen, ob es sich überhaupt lohnt, täglich zweimal die Zähne zu putzen, wenn dafür eines Tages die Entfernung der Zähne nur um wenige Jahre hinausgeschoben wird. Ebenso läßt sich ausrechnen, daß bei intensiver sportlicher Betätigung die Lebenserwartung um vielleicht zwei Jahre verlängert wird, daß dieser Lebenszeitgewinn aber dem Zeitverlust durch den Sport selbst entspricht. Neben diesen Faktoren sind im Health-Belief-Modell noch externe und interne Reize vorgesehen, die als *Handlungsanstöße* wirken ("cues to action"), Die Beziehung der Modellkomponenten ist in Abbildung 2 veranschaulicht.



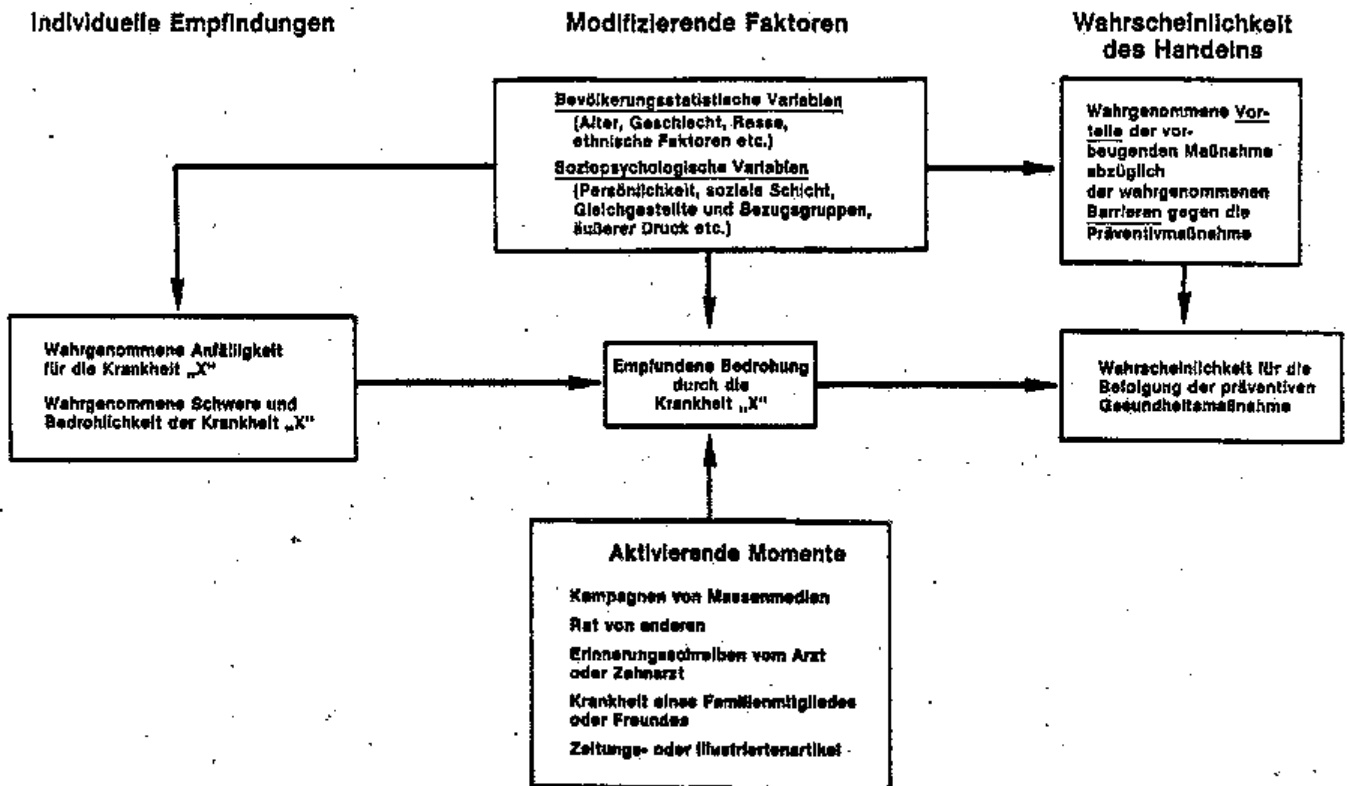


Abbildung 2: Das Health-Belief-Modell (aus: Haynes, Taylor & Sackett, 1979, dt. 1986, S. 95)

In einer Reihe von Arbeiten wurde versucht, die Erklärungs- oder Vorhersageleistung dieses Modells empirisch zu prüfen (vgl. Janz & Becker, 1984; Mullen, Hersey, & Iverson, 1987). Es gibt offenbar konsistente, aber nur schwache Zusammenhänge zwischen den Modellkomponenten und dem Gesundheits- und Krankheitsverhalten. Diese empirische Schwäche dürfte auch mit der mangelnden theoretischen Stringenz sowie den Operationalisierungsproblemen zu

erklären sein. Die Konzepte sind nicht präzise genug definiert, die verbindenden Kausalannahmen nicht genügend elaboriert, und man weiß nicht ganz genau, wie man die Variablen überhaupt messen soll.

Eine Abwandlung des Health-Belief-Modells stellt das *Preventive Behavior Modell* von Bausell (1985, 1986, 1987) dar. Darin wird zwischen primären und sekundären Determinanten des Gesundheitsverhaltens sowie den Handlungsanstößen unterschieden. Primäre Determinanten sind die perzipierte Wirksamkeit, die Vulnerabilität, Handlungsbarrieren, Gesundheitsvalenz, gesundheitliches Kontrollbedürfnis, Lebensbejahung sowie weitere Persönlichkeitsmerkmale. Sekundäre Determinanten sind Geschlechtszugehörigkeit, Bildungsstand, Einkommen sowie kognitive und affektive Faktoren (vgl. Abb. 3).

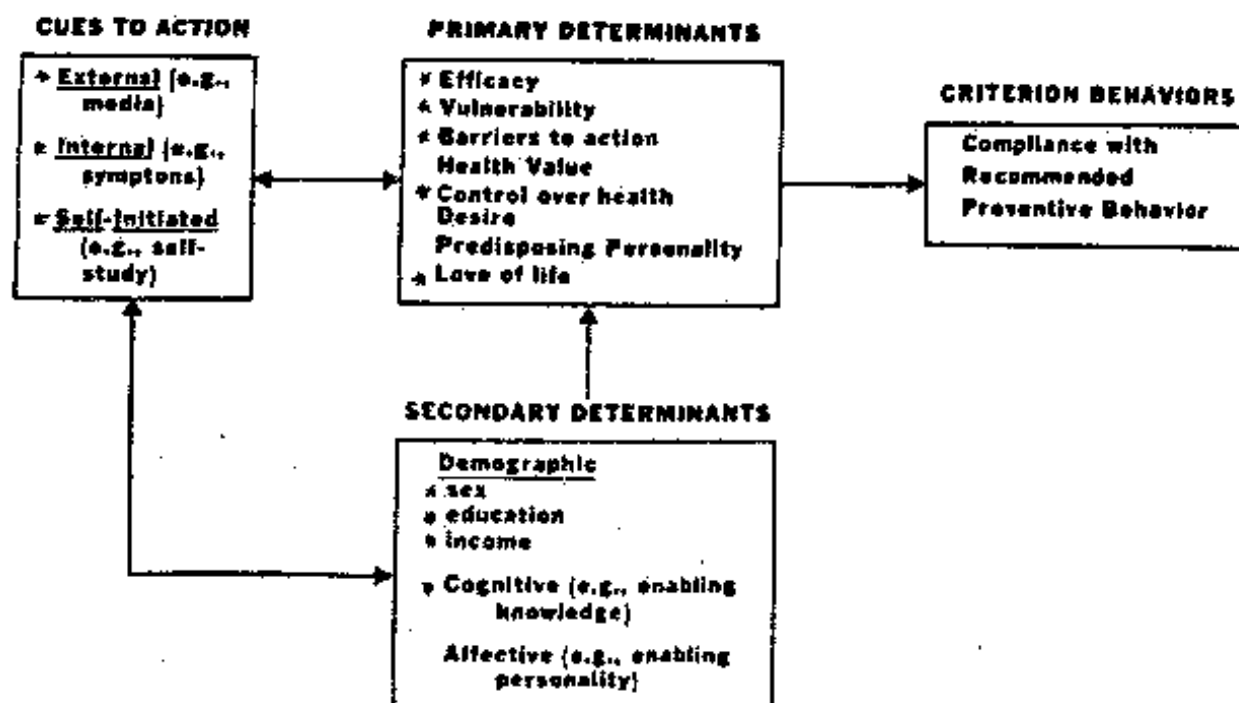


Abbildung 3: Preventive Behavior-Modell von Bausell (1986) nach Versteegen (1988)

Nur die primären Determinanten gehen dem Gesundheitsverhalten direkt voraus, während die anderen beiden Modellkomponenten einen indirekten Einfluß ausüben, indem sie durch die primären Determinanten vermittelt werden.

Aus der Evaluation von Programmen zur Gesundheitserziehung ist das Modell PRECEDE hervorgegangen (Green, Kreuter, Deeds & Patridge, 1980). Der Begriff stellt ein Akronym dar für *Predisposing, Reinforcing, and Enabling Constructs in Educational Diagnosis and Evaluation*. Das Modell postuliert drei verhaltensbestimmende Faktorengruppen:

1. Persönliche Voraussetzungen (predisposing factors) wie z. B. Wissen, Einstellungen, Überzeugungen, Werte, Wahrnehmungen oder Selbstwirksamkeitserwartungen (i. S. von Bandura, 1977).
2. Begünstigende (oder erschwerende) Faktoren (enabling factors) wie z. B. Merkmale der Situation bzw. Umgebungseinflüsse.
3. Verstärker (reinforcing factors) wie z. B. Belohnung oder Bestrafung, Gewinn oder Verlust -- einschließlich der erwarteten Zuwendung durch andere (social support).

Dieses Modell legt mehr Gewicht auf situative Faktoren als die anderen Modelle, indem die Hinderungsgründe näher analysiert werden, die der Ausführung eines Gesundheitsverhaltens im Wege stehen (Faktor 2). Der dritte Faktor richtet sich auf die Aufrechterhaltung eines Verhaltens über längere Zeiträume, indem die Wirkung von Bekräftigungen für erwünschtes Verhalten betont wird. Mit dem Einbezug der Selbstwirksamkeitserwartung in den ersten Faktor ist es gelungen, situationsspezifische selbstbezogene Kognitionen, die sich im Rahmen der sozialen Lerntheorie als verhaltensrelevant erwiesen haben, in den Ansatz zu integrieren.

Im vorliegenden Entwurf sollen erste Überlegungen zu einer integrativen *sozial-kognitiven Gesundheitsverhaltenstheorie* angestellt werden, die über die genannten Ansätze hinausgehen. Der Schwerpunkt liegt auf den Bedingungen des Gesundheitsverhaltens: welche kognitiven, motivationalen und emotionalen Vorgänge beeinflussen die Initiierung und die Aufrechterhaltung gesundheitsrelevanten Handelns in sozialen Situationen? Dabei geht es für das

Individuum primär um Sozialverhalten oder um alltägliche Lebensbewältigung schlechthin, während die "Gesundheitsrelevanz" dieser Verhaltensweisen oft nur aus der Beobachterperspektive identifiziert wird. (Z. B. treibt jemand Sport, weil es für ihn ein geselliges Vergnügen darstellt, nicht aber weil es gesund ist. Oder jemand raucht, weil es zu seiner sozialen Identität innerhalb einer Bezugsgruppe beiträgt, nicht aber weil ihm die Kenntnis fehlt, daß Rauchen ungesund ist.) Daran wird ersichtlich, daß keine simplen Ursache-Wirkungs-Beziehungen (z. B. innerhalb einer Menge gesundheitlicher Überzeugungen) zu erforschen sind, sondern multiple Ursachen, die gegeneinander und miteinander wirken können, für die verschiedene theoretische Überlegungen -- teils konkurrierend -- formuliert werden müssen.

Im Mittelpunkt dieses Entwurfs sollen selbstbezogene Kognitionen bzw. Selbstschemata stehen, die im Rahmen aktueller Person-Umwelt-Bezüge erworben und aktiviert werden. Selbstschemata lassen sich theoretisch in kognitive, emotionale und behaviorale Komponenten aufteilen und können dementsprechend eine emotions- und motivationsbildende sowie handlungssteuernde Funktion übernehmen. Im Sinne dieser Überlegungen soll in Abschnitt 3 genauer auf die Definition, Struktur und Funktionen kognitiver Selbstschemata eingegangen und ihre Relevanz im Hinblick auf Gesundheitsverhalten diskutiert werden. Zunächst wird jedoch die Bedeutung von Motivation und Volition beim Gesundheitsverhalten erörtert.

## **2. Zur Rolle der Motivation und Volition beim Gesundheitsverhalten**

Innerhalb der Prävention und Intervention von Gesundheitsverhalten hat die Motivation für oder gegen gesundheitsrelevantes Verhalten eine zentrale Bedeutung. Hier bedarf zunächst die Phase der Entschlußbildung der Erforschung, z. B. wenn es darum geht, daß jemand explizit den Entschluß faßt, Sport zu treiben und nicht zu rauchen. Zur Einleitung einer solchen Phase bedarf es zunächst diskrepanter Information, die der Person einen Widerspruch zwischen ihrem bisherigen Verhalten und einer erstrebenswerten Alternative offenbart. Beim Aufzeigen derartiger Alternativen liegt ein Schlüsselproblem jeglicher Gesundheitsprävention: der Hinweis, die Fortsetzung eines Risikoverhaltens würde in einer späteren Lebensphase -- mit einer noch unbekanntem Wahrscheinlichkeit -- zu gesundheitlichen Belastungen führen, verfehlt die erwünschte Wirkung, da dies -- vor allem für Kinder und Jugendliche -- zu abstrakt und vage erscheint und daher mit gegenwärtigen attraktiveren Handlungstendenzen nicht konkurrieren kann. Will man z. B. Kindern eine regelmäßige Zahnhygiene und das Vermeiden von Süßigkeiten nahebringen, so sind Hinweise und Drohungen bezüglich späterer Kariesbildung nur wenig verhaltenswirksam, weil sie in Konkurrenz zu kurzfristig angenehmen Zuständen stehen. Der Entschluß, gesundheitsrelevante Handlungen auszuführen, ist weniger durch Induktion von Angst als durch Integration in das Selbstkonzept zu realisieren. Es müssen Modellvorstellungen von lebensstüchtigen und attraktiven Menschen -- wie es z. B. in der kommerziellen Werbung getan wird -- vermittelt werden, die die erwünschten Verhaltensweisen manifestieren.

Das aufgezeigte Schlüsselproblem der Prävention betrifft nicht nur die Phase der Motivation sondern auch die der Volition. Dabei geht es um die Umsetzung eines einmal gefaßten Entschlusses in tatsächliches Handeln sowie die Aufrechterhaltung einer Handlung über einen längeren Zeitraum (Heckhausen, 1987; Kuhl, 1983). Gesucht werden Ursachenfaktoren dafür, daß aufgrund von Einsicht gefaßte Entschlüsse entweder überhaupt nicht in die Tat umgesetzt werden oder sich nur kurzfristig im Handeln manifestieren ("Der

Geist ist willig, aber das Fleisch ist schwach"). In den folgenden beiden Abschnitten soll auf Motivation und Volition beim Gesundheitsverhalten näher eingegangen werden.

## **2.1 Motivation zum Gesundheitsverhalten: Bildung von gesundheitsrelevanten Vorsätzen**

Eine motivationspsychologische Perspektive des Gesundheitsverhaltens rückt das Problem der Vorsatzbildung ins Blickfeld: Aus welchen Gründen bildet z. B. jemand den Vorsatz (die Absicht, den Entschluß), in Zukunft gesund leben zu wollen? Anschließend stellen sich die Fragen, 1) ob der Vorsatz die aktuellen Entscheidungen beeinflusst und, falls ja, 2) ob die erstrebten Handlungen ausgeführt und aufrechterhalten werden (volitionspsychologische Perspektive).

Die Bildung von Vorsätzen hängt ab von der subjektiven Bedeutsamkeit (saliency) des fraglichen Lebensausschnitts, von gesundheitsbezogenem Wissen und von normativen Überzeugungen und Einstellungen, die soziokulturell vermittelt sind. Die *normativen Überzeugungen* kreisen entweder um allgemeine Themen wie z. B. "Das Wichtigste im Leben ist die Gesundheit" oder "Sozial anerkannt zu werden, ist die Hauptsache -- egal, was es kostet" oder um spezifische Aspekte wie z. B. "Man muß sich durch Sport körperlich fit halten" oder "Man muß seine Gelassenheit durch Rauchen demonstrieren". *Gesundheitskonzepte* (z. B. "Alkohol schadet der Leber" oder "Bis zu einem halben Liter Wein täglich zu trinken, ist harmlos") stellen subjektive Überzeugungen dar und stehen zu den normativen Überzeugungen in einer noch ungeklärten Beziehung. Die *subjektive Bedeutsamkeit von Gesundheit* hängt offenbar von den sozial vermittelten Werten und von der eigenen und stellvertretenden Erfahrung mit Gesundheitsproblemen ab. Für die meisten Jugendlichen ist die körperliche Gesundheit ein wenig bedeutsames Thema. Aspekte der psychischen und sozialen Gesundheit erscheinen aus der Beobachterperspektive für diese Altersgruppe bedeutsamer, sind allerdings für die Betroffenen nur selten mit dem Konzept "Gesundheit" verknüpft. Vielmehr geht es

bei ihnen um die alltägliche Lebensbewältigung vor dem Hintergrund der Identitätsbildung und der Fortentwicklung der Persönlichkeit. Innerhalb der sozialen Bezugsgruppen anerkannt zu werden und Lebenserfahrungen zu sammeln (d. h. Ich-Identitäten zu erproben), sind vordringliche Bedürfnisse. Rauchen und Trinken zählen zu den entwicklungstypischen, sozial beeinflussten Verhaltensweisen, die für die kurzfristige Befriedigung dieser Bedürfnisse funktional sind und daher einen positiven Beitrag zur augenblicklichen psychosozialen Gesundheit liefern können. Bei einer subjektiven Kosten-Nutzen-Betrachtung erscheinen diese Risiken als akzeptierbar angesichts des unmittelbaren Vorteils für die derzeitige Lebensbewältigung. Daran wird deutlich, daß das Gesundheitsverhalten eines Einzelnen als deviant einzustufen wäre, wenn in der Bezugsgruppe das Risikoverhalten die Norm darstellt. Der Entschluß, ein bestimmtes gesundheitliches Risikoverhalten zu unterlassen, kann somit im Konflikt zu dem Entschluß stehen, ein bestimmtes Sozialverhalten auszuüben, welches für die Lebensbewältigung als stärker funktional erscheint.

Ein und dasselbe Verhalten kann demnach zwei Konsequenzen enthalten, eine kurzfristig positive und eine langfristig potentiell negative. Ziel einer Intervention müßte demnach eigentlich sein, funktional äquivalente Verhaltensweisen zu identifizieren und zu vermitteln, denen nicht dieser Doppelcharakter zu eigen ist (vgl. Kastner & Silbereisen, 1988).

Einschränkend muß gesagt werden, daß diese Problematik speziell für einige Risikoverhaltensweisen gilt (z. B. Rauchen und Trinken), nicht jedoch für viele andere Gesundheitsverhaltensweisen wie z. B. Zahnpflege, Körperhygiene und Sport. Die Vorsatzbildung ist bei diesen Gesundheitsverhaltensweisen weniger konfliktbehaftet. Vielmehr ist deren Aufrechterhaltung ein Volitionsproblem. Ernährungsprobleme schließlich lassen sich noch weniger deutlich zuordnen.

Um die Vorsatzbildung zu beeinflussen, könnte man auf die subjektive Bedeutsamkeit, das Wissen und die Überzeugungen einzuwirken versuchen. Ein solcher Ansatz zielt auf die *Modifikation von*

*Gesundheitskonzepten.* Eine Alternative wäre, die Lebensbewältigung von Jugendlichen auf andere Weise zu unterstützen, so daß der Rückgriff auf Risikoverhalten verzichtbar wäre. Ziel wäre dann die *Modifikation von Bewältigungskonzepten.* Hier können Überlegungen aus der Streßtheorie von Lazarus und Folkman (1984, 1987) zur Anwendung gelangen, insbesondere die Unterscheidung zwischen instrumentellem und emotionalem Coping sowie diverser Copingmodalitäten einschließlich der Aufrechterhaltung eines unterstützenden sozialen Netzwerks. Damit einher geht der Versuch, psychische Gesundheit im Sinne von Regulationskompetenz und Selbstverwirklichung zu fördern (vgl. Becker & Minsel, 1986).

Man kann also von zwei wesentlichen subjektiven Konzepten ausgehen, die die Vorsatzbildung beeinflussen und die meist gegeneinander konkurrieren: Gesundheitskonzept und Bewältigungskonzept. Auch wenn die Bewältigung sozialer Situationen für den Jugendlichen das primäre Anliegen darstellt, so kann ein gut fundiertes Gesundheitskonzept eine günstige Wirkung auf die Bildung von Vorsätzen ausüben.

In diesem Zusammenhang läßt sich auch folgende Beobachtung machen: Menschen scheinen ihren Alltag mit Hilfe selbstwertdienlicher Kognitionen (self-serving bias) zu bewältigen: bezüglich späterer Gesundheitsbelastung sind sie von einem ungerechtfertigten Optimismus beseelt. Sie können nicht auf angemessene realistische Weise die tatsächlichen Gefahren abschätzen, teils aufgrund von Unkenntnis, teils aufgrund von Wahrnehmungsverzerrungen. Der Gedanke an drohende Gefahren würde das Funktionieren im Alltag behindern. Der sorglose Optimismus ist daher instrumentell für die unmittelbare Lebensbewältigung. Die Induktion von Angst mit dem Ziel der Prävention zukünftiger Krankheiten könnte das bedürfnisgerechte Leben in der Gegenwart erschweren. Beispiele für die Modifikation von Gesundheitskonzepten sind in vielen modernen Interventionsansätzen zu finden. Da wird z. B. die Abträglichkeit von Risikoverhaltensweisen mit Hilfe sozialer Stimuli unterstrichen (z. B. "Wer küßt schon gern einen Aschenbecher?"). Die soziale Attraktivität von Menschen, die einem



Risikoverhalten frönen, läßt sich mit Hilfe psychologischer Techniken mindern, und zugleich läßt sich die soziale Attraktivität derjenigen erhöhen, die Gesundheitsverhalten praktizieren (vgl. die Fitneßwelle und das Schlankheitsideal). Es handelt sich hier *nicht* um "gesundheitliche Aufklärung" sondern um die "psychologische Beeinflussung gesundheitsrelevanter Verhaltensnormen". Dieser Ansatz dürfte z. Zt. derjenige mit der größten Breitenwirkung sein, soweit es um die Vorsatzbildung geht. Spezielle Interventionen bei Schülern könnten den damit eingeleiteten Trend nutzen und ihn gezielt durch weiterführende Maßnahmen verstärken. Dabei könnte der Schwerpunkt der Interventionen auf theoretischen Annahmen zum Aufbau und zur Funktionsweise von Selbstschemata beruhen. Darauf wird in Kapitel 3 näher eingegangen.

## **2.2 Volition: Ausführung von Gesundheitsverhaltensweisen**

Bei der Volition geht es um die Ausführung und Aufrechterhaltung von Handlungen, für die zuvor Vorsätze gebildet worden sind. Menschen neigen dazu, sich auf programmatische Verhaltensänderungen zunächst einzulassen (z. B. eine Sportart erlernen), sie dann aber wieder aufzugeben, wenn widerstrebende Handlungstendenzen die Oberhand gewinnen. Klinger (1977) nennt dies übrigens den ständigen Zyklus von Commitment und Disengagement.

Die Motivationsphase, in der die Intentionsgenese erfolgt, ist realitätsorientiert, d.h. sie ist charakterisiert durch das Abwägen von Anreiz- und Erwartungsaspekten mit Rücksicht auf die jeweiligen Umstände. Dabei neigt das Individuum angesichts von Zielkonflikten zur Lageorientierung, d.h. zur Tendenz, "kognitive Operationen so zu kontrollieren, daß eine Analyse von vorangegangenen, gegenwärtigen und zukünftigen Zuständen begünstigt wird" (Kuhl, 1984, S. 197). Als ungeklärt gilt, ob Handlungsorientierung innerhalb dieser Phase dysfunktional ausfällt (vgl. Heckhausen, 1987). Dagegen ist die Volitionsphase realisierungsorientiert, da in ihr mithilfe der kognitiven Handlungssteuerung und der Ausführungskontrolle die zuvor gebildeten Intentionen verwirklicht werden. Eine Lageorientierung wäre hier dysfunktional. Die Volitionsphase läßt sich nun wiederum unterteilen in die prä-

aktionale, die aktionale und die postaktionale Phase. In der prä-aktionalen Phase geht es um die zügige instrumentelle Handlungsplanung auf niederen Zielebenen, in der aktionalen Phase wird die gerade ablaufende Handlung kontrolliert (z. B. durch Abschirmung gegen konkurrierende unerledigte Intentionen), und in der post-aktionalen Phase geht es um die Bewertung der Handlungseffizienz sowie den Bedingungen dafür.

Das Hauptproblem beim alltäglichen Gesundheitsverhalten ist wohl nicht die Intentionenbildung sondern die Handlungsinitiierung. Während die Zielintentionen mehr oder weniger in die Lebensweise (life style) integriert sein können, erweisen sich untergeordnete Intentionselemente als unmittelbar handlungsauslösend. Im Anschluß an Lewin (1926) nennt Heckhausen (1987) zusätzliche Vornahmen, die der Zielintention untergeordnet sind und den Charakter von begrenzten Vorsätzen tragen: Initiierungsvornahmen, Ausführungsvornahmen und Desaktivierungsvornahmen. Diese Vorsätze sind in der präaktionalen Phase mental repräsentiert. Im Sinne eines kognitiven Probehandelns werden Handlungsabläufe und -wirkungen antizipiert. Die Handlungsplanung wird eröffnet, indem die möglichen Ausführungsschritte in vorgestellter Weise ablaufen. Dies kann sogar auftreten, bevor die eigentliche Zielintention überhaupt (in der Motivationsphase) endgültig gebildet wurde. Zum Teil sind viele Situationen schon hinreichend vorgeklärt und bedürfen keiner umfassenden Reflexion der Anreiz- und Erwartungsaspekte, zum Teil hilft die "vorgestellte Quasi-Realisierung von Zielen auf der untersten Ebene" (Heckhausen, 1987, S. 134) dabei, nur solche Intentionen zu bilden, die auch realitätsadäquat erscheinen.

Die Zielintentionen müssen nicht unbedingt bewußt sein, auch wenn sie irgendwie mental repräsentiert sind.. Sie können impliziter Bestandteil von Selbstschemata sein und in einer bestimmten Lebensweise zum Ausdruck kommen. Diese langfristig bestehenden, übergeordneten Intentionen bedürfen jedoch ständig erneuter Handlungsinitiierung. Es müssen also ganz konkrete Vornahmen gebildet werden, um zu initiieren (z. B. "Ich will heute Frühsport treiben"), um auszuführen (z. B. "Ich will die 5 km zu Ende laufen,

wie ich mir es vorgenommen habe") und um zu desaktivieren (z. B. "Ich verzichte auf ein weiteres Stück Torte"). Zur Realisierung der übergeordneten Intentionen (z. B. "Ich will gesund leben") sind demnach zahlreiche Miniatur-Intentionen (Vornahmen) erforderlich, die unmittelbar für die aktuelle Handlungskontrolle relevant sind. Die Handlungsinitiierung ist eine Funktion der Volitionsstärke, die ihrerseits positiv davon abhängt, wie stark die zugrundeliegende Intention ist, und negativ, wieviele Realisierungsversuche bereits mißlungen sind, wieviele ungenutzte Gelegenheiten bereits verstrichen sind und ob Anreize und Erwartungen sich seit dem Zeitpunkt der Intentionsbildung ungünstig verändert haben (vgl. Heckhausen & Gollwitzer, 1987; Heckhausen & Kuhl, 1985).

Zur Erforschung und Förderung von Volition ist es erforderlich, einerseits die "Distraktoren" und andererseits diejenigen Abschirm- und Durchhaltetendenzen zu identifizieren, die ein Mehr an Anstrengung und Ausdauer begünstigen. Ein Beispiel aus Gesundheitsprojekten ist die "öffentliche Willensbekundung", in der die Person anderen ihre Absicht kundtut, ihr Verhalten zu ändern, z. B. ihr Übergewicht zu reduzieren. Ein späteres Disengagement wäre dann mit einem Selbstwertverlust ("Gesichtsverlust") verbunden. Der Entschluß zur Handlung ist zu einem Bestandteil des Selbstkonzepts geworden, und ein unerwarteter Handlungsverzicht würde eine negative Selbstkonzeptdiskrepanz implizieren. Abschirmungs- und Durchhaltetechniken können selbstbezogene Kognitionen sein wie z. B. Erwartungen, ein bestimmtes Handlungsziel erreichen zu können (Selbstwirksamkeitserwartung i. S. von Bandura, 1977, 1986), oder die konzentrierte Bindung an einen zielführenden Handlungspfad.

Eine wesentliche Komponente von Volition ist die Fähigkeit zum Belohnungsaufschub ("delay of gratification", Mischel, 1966; Mischel & Mischel, 1983; Toner, 1984). Es geht dabei um das Zurückstellen unmittelbarer Vorteile (z.B. Wohlbefinden oder Befriedigung während und nach Essen, Rauchen oder Alkoholgenuß) zugunsten langfristiger "Belohnungen". Wenn man z. B. jemandem anbietet, er könne entweder ein kleines Geschenk sofort oder aber

ein großes Geschenk erst später nach geduldigem Warten erhalten, ist dies ein einfaches Paradigma. Im Gesundheitsbereich dagegen besteht die "Belohnung" oft im Nichteintreten von "Bestrafungen", also z. B. der ausbleibenden Inzidenz von Karies oder Herzinfarkt nach vielen Jahren "Wartezeit". Dies war weiter oben als ein Schlüsselproblem von Prävention bezeichnet worden. Bedürfnisse befriedigen zu können, ist aber auch ein Bestandteil (seelischer) Gesundheit. Es gilt nun aber, kalkülhaft zu bilanzieren, welche Bedürfnisbefriedigungen auf Dauer mit welchen Kosten verbunden sind ("trade-off-Problem"), und die daraus motivierten gesundheitlichen Handlungen möglichst kontinuierlich aufrechtzuerhalten. Es scheint nahezu unmöglich, einen späteren potentiellen Leidensdruck angesichts von Gesundheitsbelastungen langfristig zu antizipieren. Der Mangel an Betroffenheit ist kaum kompensierbar. Weniger die Angst vor dem Verlust körperlicher Integrität stützt die Volition als vielmehr die Integration positiver Gesundheitskonzepte in das Selbstschema.

### 3. Gesundheitsbezogene Selbstschemata

#### 3.1 Definition von Selbstschemata und ihre Gesundheitsrelevanz

Unter einem Selbstschema wird die kognitive, Repräsentation bestimmter Aspekte der eigenen Person verstanden. Es handelt sich dabei um einen Bestand selbstbezogener oder selbstrelevanter Kognitionen, die im Laufe des Lebens aufgrund von Erfahrungen und der Bewertung dieser Erfahrungen erworben worden sind. Selbstbezogene Kognitionen lassen sich bezüglich Inhalt, Situationsgeneralität und Stabilität auf verschiedenen Ebenen als bereichsspezifische Selbstschemata ansiedeln und zusammengefaßt als kognitive Selbst-Struktur der Person beschreiben (vgl. Markus & Sentis, 1982; Markus & Wurf, 1987). Neben diesen kognitiven Selbstschemata sind allerdings auch andere kognitive Schemata oder Konzepte anzunehmen, die nicht zur Selbststruktur einer Person gehören, weil sie nicht als selbstrelevant wahrgenommen werden. In diesem Sinne läßt sich das Wissen einer Person in eine Selbst- und Umweltstruktur bzw. eine Selbsttheorie und eine Umwelttheorie aufteilen (vgl. Epstein, 1973, 1979). Ob und inwieweit Kognitionen aus der Umwelttheorie selbstrelevant und Bestandteil der Selbsttheorie werden oder nicht, hängt von den jeweiligen Erfahrungen der Person in aktuellen Person-Umwelt-Bezügen ab. Werden Kognitionen oder einzelne Konzepte wiederholt als selbstrelevant und wichtig für die eigene Person wahrgenommen, so kann dies zur Bildung generalisierter Selbstschemata führen.

Die Selbst-Struktur einer Person umfaßt den Bestand aller bereichsspezifischen Selbstschemata und läßt sich als komplexe, integrierte, gut organisierte und relativ stabile Gedächtnisstruktur auffassen. Sie enthält die organisierte Summe aller Wahrnehmungen, Bewertungen, Einstellungen und Urteile einer Person in Bezug auf sich selbst sowie in Bezug auf die eigenen Fähigkeiten, Eigenschaften und Verhaltensweisen (vgl. Markus & Sentis, 1982; Markus & Nurius, 1987; Markus & Wurf, 1987; Epstein, 1979; Greenwald & Pratkanis, 1984; Kihlstrom & Cantor, 1984). Unter *strukturellen Gesichtspunkten* läßt sich die Selbststruktur als hierarchisches Netzwerk abbilden, in dem selbstbe-

zogene Kognitionen und Selbstschemata hinsichtlich Zentralität, Generalität und Stabilität sowie verschiedener Bereiche und Inhalte angeordnet sind. Unter eher *funktionalen Gesichtspunkten* haben die in der Selbst-Struktur enthaltenen Selbst-Schemata eine emotions- und motivationsbildende sowie handlungssteuernde Funktion.

Betrachtet man die Selbst-Struktur bei Kindern und Jugendlichen unter gesundheitlichen Aspekten, so ist sicher kaum oder nur selten von elaborierten Gesundheitskonzepten oder gar gesundheitsbezogenen Selbstschemata auszugehen. Vielmehr ist anzunehmen, daß Aspekten des psycho-sozialen Wohlbefindens (Gesundheit) im Sinne der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben eine zentrale Bedeutung zukommt. Dabei erscheinen bestimmte Verhaltensweisen von Kindern und Jugendlichen wohl eher aus der Beobachterperspektive als gesundheitsrelevant, während sie bei den Betroffenen durchaus als Ausdruck anderer bereichsspezifischer Selbstschemata angesehen werden können. Ob bei Kindern und Jugendlichen gesundheitsbezogene Selbstschemata vorliegen, dürfte von verschiedenen Aspekten abhängen. Einerseits sicher davon, ob überhaupt Wissen über die gesundheitlichen Effekte bestimmter Verhaltensweisen innerhalb von (Umwelt-) Konzepten repräsentiert ist. Andererseits aber sicherlich auch davon, inwieweit gesundheitsrelevante Konzepte in die Selbststruktur integriert werden. Ob sie schließlich auch verhaltenswirksam werden, hängt von ihrer Zentralität innerhalb der Selbststruktur ab und davon, inwieweit sie mit anderen Selbstschemata konfliktieren. Ein Beispiel für solche konfliktierenden Kognitionen wäre: "Ich rauche und gefährde damit meine Gesundheit." und "Ich rauche, weil alle anderen in meiner Gruppe rauchen". Ob gesundheitsrelevantes Wissen verhaltenswirksam wird, hängt also davon ab, ob es überhaupt als selbstrelevant wahrgenommen wird, ob es zentraler Bestandteil der Selbststruktur ist und inwieweit es mit anderen Selbstschemata zusammenwirkt oder konkurriert.

In diesem Zusammenhang sei betont, daß hier ein ganzheitlicher Gesundheitsbegriff zugrunde liegt. Gesundheit wird nicht als Abwesenheit von Krankheit verstanden, sondern im positiven Sinne

als körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden. Dazu gehören u. a. die Kompetenz, interne und externe Anforderungen regulieren zu können, und die Möglichkeit, sich selbst verwirklichen zu können (vgl. Becker & Minsel, 1986). Liegen derartige allgemeine Konzepte auf der Ebene generalisierter Selbstschemata vor, so lassen sich diese als gesundheitsbezogene Selbstschemata auffassen. Die geordnete Menge aller gesundheitsrelevanten Selbstschemata läßt sich dann als eine implizite Theorie verstehen ("subjektive Gesundheitstheorie"), also als ein kognitives System zur Verarbeitung gesundheitsrelevanter Information und zur Steuerung gesundheitsrelevanter Handlungen. Ist dieses System einigermaßen geschlossen, widerspruchsfrei und "harmonisch", so läßt sich auch von einem subjektiven "ganzheitlichen Gesundheitsbewußtsein" sprechen. Diese subjektive Gesundheitstheorie kann - wie oben beschrieben - mit anderen Selbstschemata zusammenwirken oder mit diesen in Konkurrenz stehen. Dabei werden gesundheitsrelevante (schädigende wie fördernde) Verhaltensweisen in vielen Fällen von anderen sozialkognitiven Bedingungen determiniert, z. B. wenn Essen, Rauchen oder Sporttreiben allein aus sozialer Motivation heraus geschehen und die gesundheitliche Bedeutung nur für den Beobachter, nicht aber für den Betroffenen zentral repräsentiert ist. Die Modifikation eines solchen Verhaltens kann sowohl dort ansetzen, wo es aktuell entsteht, als auch durch explizite Erzeugung oder Aktualisierung gesundheitsrelevanter Selbstschemata.

### **3.2. Struktur gesundheitsrelevanter Selbstschemata**

Unter strukturellen Gesichtspunkten lassen sich selbstbezogene Kognitionen bezüglich *Situationsspezifität (-generalität)*, *Stabilität*, *Zentralität und Inhalt* auf verschiedenen Ebenen als bereichsspezifische Subschemata ansiedeln und zusammengefaßt als kognitive Selbststruktur (Selbstkonzept) der Person beschreiben (vgl. z.B. Markus & Sentis, 1982; Markus & Wurf, 1987; s. 3.1.). Zunächst sollen *formale* Aspekte des Schemakonzepts als kognitives Repräsentationsmodell erläutert werden, aus welchem sich die oben genannten Aspekte selbstbezogener Kognitionen ergeben. Darauf folgend werden einige Implikationen dieser Aspekte genauer be-

trachtet.

Hinsichtlich ihrer formalen Organisationsstruktur lassen sich Kognitionen (bzw. selbstbezogene Kognitionen) in Form eines *semantischen Netzwerkes* vorstellen (s. z.B. Bower & Cohen, 1982; Anderson, 1983). Ein solches semantisches Netzwerk ist sowohl inhaltlich als auch strukturell personenbezogen verschieden organisiert. Einzelne Kognitionen sind hierbei in *propositionaler Form* im Gedächtnis enthalten (z.B.: "Ich rauche eine Zigarette" wird repräsentiert als RAUCHEN (ICH, ZIGARETTE); weitere Beispiele finden sich z.B. bei McKoon & Ratcliff, 1980). Durch gleiche oder ähnliche Propositionsteile (Prädikate und Objekte) werden Verbindungen zwischen einzelnen Kognitionen aufgebaut (sog. propositionale Verbindungen). In diesem Sinne lassen sich etwa Lernprozesse bzw. die Repräsentation menschlicher Erfahrungen und deren Verknüpfungen verstehen. Die netzwerkähnliche Struktur menschlicher Wissensbestandteile ist jedoch noch weitergehender organisationsfähig. Dabei entstehen **übergeordnete molare Wissensseinheiten**, die üblicherweise als *Schema* oder auch Konzept bezeichnet werden (vgl. Neisser, 1976; Rumelhart, 1984). Die Art der Organisation der Kognitionen untereinander ist hierbei nicht starr und unveränderlich festgelegt, sondern *dynamisch*. Wissensbestandteile, die miteinander im Netzwerk verknüpft sind (direkt oder indirekt) können so hinsichtlich ähnlicher Merkmale zu schematischen Einheiten gruppiert werden. Da einzelne Kognitionen bzw. Propositionen mehrere Merkmale beinhalten können, lassen sich Cluster bilden, je nachdem welche Merkmale gerade aktiviert worden sind. In diesem Fall könnte man auch von einer lokalen Aktivierung ausgewählter propositionaler Verbindungen sprechen (vgl. Anderson, 1983).

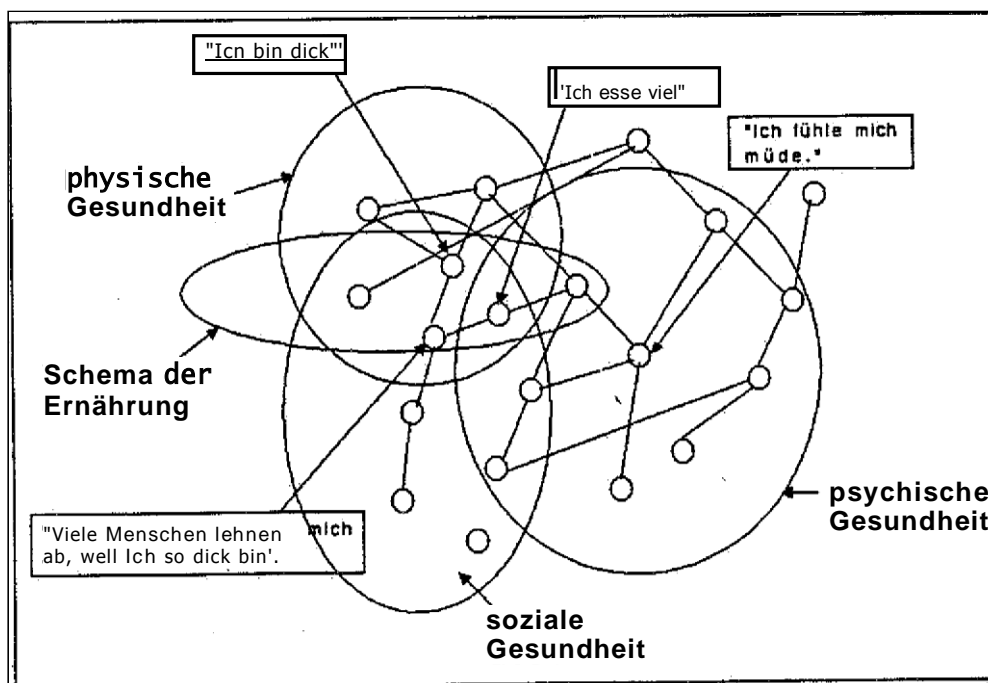
Die bisher beschriebenen Strukturierungsgesichtspunkte lassen sich an einem Beispiel verdeutlichen. In Abbildung 4 ist ein Modell einer nicht-hierarchischen Netzwerkstruktur des Gedächtnisses mit vier theoretischen Schemata zur Gesundheit (Schema physischer, psychischer und sozialer Gesundheit; Schema der Ernährung) dargestellt. Die kleinen Kreise symbolisieren einzelne Kognitionen (Propositionen).



Beispiel (vgl. Abb. 4):

Die selbstbezogene Kognition "Ich esse zu viel" ist im semantischen Netzwerk mit einer Vielzahl anderer Kognitionen direkt oder indirekt verbunden, wie z.B. "Ich bin zu dick", "Viele meiner Mitmenschen halten mich für zu dick", "Kirschkuchen kann ich einfach nicht stehenlassen", "Ich fühle mich häufig müde", "Kuchen enthält viel Zucker", etc. Diese Beispiele (selbstbezogener) Kognitionen können nun gleichzeitig Bestandteil eines Schemas physischer, psychischer, sozialer Gesundheit oder eines Schemas der Ernährung sein. So könnte sie beispielsweise im Schema sozialer Gesundheit verbunden sein mit weiteren Kognitionen, wie "Viele Klassenkameraden lehnen mich ab, weil ich so dick bin", "Die meisten meiner Freunde sind auch dick", "Ich habe keine Freundin, weil ich so unattraktiv bin".

*Abbildung 4: Modell einer nicht-hierarchischen Netzwerkstruktur des Gedächtnisses mit vier theoretischen Schemata zur Gesundheit:*



*Schema physischer, psychischer und sozialer Gesundheit sowie Schema der Ernährung.*

Auf eine tiefergehende Differenzierung einzelner Verbindungsarten von Propositionen, wie sie z.B. im Human Associative Memory-Modell (HAM) von Anderson und Bower (1973) zu finden sind, soll hier verzichtet werden, da sie für die weiteren Überlegungen keine Rolle spielen.

Weiterhin weist das Netzwerkmodell unterschiedliche *hierarchische Ebenen* auf, in der die Kognitionen bzgl. ihrer Spezifität bzw. Generalität geordnet sind, Auf einer unteren Ebene befinden sich situationsspezifische, sehr konkrete Kognitionen. Diese werden mit Anstieg in der Hierarchie zu generalisierteren Kognitionen zusammengefaßt. Beispiel: Selbstbezogene Kognitionen von spezifisch zu allgemein: "Ich esse gerne Kuchen mit Kirschen und Mandelsplittern" --> "Ich esse gerne Kuchen"--> "Ich bin ein Mensch, der fast alles gerne ißt" --> "Ich ernähre mich" (vgl. räumliches Modell in Abb. 5).

Auf einer molaren Ebene lassen sich schematische Einheiten zu einem Merkmalsbereich zusammenfassen (s. Beispiele in Abb. 5). Diese können sich *überlagern, vollständig überschneiden* oder auch *gänzlich unabhängig* voneinander sein. Es wird jedoch davon ausgegangen, daß *zu einem Zeitpunkt nur jeweils ein Schema aktiviert* sein kann. Dies schließt nicht aus, daß sehr schnell zwischen solchen Konzepten gewechselt werden kann (z.B. der Änderung der Betrachtungs- bzw. Merkmalsperspektive vom Schema sozialer Gesundheit zum Schema körperlicher Gesundheit, s.u.).

Betrachtet man nun eine einzige übergeordnete schematische Einheit, so läßt sich auch hier die hierarchische Struktur von eher allgemeinen Schemata (auf der obersten Ebene) zu spezifischeren aufzeigen (letztere können auch als "Subschemata" bezeichnet werden; Shavelson & Marsh, 1986). Auf der untersten Ebene werden konkrete Ausprägungen übergeordneter Schemata angenommen (sog. *Instanziierung*; Rumelhart & Ortony, 1977), welche als spezifische Kognitionen oder im Hinblick auf das Selbstkonzept als selbstbezogene Kognitionen bezeichnet werden können. Im Sinne schematheoretischer Ansätze (s. Brewer & Nakamura, 1984) sind Schemata eher unspezifische generalisierte Wissensstrukturen, die allgemeine

Aussagen enthalten. Einzelne Teile dieser Aussagen (Subjekte, Objekte, etc.) stellen Variablen dar, die konkrete Ausprägungen annehmen können. Solche Instanziierungen wären also in dem hier skizzierten Modell durch Verbindungen von Subschemata zu spezifischeren Kognitionen gekennzeichnet. Streng genommen sollten daher nur die oberen und mittleren Ebenen der Hierarchie als Schemata (bzw. Subschemata) bezeichnet werden. Abbildung 5 soll den geschilderten Sachverhalt verdeutlichen. Die übergeordneten schematischen Einheiten "psychische Gesundheit" und "Ernährungsschema" sind im Raum als Kreise dargestellt. Sie enthalten übergeordnete *Schemata*, *Subschemata* und *Kognitionen*, die in Abbildung 5 als kleine Kreise dargestellt werden. Die untere Ebene dieser Einheiten stellt konkrete Instanziierungen der übergeordneten Kognitionen dar. Auch ergeben sich Überlappungen zwischen den schematischen Einheiten. Soweit zu den formalen Eigenschaften eines allgemeinen Schemamodells, Diese formalen Charakteristika treffen in gleicher Weise auf Schemata der eigenen Person wie auch auf Schemata der Umwelt (sowie weitere noch vorzunehmende

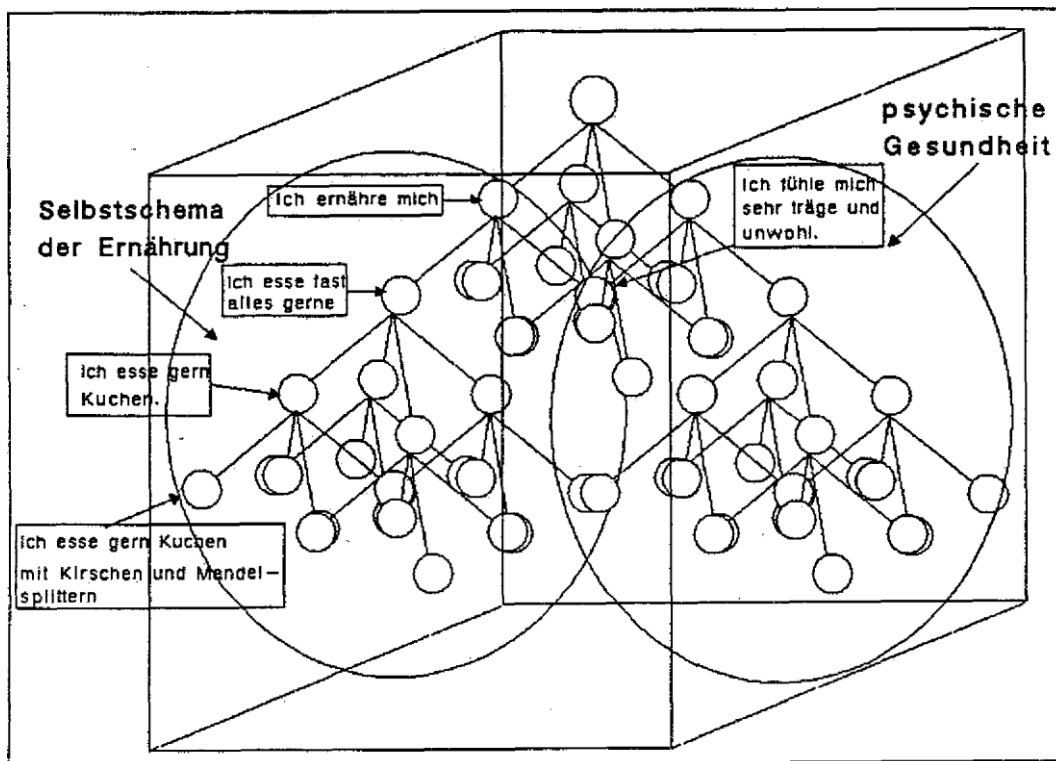


Abbildung 5: Modell einer hierarchischen Netzwerkstruktur des Gedächtnisses. Von globalen Kognitionen (oben) zu spezifischeren Kognitionen (unten).

theoretische Differenzierungen) zu. Im folgenden sollen diese allgemeinen Modelleigenschaften auf den Bereich Gesundheit übertragen und an weiteren Beispielen verdeutlicht werden. Die Annahme, daß sich mit Hilfe eines schematheoretischen Ansatzes *subjektive Theorien der eigenen Persönlichkeit* (auch der Gesundheit) abbilden lassen, stellt eine Analogiebildung zu subjektiven Krankheitstheorien (Linden, 1985; Mechanic, 1978, 1983, 1986), impliziten Selbsttheorien (Epstein, 1979) oder hierarchischen Selbstkonzept-Strukturen (Shavelson & Marsh, 1986) dar. Die subjektive Gesundheitstheorie enthält eine Menge von selbstbezogenen Kognitionen, die zueinander in Beziehung stehen, und liefert eine Folie von Ich-Bezügen auf dem Hintergrund der gesundheitsrelevanten Wissensstruktur des Individuums. Beispiele hierfür sind 1. "Butter enthält viel Cholesterin" (deklaratives Wissen), 2. "Wenn man zuviel Cholesterin zu sich nimmt, wächst das koronare Risiko" (prozedurales Wissen). Durch Ich-Bezug entsteht eine selbstbezogene Kognition wie z. B. "Wenn ich Cholesterin vermeide, dann beuge ich damit einem zweiten Herzinfarkt vor" (in Anlehnung an Anderson (1983) könnte man von einer "*selbstbezogenen*" *Produktionsregel* sprechen).

In struktureller Hinsicht läßt sich das Selbstschema der eigenen Gesundheit als Teil der allgemeinen Selbststruktur auffassen. Die einzelnen Selbstschemata lassen sich bezüglich ihres **Inhalts** und ihrer **Generalität** differenzieren. In Anlehnung an gängige Selbstkonzept-Theorien (vgl. dazu Shavelson & Marsh, 1986; Thomas, 1988) lassen sich mindestens drei Facetten deutlich voneinander unterscheiden und als schematische Einheiten darstellen: *soziales, körperliches* und *leistungsbezogenes Selbstschema*. Diese Schemata überlappen sich bezüglich untergeordneter Substrukturen. Die Organisation der Wissensbestandteile einer Person in die theoretischen Bereiche "sozial", "Körper" und "Leistung" haben sich empirisch gut bewährt (s. z.B. Untersuchungen zum Körperselbstbild: Zion, 1965; Rosen & Ross, 1968; Fisher, 1970; Mrazek, 1987; Markus, Hamill & Sentis, 1987; Untersuchungen zum Begabungskonzept: Meyer, 1984). Gesundheit hat zwar mit allen dreien etwas zu tun, dennoch erscheint es sinnvoll, ein Selbstschema der

Gesundheit als vierte Dimension anzugliedern. Dieses **gesundheitsbezogene Selbstschema** ließe sich dann seinerseits in Subschemata **körperlicher**, psychischer und sozialer **Gesundheit** (vgl. Abb. 6) untergliedern. Anstelle einer Differenzierung eines allgemeinen Gesundheitskonzepts nach Aspekten der Gesundheit bietet sich ein weiterer Gesichtspunkt der Differenzierung durch eine *inhaltliche Unterscheidung* des Gesundheitskonzepts nach Subbereichen, wie "*Selbstschema körperlicher Aktivität*" und "*Selbstschema der Ernährung*", an. Diese beiden Differenzierungsarten schließen sich nicht gegenseitig aus, sondern beinhalten lediglich einen Perspektivwechsel bzw. eine Veränderung in der Schema-Organisation (s. Abb. 4). So kann die Kognition "Ich esse gern gut und viel" einmal Bestandteil eines Ernährungsschemas sein, dagegen unter einer anderen Perspektive sowohl Bestandteil physischer, psychischer und sozialer Gesundheit sein. Innerhalb des Schemas körperlicher Gesundheit könnte diese Kognition mit der Kognition "Ich halte mich für zu dick, weil ich zuviel esse" verbunden sein. Oder innerhalb des Selbstschemas physischer Gesundheit könnte sie verbunden sein mit der Kognition "Ich fühle mich sehr träge und unwohl". Für den sozialen Gesundheitsbereich schließlich könnte diese Kognition mit der Kognition "Viele in meiner Klasse lehnen mich ab, weil ich zu dick bin" verbunden sein. Eine einzelne spezifische Kognition kann also Bestandteil einer Reihe unterschiedlicher schematischer Einheiten sein.

Die skizzierte Struktur einer "**subjektiven Gesundheitstheorie**" enthält also eine *vertikale* und eine *horizontale Perspektive*: mehrere Inhaltsbereiche zur Gesundheit stehen nebeneinander, und beliebig viele Ebenen liegen übereinander. Im Zusammenhang mit der vorliegenden Fragestellung sollen hier folgende grobe Inhaltsbereiche auf schematischer Ebene angenommen werden: 1. **Selbstschema körperlicher Aktivität**, 2. **Selbstschema der Ernährung**, und 3. **Selbstschema der Streßbewältigung** (s. Abb. 6). Bestandteile dieser Schemata (also die Substrukturen) haben physische, psychische und soziale gesundheitliche Relevanz und lassen sich auch unter diesem Gesichtspunkt organisieren.

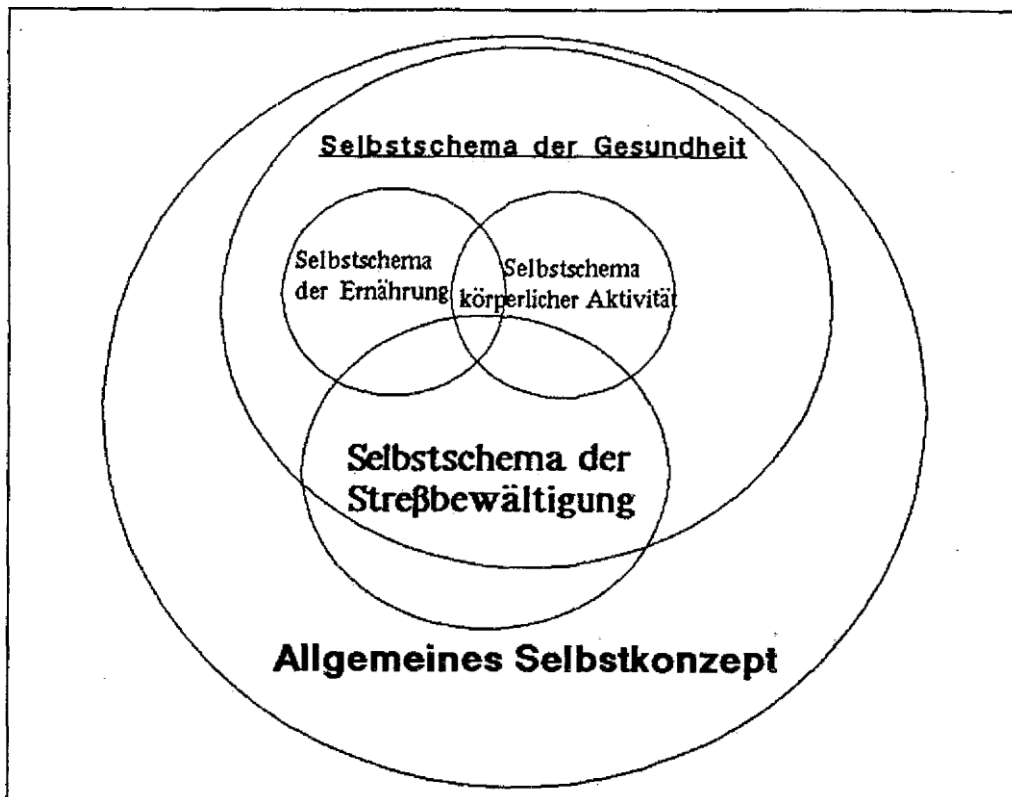


Abbildung 6: Beispiel für die Struktur eines Schemas eigener Gesundheit

Diese Inhalte sind nicht gleichgewichtig, sondern das Selbstschema der Streßbewältigung ist -- wegen seiner Allgemeinheit und Relevanz -- das dominante Feld. Es ist allgemeiner, da es nicht nur den Gesundheitsbereich betrifft. Desweiteren enthält es vor allem "Meta-Kognitionen" in Form von *Produktionsregeln*, die als komplexe Einschätzungsprozesse und Wissen darüber entscheiden, welche Art der Situationsbewältigung für eine gegebene Person-Umwelt-Konstellation subjektiv adäquat erscheint (s. Abb. 6). Solche Produktionsregeln sind beispielsweise prozedurales Wissen in Form von Erwartungseinschätzungen (z.B.: Kompetenz-, Konsequenz- und Instrumentalitätserwartungen; Heckhausen, 1980; Schwarzer, 1987) oder auch Bewertungsprozesse der Zielrelevanz einer Handlung, der subjektiven Vulnerabilität, etc.

Beispiel:

*a. abstrakte Regel:*

WENN eine Situation S1 vorliegt, Ziel Z bezüglich Situation S2 verfolgt wird, und die eigene Kompetenz K, Situation S1 zu verlassen und Ziel Z bezüglich Situation S2 zu erreichen, positiv ist, DANN ist die Erwartung E, Ziel Z bezüglich Situation S2 in Situation S1 zu erreichen, hoch.

*b. inhaltliche Anwendung der abstrakten Regel:*

Wenn ich den Bus verpaßt habe (S1), aber dringend in die Stadt (S2) zum Einkaufen (Z bzgl. S2) muß, ich ein in der Nähe befindliches Auto besitze und dieses auch fahren kann und darf (K bzgl. S1, S2 und Z), dann erwarte (E) ich, daß ich meinen Einkauf (Z) in der Stadt (S2) heute doch noch schaffen werde.

Das Ergebnis allgemeiner Produktionsregeln können situations-spezifische Erwartungskognitionen sein. Dieser spezifische "Output" wird nun zunächst im Gedächtnis abgelegt. Solche allgemeinen Produktionsregeln kommen aber immer nur dann zur Anwendung, wenn noch keine oder nur ungenaue Erwartungskognitionen bezüglich einer Situation oder eines Ziels vorhanden sind. Dies trifft vor allem in relativ neuen Situationen zu oder wenn ein relativ neues Handlungsziel angestrebt wird. Derartige spezifische Erwartungskognitionen können schließlich im Laufe von Erfahrungen zu Erwartungskognitionen generalisieren, wie dies z.B. bei Konzepten der Kompetenzerwartung ("self-efficacy"; Bandura, 1977) angenommen wird. Somit könnten Kompetenzerwartungen als Spezialfall eines (Selbst-)schemas der Erwartungen aufgefaßt werden.

"Meta-kognitives" Wissen besteht aus Wissen über Wissen. Wissen über verschiedene Problemlösungsstrategien ermöglicht dann, eine persönlich adäquate Strategie auszuwählen. Dieser Auswahlprozeß kann nun seinerseits durch eine subjektive Produktionsregel bestimmt werden, wie dies im Beispiel deutlich wird.

Beispiel:

WENN ein negatives Ereignis X eingetreten ist und dieses nicht kontrollierbar ist (Ergebnis der Produktionsregel A), DANN wähle aus der Menge der Bewältigungsstrategien B diejenige aus, deren Bewältigungspotential  $B_p$  maximal hoch ist, das negative Ereignis abzuwenden (**B** mit  $B_p(\max)$  bzgl. X: z.B. Alkohol trinken).

Derartige allgemeine Produktionsregeln z.B. zum Umgang mit Situationen, die als herausfordernd oder bedrohlich evaluiert worden sind, sind Teil eines Schemas der Streßbewältigung. Es wird angenommen, daß einige "Dann"-Teile solcher Produktionen gesundheitliche Relevanz haben.

Innerhalb der hier skizzierten Bereiche können Selbstschemata auf mehr genereller oder auf mehr situationsspezifischer Ebene liegen. Dieser hierarchische Strukturaspekt (vertikale Ebene) der Selbstschemata impliziert, daß eine relative *Änderungsresistenz genereller Selbststrukturen* zu erwarten ist (vgl. Epstein, 1973, 1979). Untersuchungen aus dem Bereich des Begabungskonzepts oder der Depression zeigen, daß derartige allgemeine Strukturen sich selbst stabilisieren (Meyer, 1983; Ingram, 1984; Teasdale & Russell, 1983). Dieser Aspekt ist auch für ein allgemeines selbstbezogenes Gesundheitsschema zu erwarten. Dies bedeutet jedoch auch umgekehrt, daß noch nicht stabilisierte generelle selbstbezogene Gesundheitsschemata (dies wäre bei Jugendlichen im Alter zwischen 12 und 14 Jahren zu erwarten) a) relativ leicht zu ändern sein müßten und/oder b) überhaupt erst ausgeformt werden könnten. Der bereichsspezifische Aspekt der skizzierten Selbststruktur (horizontale Ebene) impliziert des weiteren, daß eine *"ganzheitliche Bewußtseinsveränderung"* im Sinne eines harmonischen allgemeinen positiven Selbstschemas der Gesundheit nur dann zu erreichen ist, wenn möglichst viele Subbereiche dieses Konzeptes gleichzeitig angesprochen werden (Ernährungsschema, Schema körperlicher Aktivität, etc.). Es wird theoretisch davon ausgegangen, daß diese einzelnen Subschemata miteinander interagieren und sich gegenseitig bezüglich der übergeordneten Struk-



tur stabilisieren. Dies ist jedoch nur zu erwarten, wenn die Substrukturen auch tatsächlich untereinander salient verbunden sind. Beispiel: das Subschema hoher eigener körperlicher Aktivität und das Subschema überreichlicher Ernährung konfliktieren nur dann, wenn sie zu demselben Zeitpunkt zueinander in Beziehung gesetzt werden. Werden sie nicht oder nur unzureichend zueinander in Beziehung gesetzt, so ist zu erwarten, daß auch konfliktierende Verhaltensweisen koexistieren können.

Ähnliches ergibt sich für die theoretische Differenzierung nach sozialer, psychischer und physischer Gesundheit, da davon ausgegangen werden muß, daß diese Bereiche nicht ausschließlich positiv miteinander verbunden sind, sondern im Gegenteil konkurrierend aufeinander treffen können. So kann die selbstbezogene Kognition "Ich trinke viel Alkohol" im sozialen Gesundheitskontext eine *positive Valenz* aufweisen, da sie mit Kognitionen verknüpft ist, wie: "Wenn ich viel Alkohol trinke, dann finden mich meine Freunde in Ordnung". Im Bereich der körperlichen Gesundheit hingegen sollte eine derartige selbstbezogene Kognition eindeutig *negative Valenzen* aufweisen, falls Diskrepanzen zwischen einem "Ideal-Selbst" und einem "Real-Selbst" auftreten.

Abschließend soll noch kurz auf die theoretische Differenzierung in "**Ideal-Selbst**" und "Real-Selbst" eingegangen werden (vgl. z.B. Markus & Wurf, 1987; Markus & Nurius, 1987). Diese Differenzierung scheint in zweierlei Hinsicht notwendig. Einmal wird erklärlich, warum Bestandteile eines Schemas eine positive bzw. negative Valenz aufweisen (je nachdem, ob eine *Kongruenz* zwischen beiden Bereichen besteht oder nicht), und zum zweiten stellt diese Unterscheidung ein einfaches Motivationskonzept dar. Eine reale selbstbezogene Kognition ist beispielsweise "Ich putze mir nur sehr selten die Zähne", eine ideale und damit konfliktierende Kognition wäre beispielsweise "Wenn ich mir nicht die Zähne putze, bekomme ich Karies". Abbildung 7 stellt diese Unterscheidung dar. Analoge Darstellungen lassen sich auch für die anderen Gesundheitsbereiche und inhaltlichen Schemaklassifikationen unter Berücksichtigung der hierarchischen Struktur aufstellen.

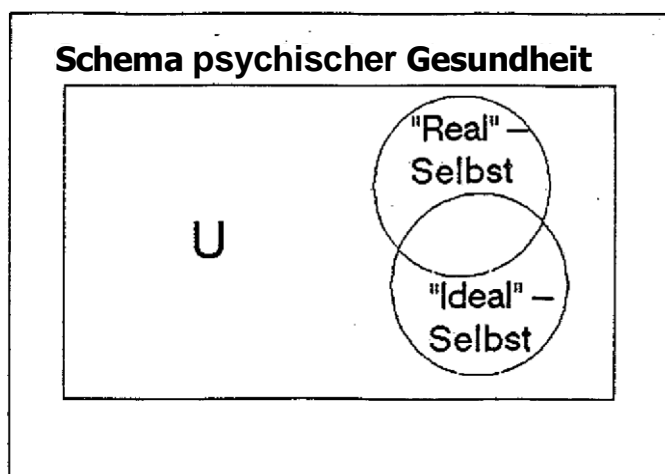


Abbildung 7: Differenzierung des Schemas psychischer Gesundheit in die Bereiche Umweltkonzept (U), Selbstkonzept "Ideal" und "Real".

Die hier aufgezeigten Implikationen der Struktur einer persönlichen Gesundheitstheorie erweisen sich bezüglich der intendierten Interventionen als wertvoll, ohne daß hier bereits auf komplexe *Regulationsmechanismen* menschlichen Verhaltens und Erlebens eingegangen worden ist, bei denen die *dynamische und multidimensionale Selbststruktur* eine wesentliche *steuernde Funktion* besitzt. Gesundheitsverhalten wird also in diesem Ansatz als das Ergebnis der in Person-Umwelt-Auseinandersetzungen aktivierten Kognitionen (und übergeordneten Schemata) betrachtet. Inwieweit ein Schema der Gesundheit verhaltenswirksam wird, hängt vor allem von seiner **Zentralität** innerhalb der Selbststruktur ab. Eine maximale Zentralität wird nur durch eine *Integration des Gesundheitskonzepts in das Selbstkonzept* der Person erreicht. Aktivierte selbstbezogene Kognitionen, die eine andere als eine gesundheitsbezogene Herkunft aufweisen (z.H. Anschlußmotiv), jedoch paz.BelAnschlußmotivische Relevanz haben, können daher gesundheitsbezogenen Produktionen entgegenstehen, wenn diese weniger zentral innerhalb der Selbststruktur sind.

### 3.3 Aktivierung von Selbstschemata: Kosten-Nutzen-Abwägungen

Entscheidungen für oder gegen Verhaltensweisen, die die physische Gesundheit beeinflussen, werden vollzogen auf der Grundlage von Bewertungen, die ihrerseits Aktualisierungen von Gesundheits- und Krankheitskonzepten sowie des Selbstkonzeptes sind. Wichtig ist hierbei, daß sowohl die Wissensebene (z. B. 'Der Konsum von zu viel Fett ist ungesund'; 'Ich esse viel Fett') als auch die jeweiligen Wertebereiche ('Es ist wichtig, gesund zu sein'; 'Ich will gesund sein') eine -- für die einzelnen Bewertungsschritte unterschiedlich wichtige -- **Rolle spielen**. Die Schnittmenge zwischen Real- und Idealselbst (Abb. 5), beziehungsweise der nicht durch das Realselbst abgedeckte **Bereich des Idealselbst, ist** potentiell motivierender Faktor für den Bewertungsprozeß. Dies soll im folgenden näher erläutert werden.

Das *Health-Belief-Model* (Rosenstock, 1966; Rosenstock & Kirscht, 1979) geht davon aus, daß es selbstbezogene Kognitionen zur Gesundheit sind, die darüber entscheiden, ob ein Individuum Gesundheitsverhalten zeigt oder nicht. Diese Kognitionen lassen sich in zwei Gruppen aufteilen: 1. Annahmen über das Vorhandensein einer Gesundheitsbedrohung, 2. Annahmen darüber, daß spezifische Gesundheitsverhaltensweisen diese Bedrohung reduzieren können.

Zur ersten Gruppe gehören Annahmen über

- den Wert von Gesundheit an sich ('Ich bin besorgt um meine Gesundheit'),
- die eigene Vulnerabilität ('Als Raucher könnte ich Lungenkrebs bekommen')
- den Schweregrad einer antizipierten gesundheitlichen Störung ('An Lungenkrebs könnte ich sterben').

Die zweite Gruppe besteht dagegen aus den Annahmen,

- daß spezifische Verhaltensweisen eine spezifische Bedrohung abwehren können ('Wenn ich jetzt aufhöre zu rauchen, werde

ich keinen Lungenkrebs bekommen').

daß der Nutzen des Gesundheitsverhaltens dessen Kosten übersteigt ('Auch wenn es schwer sein wird, mit dem Rauchen aufzuhören, lohnt sich die Anstrengung, um das Lungenkrebsrisiko zu vermindern').

Um Entscheidungsprozesse für oder gegen Gesundheitsverhalten zu erklären, lassen sich -- ausgehend von diesem Modell -- die folgenden Überlegungen anstellen (siehe Abb. 8). Wird ein Gesundheitsstandard salient, also subjektiv bedeutsam (z. B. indem jemand von seinem Arzt aufgefordert wird, nicht mehr zu rauchen), dann würde nach diesem Modell folgende Entscheidungssequenz ablaufen:

Zuerst bewertet das Individuum ganz allgemein die Bedeutung physischer Gesundheit. Diese wird eingeschätzt auf der Basis des eigenen Wissens über gesellschaftliche Normen bezüglich Gesundheit/Krankheit ('Gesundheit ist wichtig'), sowie der subjektiven Bewertung gesundheitlicher Standards ('Ich möchte gesund sein'). Wird eine solche Bedeutsamkeit bejaht, erfolgt als nächstes die Einschätzung der subjektiven *Vulnerabilität*. Diese ist abhängig vom jeweiligen Wissen über individuelle und familiäre Risikofaktoren, den aktuellen Gesundheitszustand oder weitere gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen. ('Mein Vater hat geraucht und ist jetzt herzkrank, also bin ich auch gefährdet'). Im Anschluß hieran erfolgt die Einschätzung der *Ergebniserwartung*. Hier wird -- aufgrund des Wissens über die spezifische Krankheit, die als Bedrohung wahrgenommen wird -- die Relevanz eines bestimmten Verhaltens zu deren Verhinderung beurteilt ('Wenn man nicht raucht, sinkt das Herzinfarkt- und Lungenkrebsrisiko'). Im nächsten Schritt geht es um die jeweilige *Selbstwirksamkeitserwartung*. Gemeint ist hiermit die eigene Fähigkeit, das notwendige Verhalten zu entwickeln und aufrechtzuerhalten ('Ich schaffe es, mit dem Rauchen aufzuhören').

Sind alle diese Punkte nacheinander bejaht worden, dann sind die Voraussetzungen für das Auftreten des gewünschten Verhaltens gegeben. Die Ergebnisse einer jeden Bewertung sind verbunden mit

# GESUNDHEITS - KONZEPT

# SELBST- KONZEPT

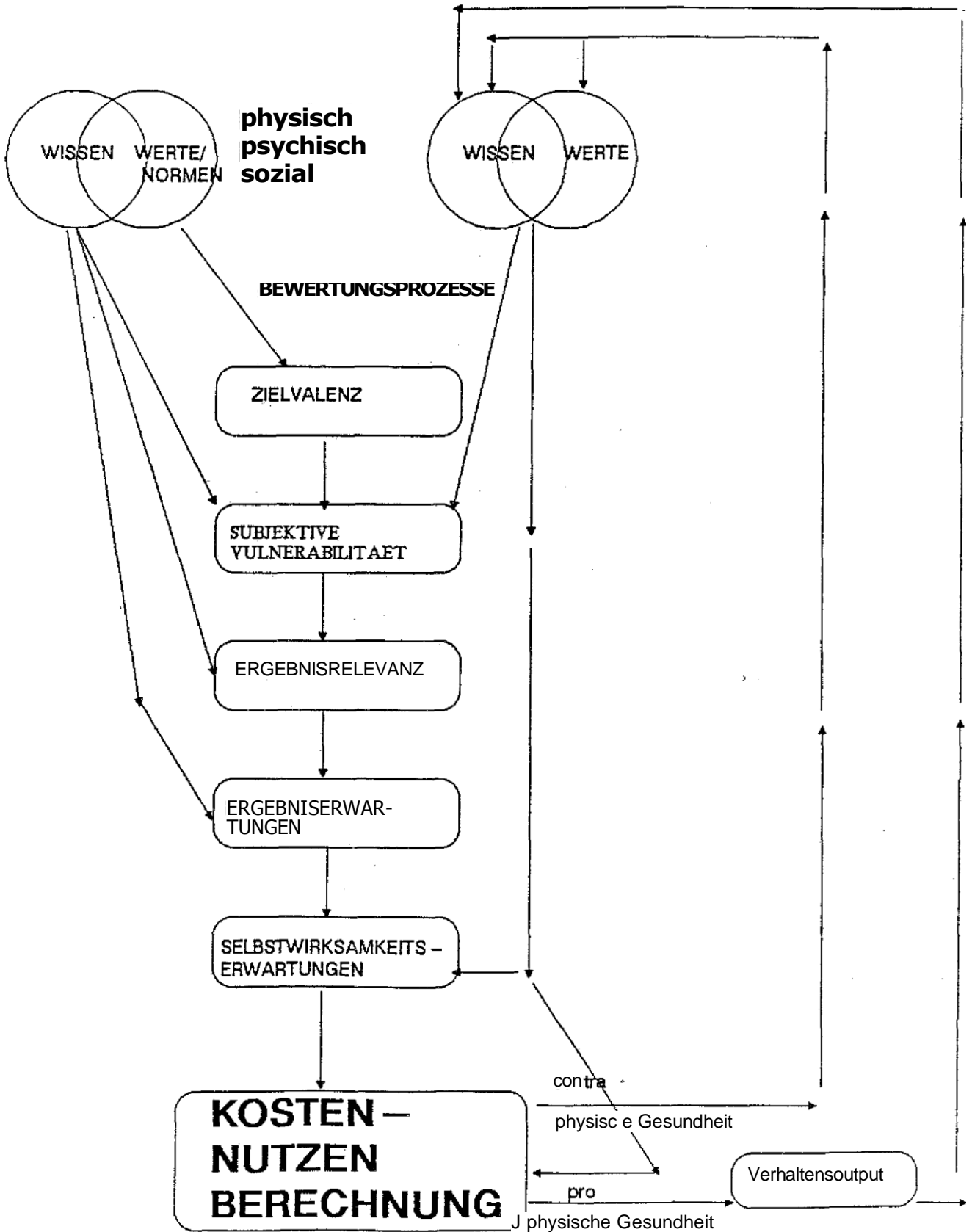


Abb. 8: Determinanten gesundheitsrelevanter Entscheidungen

bestimmten emotionalen Zuständen, die motivierenden Charakter haben. Wird die jeweilige Bewertungsfrage negativ entschieden, kommt es zu Disengagement. Ist die Entscheidung jedoch positiv, dann motivieren die begleitenden Emotionen wie Angst und Hoffnung zu einem weiteren Bewertungsschritt.

Dies heißt, eine Person muß Gesundheit für wichtig halten, sich subjektiv vulnerabel fühlen, der Überzeugung sein, daß ein bestimmtes Verhalten Gesundheit aufrechterhalten kann, und daran glauben, daß sie selbst in der Lage ist, dieses Verhalten zu zeigen. Erst dann sind die Voraussetzungen für das Auftreten eines solchen Verhaltens gegeben. Ob es tatsächlich zu diesem Verhalten kommt, hängt jedoch von einem weiteren wesentlichen Faktor ab, der im *Health Belief Modell* gleichgeordnet neben anderen Elementen steht, dem aber eigentlich eine Sonderstellung gebührt. Die genannten Einschätzungsprozesse verlaufen nämlich nicht nur im Bereich des physischen sondern auch des psychischen und sozialen Wohlbefindens. Kollidiert das Zielverhalten zur Erreichung physischer Gesundheit potentiell mit Verhaltensweisen zur Aufrechterhaltung seelischen und sozialen Wohlbefindens, kommt es zwangsläufig zu einer Abwägung der verschiedenen Ziele gegeneinander, d.h. es wird eine *Kosten-Nutzen-Rechnung* erstellt. Nur wenn der Nutzen des Zielverhaltens dessen Kosten in der subjektiven Bewertung nicht übersteigt, wird tatsächlich der Entschluß zu diesem Verhalten gefällt -- aus dem motivationalen wird ein volitionaler Prozeß.

Nur wenn also die Bilanz für die physische Gesundheit positiv ist, führt dies zur Handlungsmotivation und dem entsprechenden Resultat auf der Verhaltensebene. Kann sich dieses (neue) Verhalten stabilisieren, d.h. wird es aufrechterhalten und regelmäßig gezeigt, dann wird auch das Selbstkonzept entsprechend verändert. Der 'bloße Wert Gesundheit' wird zu einem Bestandteil des 'Ich-Wissens', d. h. die Kongruenz zwischen Real- und Idealselbst nimmt zu.

Fällt die Entscheidung zuungunsten der physischen Gesundheit, dann bleibt die entsprechende Handlung aus. Hierbei kann es je-

doch zur Entstehung kognitiver Dissonanz kommen. (Man weiß, daß man eigentlich etwas tun sollte, tut es aber aus sachfremden Gründen nicht). Um diese Dissonanz abzubauen, kann dann der jeweilige Wertebereich verkleinert oder verschoben werden, d.h. das Idealselbst wird dem Realselbst angeglichen, indem eine Neubewertung stattfindet ('Eigentlich ist körperliche Gesundheit ja gar nicht so wichtig').

Das Konkurrenzverhalten zwischen den drei Gesundheitsbereichen wird deutlicher in den Abbildungen 9 und 10, wobei hier davon ausgegangen wird, daß die Kosten-Nutzen-Rechnung tatsächlich zuungunsten der physischen Gesundheit ausfällt. Hier führt die Entscheidung für ein bestimmtes ungesundes Verhalten (z. B. Rauchen) im 'psychischen Selbst' zu mehr Kongruenz, da das reale Selbst sich hier dem idealen Selbst angleicht (z. B. 'Ich bin ein harter Mann, weil ich rauche' oder 'Ich bin eine emanzipierte Frau, weil ich rauche'). Das physische Selbst bleibt jedoch inkongruent bzw. wird inkongruenter als es vorher war, insofern sich der vorherige Zustand zuungunsten des Idealselbst verschiebt ('Ich rauche, also verhalte ich mich nicht gesund -- wie ich es eigentlich tun sollte'). Macht jemand aus der sozialen Umgebung diese Diskrepanz durch Belehrungen oder Vorwürfe salient, kann dies zu einer umgekehrten Verschiebung im Bereich des physischen Selbst führen, d. h. hier wird das Idealselbst dem Realselbst angepaßt. Dies geschieht vor allem vermittelt einer Abwertung der Bedeutung physischer Gesundheit ('Ist mir doch egal, was mit meiner Lunge passiert'). Denkbar ist auch, daß relevante Teilbereiche des Realselbst neu interpretiert werden wie z. B. die Wahrnehmung der eigenen Vulnerabilität ('Mir macht das nichts, ich kann das ab').

# SELBST-KONZEPT

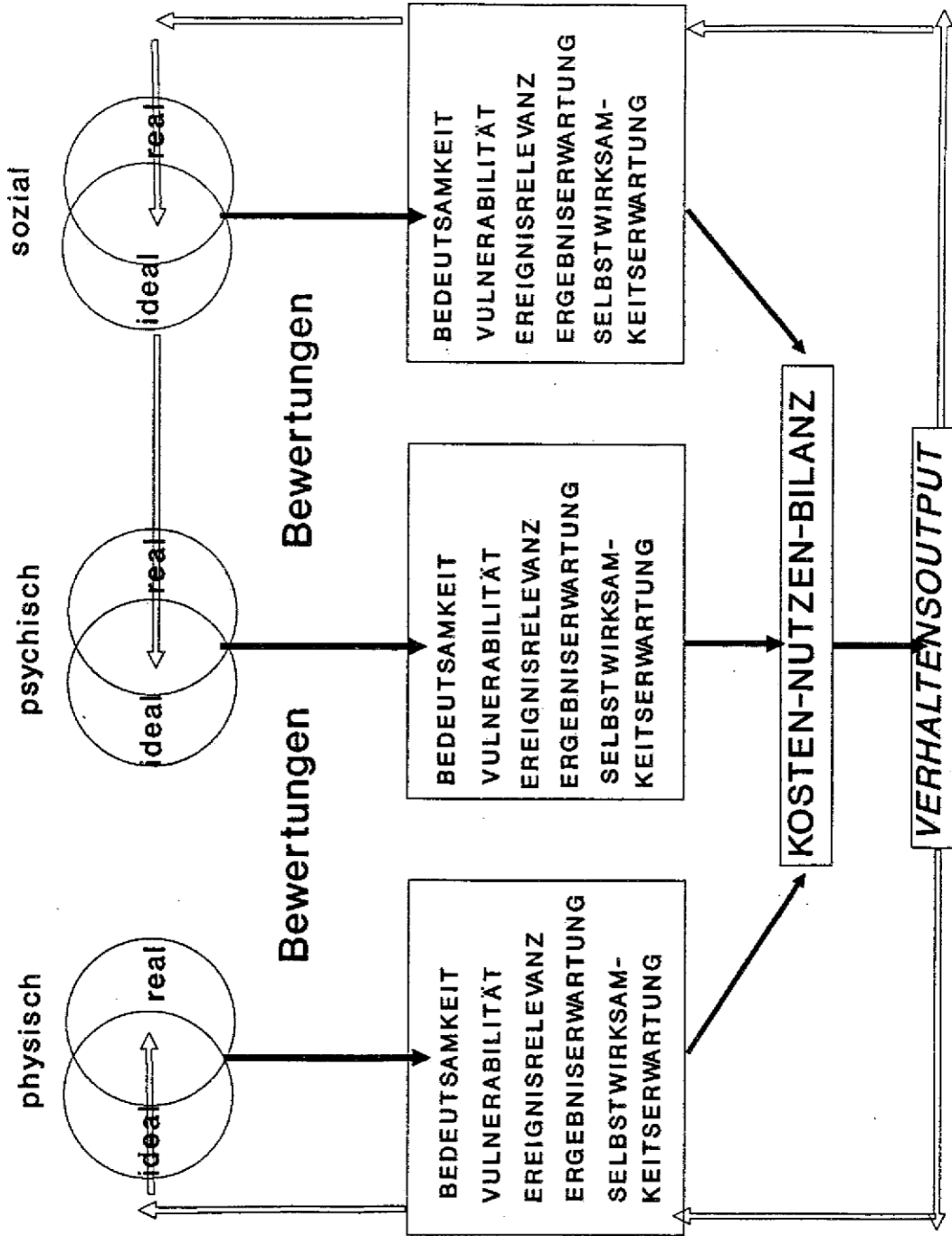


Abb. 9 : Selbstkonzeptkomponenten: Kosten-Nutzen Abwägungen



# SELBST-KONZEPT

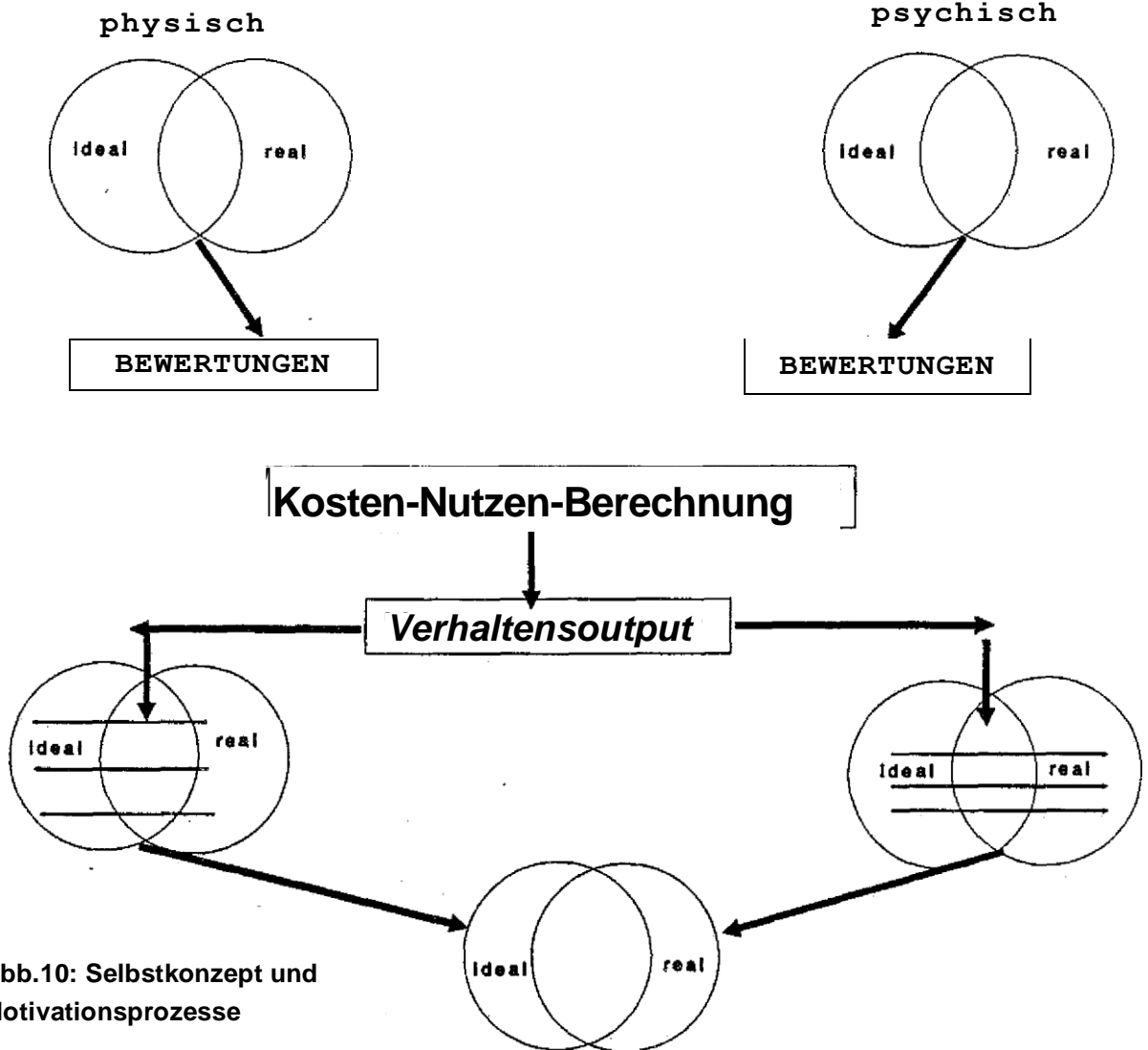


Abb.10: Selbstkonzept und Motivationsprozesse

So explizit, wie hier dargestellt, verlaufen solche Prozesse in der Regel nur dann, wenn neue Aspekte der Gesundheit/Krankheit salient gemacht werden (z. B. durch Einfluß von außen). Sobald diese Sequenz bereits einige Male abgelaufen ist, kommt es vermutlich eher zu 'Kurzschlüssen'. Es wird direkt auf das Ergebnis der 'Kosten-Nutzen-Rechnung' geschaltet ('Ich möchte ja aufhören zu rauchen, aber ich werde dann immer so nervös'), oder der Einschätzungsprozeß wird bereits nach der Bewertung der Bedeutsamkeit physischer Gesundheit abgebrochen ('Was schert mich meine Gesundheit').

Für eine gesundheitspsychologische Perspektive bedeutet dies vor allem zu beachten, daß der Zusammenhang zwischen seelischer und physischer Gesundheit nicht notwendig positiv sein muß, sondern daß es durchaus auch zu 'trade-offs' zwischen den verschiedenen Arten der Gesundheit kommen kann.

Ziele (Referenzkriterien, Werte) liegen bei Jugendlichen primär im Bereich sozialer und psychischer Gesundheit. Es geht vor allem um soziale und individuelle Identitätsbildung sowie sozialen Erfolg. Referenzkriterien des Ideal-Selbts sind unter anderen: *beliebt, durchsetzungsfähig, erwachsen, stark, unabhängig, sicher, gutaussehend, intelligent*. In vielen Fällen *klaffen* Ideal- und Realselbst auf diesen Dimensionen relativ weit auseinander. Zudem sind die private und öffentliche Selbstaufmerksamkeit während der Pubertät aufgrund rapider physischer und psychischer Veränderungen besonders stark ausgeprägt und verstärken noch einmal Unsicherheit und (soziale) Angst. Verhaltensweisen, die die physische Gesundheit schädigen (wie z. B. Rauchen oder Trinken), werden je nach sozialem Einfluß (Referenzgruppen: peers, Eltern) und wahrgenommenen sozialen Normen (z. B. Werbung) als Mittel zum Zweck eingesetzt, um entweder langfristig die Diskrepanz zwischen Real- und Idealselbst zu reduzieren ('Raucher sind stark und unabhängig'), oder sie dienen dazu, wenigstens kurzfristig den Selbstfokus und damit negative Selbsteinschätzungen zu vermeiden. (Alkohol dient z. B. zur Betäubung oder dazu, 'sich Mut anzutrinken').

In der *Kosten-Nutzen-Abwägung* wird die Entscheidung oft zugunsten der gesundheitsschädlichen Verhaltensweise fallen, da seelisches und soziales Wohlbefinden von Jugendlichen höher gewertet werden. Auf Adjektivdimensionen wie *stark, durchsetzungsfähig, erwachsen* werden Diskrepanzen zwischen Real- und Idealselbst erlebt, nicht jedoch auf der Dimension *gesund*. Die *physische Gesundheit* - soweit dies überhaupt eine saliente Dimension ist - ist in der Regel Bestandteil des Real-, weniger des Idealselbts. Motivierende Ist-Soll--Diskrepanzen werden nicht erlebt. Insofern gelangt der Entscheidungsprozeß für ein gesundes Verhalten oft nicht einmal bis zu einer expliziten Kosten-Nutzen-Einschätzung, sondern wird bereits bei der Vulnerabilitätseinschätzung abgebrochen. Notwendig erscheint hiernach, zum einen Gesundheitsstandards zu erweitern und aufzuwerten, d.h. Gesundheit darf nicht allein über die Abwesenheit von Symptomen definiert werden. Wichtig ist jedoch auch, gesundheitsschädliches Verhalten (wie rauchen, trinken oder zuviel essen) mit Negativkonsequenzen zu verknüpfen, die ihrerseits im sozialen oder seelischen Bereich liegen (Beispiel: "Wer küßt schon gerne einen Aschenbecher?"; "Rauchen macht Falten, gelbe Haut"; "Kuchen macht dick"). Gleichzeitig geht es darum, Verhaltensalternativen anzubieten, die den gleichen Zweck erfüllen (Identitätsbildung, soziale Akzeptanz) wie die gesundheitsschädlichen Verhaltensweisen (z. B. Sport zur Erlangung physischer Fitness, Social Skills Training, zur Verbesserung des Selbstwertgefühls).

#### **4.0. Regulationsprozesse in gesundheitsrelevanten Person-Umwelt-Auseinandersetzungen**

##### **4.1. Zur funktionalen Rolle gesundheitsbezogener Kognitionen**

Ein aktuelles Verhalten wie körperliche Aktivität, Begrenzung der Nahrungsaufnahme oder Rauchen kann unter bestimmten Umständen als Bewältigungshandlung aufgefaßt werden, wobei es um die Bewältigung entweder spezifischer streßreicher Anforderungen oder der Alltagsbelastung generell geht. Nach Lazarus und Folkman (1984, 1987) lassen sich verschiedene Arten von Coping sowie Copingvoraussetzungen unterscheiden. Die kognitive Einschätzung einer streßreichen Begegnung richtet sich auf die Anforderung (primary appraisal: *stakes*) und die Ressourcen (secondary appraisal: *coping options*). Bei dieser zweiten Einschätzung spielt es eine Rolle, welche Ressourcen tatsächlich als relativ stabile Merkmale vorhanden sind, wobei zwischen situativen Ressourcen (z. B. soziales Netzwerk) und personalen Ressourcen zu unterscheiden ist. Zu letzteren gehören auch Gesundheit, Kompetenz und Selbstkonzept (einschließlich allgemeiner gesundheitsrelevanter Selbstschemata). Die subjektive Gesundheitstheorie wird hauptsächlich bei der zweiten Einschätzung bedeutsam, insbesondere hinsichtlich derjenigen Selbstschemata, die als situationsspezifische Erwartungen aktualisiert werden (im Sinne von *self-efficacy*; Bandura, 1977, 1986). Die subjektiven Kompetenzerwartungen entstehen wesentlich durch persönliche Erfahrungen im Umgang mit unterschiedlichsten Anforderungen, aber auch durch Modellernen oder Wissensvermittlung. Umwelterfahrungen und Selbsteinschätzungen beeinflussen sich wechselseitig in transaktionalen Prozessen: Selbstschemata steuern die Einschätzungen von Anforderungen und deren aktive Aufsuche bzw. Vermeidung. Umgekehrt stabilisieren oder verändern konkrete Bewältigungsversuche die entsprechenden Selbsteinschätzungen. Die Selbsteinschätzung "Ich bin ein sportlicher Typ" ist wahrscheinlich Ausdruck der Erfahrung, im sportlichen Bereich gute Leistungen erbringen zu können. Damit verbunden ist vermutlich die Tendenz, gerne sportliche Aktivitäten auszuüben. Durch häufige sportliche Betätigung werden die Leistung und das diesbezügliche Selbstbild verbessert. Die Motivation zu sportlicher Be-

tätigung kann zusätzlich angeregt werden durch die positive Einstellung wichtiger Bezugspersonen zum Sport, die Erfahrungen kurzfristiger und angenehmer Folgen sportlicher Tätigkeit (z. B. körperliches Wohlbefinden) und auch die Valenz langfristig sich einstellender Konsequenzen (z. B. gesundes Herz-Kreislauf-System, gute Figur).

Es sei in diesem Zusammenhang an die Unterscheidung von Kompetenzerwartung, Konsequenzerwartung und Instrumentalität vor dem Hintergrund von vier Sequenzen erinnert: 1. Person in der Situation, 2. Handlung, 3. Ergebnis und 4. Folgen (Schwarzer, 1987; Schwarzer & Jerusalem, 1989). Die *Kompetenzerwartung* verbindet die Person mit der Handlung (Beispiel: "Ich bin in der Lage, 40 Minuten zu laufen"). Der Begriff "Kompetenzerwartung" wird hier übrigens synonym mit dem Begriff "Selbstwirksamkeitserwartung" (Bandura, 1977) verwendet. Die *Konsequenzerwartung* verbindet die Handlung mit dem Ergebnis (Beispiel: "Wenn man länger als eine halbe Stunde läuft, fühlt man sich danach körperlich wohl"). Die *Instrumentalität* verbindet das Ergebnis mit den Folgen (Beispiel: "Wenn man sich oft körperlich wohl fühlt, trägt dies zur Erhaltung der Gesundheit bei"). Kompetenzerwartungen als Spezialfall von Selbstschemata können gesundheitsrelevante Handlungen steuern. Dazu gehören auch der kompetente Widerstand gegen Gruppendruck (z. B. angesichts von Rauchen), oder die Selbstregulation (z. B. angesichts verführerischer Angebote oder schwieriger körperlicher Anforderungen).

Motivation zu gesundheitsbewußtem Verhalten läßt sich also unter Rückgriff auf kognitive Handlungsmodelle analysieren anhand der mit dem Verhalten verbundenen Folgen. Folgen gesundheitsbewußten Handelns können u. a. sein: körperliche Attraktivität und Vitalität, eine allgemein erhöhte Streßresistenz und nicht zuletzt eine höhere Lebenserwartung. Die Motivation, solche Ziele erreichen zu wollen, hängt wahrscheinlich vom Lebensalter und von ihrer zeitlichen Entfernung bzw. von ihrer subjektiven Erreichbarkeit ab. Jugendliche sind vermutlich eher gegenwartsorientiert, so daß die persönliche Lebenserwartung weniger motivational bedeutsam sein dürfte als etwa die körperliche Attraktivität. Zu unterscheiden

sind demnach kurzfristige von langfristigen Zielen. Letztere besitzen oft eine hohe Valenz (Gesundheit, langes Leben), sie sind zugleich aber auch schwieriger zu erreichen als manche kurzfristigen Ziele ("delay of gratification"-Problem; s. o.).

Hinsichtlich der Herausbildung von Zielen und Valenzen haben Bezugspersonen und normative Bezugsgruppen eine wesentliche Meinungsbildende Funktion ("significant others", Peer-group, Kollegen am Arbeitsplatz, Familie etc.). Welche Ziele angestrebt werden, welche Konsequenz- und Kompetenzerwartungen bewußtseinsmäßig repräsentiert sind und optimiert werden, hängt u.a. davon ab, welche Bezugspersonen man sich zum Vorbild nimmt, wen man respektiert, wem man gefallen möchte, wen man bei Problemen um Rat fragt, wessen Meinung einem wichtig ist, zu welcher Gruppe man gehören möchte etc. Ziele, Meinungen und Einstellungen innerhalb einer Peer-group beispielweise steuern die anschlusßmotivierten Verhaltensweisen der einzelnen Mitglieder. Wichtige sozial-affektive Folgen einer Zugehörigkeit zur Gruppe können sein soziale Unterstützung, interessante Freizeiterlebnisse, Beliebtheit und Attraktivität und eine gute psychosoziale Befindlichkeit. Im Bereich der Konsequenzerwartungen können unterschiedlichste Kriterien für die Gruppenzugehörigkeit - auch gesundheitsbezogene Verhaltensnormen - verankert sein ("Wer nicht raucht, ist kein ganzer Mann und wird nicht akzeptiert"; "Wer Alkohol trinkt, ist ein schlaffer Typ und unerwünscht"; "Wer zuviel ißt, wird zu dick und damit unattraktiv"; "Wer keine Drogen probiert, kann nicht mitreden"; "Wer viel Sport treibt, ist körperlich fit, sieht gut aus und ist begehrt"). Je nach Bezugsgruppe können mehr oder weniger gesundheitsförderliche bzw. gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen erwünscht sein. Die subjektiven Kompetenzen werden schließlich hinsichtlich dieser Anforderungen geprüft und zu erreichen versucht. Manche "Kompetenzen" sind relativ einfach zu erreichen wie Alkohol-Trinken, Zigaretten-Rauchen oder Drogen-Einnahme, falls die materiellen Ressourcen (Geld) vorhanden sind. Zudem ist bei diesen konsumptiven Verhaltensweisen ein unmittelbarer Lustgewinn gegeben. Andere, gesundheitsförderliche Handlungen erfordern erhebliche Anstrengung und ein gewisses Maß an Selbstkontrolle (Sporttreiben, mäßiges Essen, Verzicht auf Alkohol etc.).

Das Auftreten konkreter gesundheitsbezogener Verhaltensweisen wird zum Teil bestimmt durch die subjektiven Kompetenzen und Ziele einerseits und die Umwelтанforderungen, die durch Ansprüche der Bezugspersonen gesetzt werden, andererseits. Hierbei können unterschiedliche Gruppen miteinander unvereinbare Anforderungen an den einzelnen stellen. In der Schule können Rauchen, Alkohol oder Drogen "in" sein, während dies im Fußballverein abgelehnt wird; in der Familie ist man vielleicht sehr negativ gegenüber Drogen und Rauchen eingestellt, Alkohol trinken ist unerwünscht, Sport treiben stößt auf Unverständnis.

#### **4.2. Bewältigungsfunktionen des Gesundheitsverhaltens**

Die Ausführung gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen hängt allerdings nicht nur von den Anforderungen eigener Bezugspersonen und -gruppen ab. Bemühungen zur Regulation von Belastung können mehr problemorientiert oder mehr emotionsorientiert sein, d. h. entweder instrumentell auf die Behebung einer Schwierigkeit oder aber auf die Kontrolle unerwünschter Gefühlszustände gerichtet sein. Es wird vermutet, daß verschiedene Risikoverhaltensweisen wie z. B. Rauchen, Alkohol- und Medikamentenkonsum sowie übermäßiges Essen häufig unmittelbar funktional für die Bewältigung von Emotionen sind. Angesichts subjektiver Inkompetenz hinsichtlich der Bewältigung aller möglicher Umwelтанforderungen werden unangenehme affektive Befindlichkeiten durch gesundheitsschädigende Handlungen nivelliert ("Rauchen beruhigt die Nerven", "Alkohol hilft zu vergessen", "Essen beseitigt den Ärger", "Medikamente erhöhen die Konzentrationsfähigkeit" etc.). Daher läßt sich Risikoverhalten in solchen Fällen mit Coping gleichsetzen, wobei bilanzierend die kurzfristigen Erleichterungen den langfristigen Gesundheitsschäden (Drogenabhängigkeit, Fettleibigkeit, Lungenkrebs usw.) gegenübergestellt werden müssen. Die emotionsbezogene Bewältigung kann subjektiv durchaus instrumentell für die Problemlösung erscheinen, wobei in der perzipierten Handlungskette die Erwartungen entsprechend ausgebildet werden: "Wenn ich rauche, kann ich mich besser konzentrieren. Wer sich besser konzentrieren kann, leistet mehr. Wer mehr leistet, hat mehr Erfolg". Oder: "Wenn ich bei der Arbeit Alkohol trinke, ärgere

ich mich nicht und fange keinen Streit an. wer sich ruhig verhält, wird von den Vorgesetzten akzeptiert. Wer von den Vorgesetzten akzeptiert wird, behält seinen Arbeitsplatz."

Problemorientierte Handlungen können demgegenüber zumindest kurzfristig mit einer Zunahme emotionaler Erregung oder körperlichen Unbehagens verbunden sein. Die aktive Auseinandersetzung im Rahmen eines sozialen Konfliktes, Unlustzustände bei Einhaltung einer Diät oder körperliche Beanspruchung bei sportlichen Aktivitäten sind Beispiele hierfür. Schönplflug (1986) weist in diesem Zusammenhang darauf hin, daß bestimmte Bewältigungshandlungen nicht streßreduzierend wirken, sondern zunächst Kosten mit sich bringen, die das Streßerleben erst verursachen oder verstärken. Kosten-Nutzen-Analysen werden vermutlich auch dann entscheidenden Anteil an der Handlungssteuerung nehmen, wenn vergleichbar wichtige Ziele einander widersprechende Verhaltensweisen implizieren. Das Verhaltensmuster "Typ-A" (Friedman & Rosenman, 1974; Price, 1982) etwa kann einerseits leistungsfördernd sein (Leistungsmotiv), stellt andererseits aber ein koronares Risikoverhalten dar (Selbstschema körperlicher Gesundheit). Oder: in der Peer-group mag Rauchen zum guten Ton gehören (Anschlußmotiv), aber die Leistung im Schwimmverein wird dadurch beeinträchtigt (Leistungsmotiv). Dem Gruppendruck zu widerstehen, verlangt ein gut ausgeprägtes Selbstschema der Streßbewältigung. Das Selbstschema körperlicher Aktivität und Gesundheit wird durch Nichtrauchen erhalten bzw. gestärkt. Allerdings besteht die Gefahr, von der Gruppe nicht akzeptiert zu werden und damit einhergehend eine mögliche Beeinträchtigung der Einschätzung eigener sozialer Kompetenzen. Das gleiche spezifische Verhalten kann somit verschiedene bereichsspezifische Kompetenzvorstellungen verstärken oder beeinträchtigen. Damit verbunden ist auch die Erkenntnis, daß nicht nur affektives Unbehagen durch Risikoverhalten nivelliert wird, sondern emotionale Belastungen auch durch problembezogene Bewältigungshandlungen erst geschaffen werden können. Die Handlung selbst kann dabei sowohl gesundheitsförderlich als auch gesundheitsgefährdend sein. Problem- und emotionsbezogene Bewältigung



sind wahrscheinlich nicht immer eindeutig trennbare Sachverhalte und treten oft mit unterschiedlichen Gewichtungen gleichzeitig auf.

Welche personalen Ressourcen auf die Präferenz dieser beiden Copingfunktionen Einfluß nehmen, ist für den Gesundheitsbereich ungeklärt. Im Zusammenhang mit perzipiertem Streß am Arbeitsplatz von Jugendlichen haben Jerusalem und Schwarzer (im Druck) Hinweise darauf gefunden, daß das Selbstwertgefühl eher das problemorientierte Coping, die Angstlichkeit dagegen eher das emotionsorientierte Coping begünstigt. Unabhängig von diesen beiden Copingfunktionen haben Lazarus und Folkman (1987, S. 153) acht Copingkategorien beschrieben, nämlich 1. konfrontives Coping, 2. Distanzieren, 3. Selbstkontrolle, 4. Suche nach sozialer Unterstützung, 5. Übernahme von Verantwortung, 6. Flucht/Vermeidung, 7. geplantes Problemlösen und 8. positive Neueinschätzung. Diese Kategorien stellen wertvolle Heuristiken auch für die gesundheitspsychologische Bewältigungsforschung dar. Zur Bedeutung von sozialer Unterstützung liegen bereits neuere theoretische und empirische Ergebnisse vor (vgl. Schwarzer & Leppin, 1988, 1989).

Als Copingkategorie meint Social Support die Mobilisierung von Bezugspersonen mit dem Ziel, bei diesen Unterstützungshandlungen hervorzurufen -- sei es instrumentelle Hilfe oder emotionale Zuwendung. Von diesem tatsächlich vorhandenen Rückhalt läßt sich die Überzeugung von dem potentiellen Eintreten zukünftiger Hilfe unterscheiden. Die "subjektive Verfügbarkeit" von Social Support kann als eine externe Ressource der Person-Umwelt-Auseinandersetzung im Selbstkonzept abgespeichert sein. Personen, die glauben, im Ernstfall auf ein hilfreiches soziales Netz zurückgreifen zu können, sind weniger verwundbar gegenüber Streß und haben tendenziell ein positiveres Selbstkonzept als andere. Diese subjektiv wahrgenommene soziale Unterstützung mag illusionär sein, doch stellt dies solange keine Beeinträchtigung dar, wie keine Krisensituation eintritt, in der die eigene Überzeugung invalidiert werden kann.

### **4.3. Emotionen als Determinanten bzw. Konsequenzen des Gesundheitsverhaltens**

Im Zusammenhang mit alltäglichen Regulationsprozessen läßt sich theoretisch unterscheiden zwischen (1) dem Einfluß von Emotionen auf Handlungen und (2) dem Einfluß von Handlungen auf Emotionen, obwohl diese Kategorien eng miteinander verknüpft und aufeinander angewiesen sind, so daß der separierende empirische Zugang kaum gelingen kann.

Weiner (1986) legt eine Betrachtungsweise nahe, die die Sequenz "Cognition ---> Affect ---> Action" als einen universellen psychischen Prozeß auffaßt. Nach Lazarus und Folkman (1984) ist angesichts von stressreichen Begegnungen die Folge "cognitive appraisal ---> emotion and/or coping" anzunehmen. Ähnlich sieht bei Bandura (1977, 1986, 1988) der Prozeß aus: "self-efficacy --> arousal and/or behavior". Diese drei Autoren seien stellvertretend für die heute generelle Auffassung von der kognitiven Bestimmtheit von Emotion und Handlung genannt. Die Folge "Emotion ---> Handlung" ist dabei meist implizit angenommen, allerdings nur wenig trennscharf konzipiert und kaum empirisch erforscht.

Wenn gesundheitliches Risikoverhalten als "emotionsbedingt" angesehen wird, so entspricht dies der o.g. Sichtweise (z. B. jemand raucht aufgrund nervöser Erregung oder trinkt aufgrund von sozialer Angst vor einer wichtigen Verabredung). Umgekehrt wird geschlossen, daß Gesundheitsverhalten kognitiv gesteuert ist (z. B. jemand treibt Ausdauersport und meidet cholesterinhaltige Speisen aus der vernünftigen Überlegung heraus, sich auf diese Weise länger gesund halten zu können). Es bleibt zu erforschen, inwieweit diese Dichotomie von emotionaler versus kognitiver Handlungssteuerung zutrifft bzw. in welchem Maße alternative Erklärungsmodelle tragfähiger sind. Im Hinblick auf Interventionen würde sich die Frage anschließen, ob man präventives Verhalten auf derselben Ebene ansiedeln kann oder sollte, auf der auch das Risikoverhalten determiniert wird.

Auf der anderen Seite können Handlungen explizit mit dem Ziel der Beeinflussung von Emotionen initiiert werden (z. B. "Jemand nimmt eine Droge <Handlung>, um einen rauschähnlichen Zustand zu erleben <Emotion>"). Bei der "Bewältigung von Emotionen" gibt es eine Vielzahl von Strategien (vgl. Laux & Weber, 1988). Emotionsorientiertes Coping als Gegenpol zum problem-orientierten Coping umfaßt ein Reihe von Techniken, denen die "Regulation interner Anforderungen" bzw. die Kontrolle unangenehmer Gefühlszustände gemeinsam ist (palliatives Coping). Macht es überhaupt Sinn, hier eine Abfolge "Handlung ---> Emotion" zu postulieren, da ja die Handlung gerade darauf abzielt, eine bereits vorhergehende Emotion zu beeinflussen, so daß diese als ihrerseits determinierend für die Coping-Handlung anzusehen wäre? Sollte man nicht eher eine andere Abfolge wählen: "vorhergehende Emotion ---> Handlung ---> nachfolgende Emotion" ? Im o.g. Beispiel wird die Droge nicht in einem emotionsfreien Raum eingenommen; vielmehr mag hier die Emotion "Langeweile" als Auslöser gewirkt haben. Ein weitere mögliche Konzeptualisierung wäre, Emotion als ein sich permanent veränderndes Substrat zu sehen, auf das Kognition und Handlung abwechselnd einwirken.

Die Unterscheidung von Kognitionen und Emotionen sowohl als Determinanten des gesundheitsrelevanten Handelns als auch als dessen Konsequenzen bedarf der weiteren theoretischen und empirischen Klärung. Theoretische Ansatzpunkte dafür finden sich u. a. bei Folkman und Lazarus (1988), Higgins (1987), Kuhl (1983), Lazarus und Folkman (1984, 1986), Leventhal und Scherer (1987), Reizenzein und Hofmann (1988), Sacks und Bugental (1987) und Zajonc (1980).

#### Schlußbemerkung

Die vorgelegten Überlegungen stellen einen ersten Schritt zur Neukonzipierung älterer Ansätze der Gesundheitsverhaltenstheorie dar, Es bedarf noch der Analyse von Querverbindungen zu anderen Überlegungen zur subjektiven Gesundheitstheorie sowie Konzepten der Prävention und Gesundheitsförderung (vgl. Bausell 1985, 1986, 1987; Bengel, 1986; Harris & Guten, 1979; Versteegen, 1988).

## LITERATUR

- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Anderson, J. R. (1983). A spreading activation theory of memory. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*, 22, 261-295.
- Anderson, J. R. (1983). *The architecture of cognition*, Cambridge: Harvard University Press.
- Anderson, J. R., & Bower, G. H. (1973). *Human associative memory*. Washington, DC: Winston.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1988). Self efficacy conception of anxiety. *Anxiety Research, An International Journal*, 1(2).
- Bausell, B. R. (1985). The prevention index. A method of assessing the effects of a preventive lifestyle. *Evaluation and the Health Professions*, 8, 3-6.
- Bausell, B. R. (1986). Health seeking behaviors: Private vs. public health perspectives. *Psychological Reports*, 58, 187-190.
- Bausell, B. R. (1987). Preventive research. An overview. *Evaluation and the Health Professions*, 10, 251-254.
- Becker, H. M. (1974). *The health belief model and personal health behavior*. Thorofare, NJ: Slack.
- Becker, P., & Minsel, B. (1986). *Psychologie der seelischen Gesundheit. Band 2. Persönlichkeitspsychologische Grundlagen, Bedingungsanalysen and Förderungsmöglichkeiten*. Göttingen: Hogrefe.

- Bengel, J. (1986). *Beiträge zur Evaluation ärztlicher Gesundheitsberatung. Ergebnisse der Begleitforschung zum Modellversuch "Gesundheitsberatung durch Ärzte"*. (Dissertation). Freiburg i. Br.: Albert-Ludwigs-Universität.
- Bower, G. H., & Cohen, P. R. (1982). Emotional influences in memory and thinking: Data and theory. In S. Fiske & M. S. Clark (Eds.), *Affect and social cognition* (pp. 291-331). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Brewer, W. F., & Nakamura, G. V. (1984). The nature and functions of schemas. In R. S. Wyer & T. K. Srull (Eds.), *Handbook of social cognition* (Vol. 1, pp. 119-160). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Epstein, S. (1973). The self-concept revisited. *American Psychologist*, 28, 404-416.
- Epstein, S. (1979). Entwurf einer integrativen Persönlichkeitstheorie. In S.-H. Filipp (Ed.), *Selbstkonzeptforschung: Probleme, Befunde, Perspektiven* (pp. 15-45). Stuttgart: Klett.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Fisher, S. (1970). *Body experience in fantasy and behavior*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 3, 466-475.
- Friedman, M., & Rosenman, R. H. (1974). *Type A behavior and your heart*. New York: Knopf.
- Green, L. W., Kreuter, M. W., Deeds, S. G., & Patridge, K. B. (1980). *Health education planning: A diagnostic approach*. Palo Alto, CA: Mayfield.
- Greenwald, A. G., & Pratkanis, A. R. (1984). The self. In R. S. Wyer & T. K. Srull (Eds.), *Handbook of social cognition* (Vol. 3, pp. 129-178). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Harris, D. M., & Guten, S. (1979). Health protective behavior: An exploratory study. *Journal of Health and Social Behavior*, 20, 1, 17-29g

- Haynes, R. B., Taylor, D. W., & Sackett, D. L. (Eds.). (1979). *Compliance in health care (Compliance-Handbuch)*. Baltimore [München]: John Hopkins Univ. Press [Deutsch: 1986].
- Heckhausen, H. (1980). *Motivation und Handeln*, Heidelberg: Springer.
- Heckhausen, H. (1987). Perspektiven einer Psychologie des Wollens. In H. Heckhausen, P. M. Gollwitzer, & F. E. Weinert (Eds.), *Jenseits des Rubikon: Der Wille in den Humanwissenschaften* (pp. 121-142). Berlin: Springer.
- Heckhausen, H., & Gollwitzer, P. M. (1987). Thought contents and cognitive functioning in motivational vs. volitional states of mind. *Motivation and Emotion, 11*, 101-120.
- Heckhausen, H., & Kuhl, J. (1985). From wishes to action: The dead ends and short cuts on the long way to action. In M. Frese & J. Sabini (Eds.), *Goal-directed behavior: The concept of action in psychology*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Higgins, E. T. (1987). Self-discrepancy: A theory relating self and affect. *Psychological Review, 94*, 319-340.
- Ingram, R. E. (1984). Information processing and feedback: Effects of mood information favorability on the cognitive processing of personally relevant information. *Cognitive Therapy and Research, 8*, 371-386.
- Ingram, R. E. (1984). Toward an information-processing analysis of depression. *Cognitive Therapy and Research, 8*, 443-478.
- Janz, N. K., & Becker, M. H. (1984). The health belief model: a decade later. *Health Education Quarterly, 11*, 1-47.
- Kastner, P., & Silbereisen, R. K. (1988). Die Funktion von Drogen in der Entwicklung Jugendlicher. In N. Bartsch & H. Knigge-Illner (Eds.), *Sucht und Erziehung. Band 2: Sucht und Jugendarbeit*. Weinheim: Reitz.
- Kihlstrom, J. F., & Cantor, N. (1984). Mental representations of the self. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology* (Vol. 15). New York: Academic Press.
- Klinger, E. (1977). *Meaning and void*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Kuhl, J. (1983). Emotion, Kognition und Motivation: I. Auf dem Wege zu einer systemtheoretischen Betrachtung der Emotionsgenese. *Sprache & Kognition, 1*, 1-27.

- Kuhl, J. (1983). *Motivation, Konflikt und Handlungskontrolle*. Berlin: Springer.
- Kuhl, J. (1984). Tatsächliche und phänomenale Hilflosigkeit: Vermittlung von Leistungsdefiziten nach massiver Mißerfolgsinduktion. In F. E. Weinert & R. H. Kluwe (Hrsg.), *Metakognition, Motivation und Lernen* (S. 192-209), Stuttgart: Kohlhammer.
- Laux, L., & Weber, H. (1988). Bewältigung von Emotionen. In K. R. Scherer (Ed.), *Psychologie der Emotion. Enzyklopädie der Psychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1986). Cognitive theories of stress and the issue of circularity. In H. M. Appley & R. Trumbull (Eds.), *Dynamics of stress: Physiological, psychological, and social perspectives* (pp. 63-80). New York: Plenum.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 1, 141-169.
- Leventhal, H., & Scherer, K. R. (1987). The relationship of emotion to cognition: A functional approach to a semantic controversy. *Cognition and Emotion*, 1, 3-28.
- Lewin, K. (1926). Untersuchungen zur Handlungs- und Affektpsychologie. II. Vorsatz, Wille und Bedürfnis. *Psychologische Forschung*, 7, 330-382.
- Linden, M. (1985). Krankheitskonzept von Patienten. *Psychiatrische Praxis*, 12, 8-12.
- Markus, H., Hamill, R., & Sentis, K. P. (1987). Thinking fat: Self-schemas for body weight and the processing of weight relevant information. *Journal of Applied Social Psychology*, 17, 1, 50-71.
- Markus, H., & Nurius, P. (1987). Possible selves: The interface between motivation and the self concept. In K. Yardley & T. Honess (Eds.), *Self and identity: Psychosocial perspectives* (pp. 157-172). Chichester: Wiley.

- Markus, H., & Sentis, K. (1982). The self in social information processing. In J. Suls (Ed.), *Psychological perspectives on the self* (Vol. 1, pp. 41-70). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Markus, H., & Wurf, E. (1987). The dynamic self-concept: A social psychological perspective. *Annual Review of Psychology, 38*, 299-337.
- Mechanic, D. (1978). *Medical Sociology* (2nd ed.). New York: Free Press.
- Mechanic, D. (1983). Adolescent health and illness behavior: hypotheses for the study of distress in youth, *Journal of Human Stress, 9*, 4-13.
- Mechanic, D. (1986). The concept of illness behavior: culture, situation and personal predisposition. *Psychological Medicine, 16*, 1-7.
- Meyer, W.U. (1983). Das Konzept von der eigenen Begabung als ein sich selbst stabilisierendes System. *Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie, 2*, 21-30.
- Meyer, W.U. (1984). *Das Konzept von der eigenen Begabung*. Bern, Switzerland: Huber.
- Mischel, H. N., & Mischel, W. (1983). The development of children's knowledge of self-control strategies. *Child Development, 54*, 603-619.
- Mischel, W. (1966). Theory and research on the antecedents of self-imposed delay of reward. In B. A. Maher (Ed.), *Progress in experimental personality research* (Vol. 3). New York: Academic Press.
- Mrazek, J. (1987). Struktur und Entwicklung des Körperkonzepts im Jugendalter. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie, 14,1*, 1-13.
- Mullen, P. D., Hersey, J. C., & Iverson, D. C. (1987). Health behavior models compared. *Social Science and Medicine, 24*, 973-983.
- Neisser, U. (1976). *Cognition and reality. (Kognition und Wirklichkeit)*. San Francisco, CA/Stuttgart: Freeman/Klett-Cotta [deutsch: 1979].
- Price, V. A. (1982). *Type A behavior pattern. A model for research and practice*. New York: Academic Press.



- Reisenzein, R. & Hofmann, Th. (1988). Discrimination of emotions by cognitive appraisals: A study of 23 affects. *Arbeitsberichte des Instituts für Psychologie, Nr. 10*. Freie Universität Berlin.
- Rosen, G. M., & Ross, A. O. (1968). Relationship of body image to self-concept. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 32*, 100.
- Rosenstock, I. M. (1966). Why people use health services. *Milbank Memorial Fund Quarterly, 44*, 94.
- Rosenstock, I. M., & Kirscht, J. (1979). Why people use health services. In A. Stone, F. Cohen, & N. E. Adler (Eds.), *Health Psychology*. San Francisco, CA: Jossey Bass.
- Rumelhart, D. E. (1984). Schemata and the cognitive system. In R. S. Wyer & T. K. Srull (Eds.), *Handbook of social cognition* (Vol. 1, pp. 161-188). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Rumelhart, D. E., & Ortony, A. (1977). The representation of knowledge in memory. In R. C. Anderson, R. J. Spiro, & W. E. Montague (Eds.), *Schooling and acquisition of knowledge* (pp. 99-135). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Sacks, C. H., & Bugental, D. B. (1987). Attribution as Moderators of affective and behavioral responses to social failure. *Journal of Personality and Social Psychology, 53*, 5, 939-947.
- Schönplflug, W. (1986). Behavior economics as an approach to stress theory. In H. M. Appley & R. Trumbull (Eds.), *Dynamics of stress: Physiological, psychological, and social perspectives* (pp. 81-98). New York: Plenum.
- Schwarzer, R. (1987). *Streß, Angst und Hilflosigkeit* (2nd ed.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1989). Erfassung leistungsbezogener und allgemeiner Kontroll- und Kompetenzerwartungen. In G. Krampen (Ed.), *Diagnostik von Kontrollüberzeugungen und Kausalattributionen*. Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R., & Leppin, A. (1988). Social support: The many faces of helpful social interactions. *International Journal of Educational Research, 2*, 333-345.
- Schwarzer, R., & Leppin, A. (1989). *Sozialer Rückhalt und Gesundheit: Eine Meta-Analyse*. Göttingen: Hogrefe.

- Shavelson, R. J., & Marsh, H. W. (1986). On the structure of self-concept. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-related cognitions in anxiety and motivation* (pp. 305-330). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Teasdale, J. D., & Russell, M. L. (1983). Differential effects of induced mood on the recall of positive, negative and neutral words. *British Journal of Clinical Psychology*, 22, 163-171.
- Thomas, M. (1988). *Zentralität und Selbstkonzept*. Bern: Huber.
- Toner, I. J. (1984). Self-imposed delay of gratification in children: The development of self-regulatory behavior in stressful situations. In R. Schwarzer (Ed.), *The self in anxiety, stress and depression* (pp. 17-30). Amsterdam: North-Holland.
- Versteegen, U. (1988). *Zur Bedeutung des Konzepts der "Lebensweisen" für die Gesundheitspsychologie. Eine empirische Untersuchung zu den Determinanten des Gesundheitsverhaltens 30-50jähriger Frauen*. (Dissertation), Freiburg i. Br.: Albert-Ludwigs-Universität.
- Weiner, B. (1986), *An attributional theory of motivation and emotion*. Berlin: Springer.
- Zajonc, R. B. (1980). Feeling and thinking: Preferences need no inferences. *American Psychologist*, 151-175.
- Zion, L. C. (1965). Body concept as it relates to self-concept. *Research Quarterly*, 36, 490-495.
-

Bereits erschienene Berichte

1987

Nr.1 Jerusalem, M. Selbstkonzept, Ängstlichkeit und Sozial-  
klima von jugendlichen Migranten

Nr.2 Schönflug, W. & Battmann, W. Self-generated stress:  
Costs and benefits of coping

Schönflug, W. Effort regulation and individual  
differences in effort expenditure

Nr.3 Walschburger, P. & Jarchow, C. Anforderungen und Über-  
forderung. Psychologische und physiologische Indikatoren  
erfolgreicher und mißlingender Bewältigungsprozesse in  
unterschiedlich belastenden Leistungssituationen

Nr.4 Rauh, H. & Rudinger, G. Early development of Down  
syndrome children as assessed by the Bayley scales

Rauh, H. & Diesch, E. Cognitive development in mentally  
handicap children

Lösche, G. Sensorimotor- and action development in  
autistic children from infancy to early childhood

Nr.5 Westmeyer, H., Winkelmann, K. & Hannemann, J. Intra-  
situational dynamische Interaction

Nell, V., Völkel, U., Winkelmann, K., Hannemann, J. &  
Westmeyer, H. Verhaltensinteraktion in Vater- Mutter-

Kind- Triaden. Ein Theorie--Element und seine empirische  
Bewährung

Nr.7 Schwarzer, R. Meta-Analysen: Methodik,  
Anwendungsbeispiel und Computerprogramm

Nr.8 Kleine, D. & Jäger, A.O. Kriteriumsvalidität eines  
neuartigen Tests zum Berliner  
Intelligenzstrukturmodell. Eine Untersuchung an  
brasilianischen Schülern und Studenten

1988

Nr.9 Otto, J. Hilfeverhalten. Zur Sozialpsychologie  
prosozialen Verhaltens

Schwarzer, R. & Leppin, A. Social support and health:  
A meta-analysis

Nr.10 Reizenzein, R. & Hofmann, Th. Discrimination of  
Emotions by Cognitive Appraisals: A Study of 23 Affects

1989

Nr.11 Fuchs, R., Hahn, A., Jerusalem, M., Leppin, A., Mittag,  
W. & Schwarzer, R. Auf dem Weg zu einer  
sozialkognitiven Theorie des Gesundheitsverhaltens.