

Ralf Schwarzer (Hrsg.)

Gesundheits- psychologie

Ein Lehrbuch

2., überarbeitete und erweiterte Auflage



Hogrefe

Gesundheitspsychologie

Gesundheits- psychologie

Ein Lehrbuch

herausgegeben von

Ralf Schwarzer

2., überarbeitete und erweiterte Auflage



**Hogrefe . Verlag für Psychologie
Göttingen . Bern . Toronto . Seattle**

Prof. Dr. Ralf Schwarzer, geb. 1943. Studium der Erziehungswissenschaften und Psychologie an der Universität Kiel. 1973 Promotion in Erziehungswissenschaften mit den Nebenfächern Psychologie und Kriminologie; 1974-76 Professor für Schulpädagogik an der PH Schwäbisch Gmünd; 1976-82 Professor für Schulpädagogik an der RWTH Aachen. Seit 1982 Professor für Psychologie an der FU Berlin.

Die Deutsche Bibliothek - CIP-Einheitsaufnahme

Gesundheitspsychologie : ein Lehrbuch /hrsg. von Ralf Schwarzer. - 2., überarb. und erw. Aufl. - Göttingen ; Bern ; Toronto ; Seattle : Hogrefe, Verl. für Psychologie, 1997

ISBN 3-8017-0989-2

NE: Schwarzer, Ralf [Hrsg.]

© by Hogrefe-Verlag, Göttingen • Bern . Toronto . Seattle 1990 und 1997
Rohnsweg 25, D-37085 Göttingen



Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Druck: Hubert & Co., Göttingen
Printed in Germany
Auf säurefreiem Papier gedruckt

ISBN 3-8017-0989-2

Vorwort

Nachdem die erste Auflage dieses Buches im Jahre 1990 erschienen war, folgte bald eine Flut von Publikationen, die den Begriff Gesundheitspsychologie im Titel trugen. Zwei Jahre später schon hat derselbe Verlag eine Buchreihe zur Gesundheitspsychologie ins Leben gerufen, die inzwischen sieben Bände umfaßt. Die Deutsche Gesellschaft für Psychologie gründete 1992 **die Fachgruppe Gesundheitspsychologie**. Ein Jahr später begannen die regelmäßigen Fachtagungen dieser Organisation, gleichzeitig nahm **die Zeitschrift für Gesundheitspsychologie** ihr Erscheinen auf. Diese Daten markieren den Beginn des neuen Faches in Deutschland, nachdem eine weltweite Entwicklung vorausgegangen war, die unter anderem dadurch dokumentiert ist, daß mindestens zehn englischsprachige Fachzeitschriften um eine globale Versorgung mit wissenschaftlichen Originalbeiträgen bemüht sind. Multimediale Informationen vermehren sich täglich im World Wide Web, in Deutschland am besten nachzusehen unter der Adresse: <http://userpage.fu-berlin.de/~ahahn/>

Der Gegenstand der Gesundheitspsychologie zielt insbesondere auf Verhalten, Kognition, Emotion und Motivation im Zusammenhang mit Erkrankungen, gesundheitlichen Risiken und Präventionsmaßnahmen. Sie bearbeitet unter anderem Themen, die bisher auch in der Pädagogischen Psychologie, in der Klinischen Psychologie und in der Verhaltensmedizin behandelt worden sind. Der Unterschied zu diesen Disziplinen liegt aber darin, daß Gesundheitspsychologie sich auf andere Erkenntnisse stützt, nämlich solche, die primär aus der Grundlagenforschung, insbesondere der Sozialpsychologie, stammen. Folgende Definition des Faches wird zugrunde gelegt: „Gesundheitspsychologie ist ein wissenschaftlicher und pädagogischer Beitrag der Psychologie zur a) Förderung und Erhaltung der Gesundheit, b) Verhütung und Behandlung von Krankheiten, c) Bestimmung von Risikoverhaltensweisen, d) Diagnose und Ursachenbestimmung von gesundheitlichen Störungen, e) Rehabilitation und f) Verbesserung des Systems gesundheitlicher Versorgung. Sie befaßt sich vor allem mit der Analyse und Beeinflussung gesundheitsbezogener Verhaltensweisen des Menschen auf individueller und kollektiver Ebene“. Während **die Klinische Psychologie** ein Anwendungsfach darstellt, in dessen Mittelpunkt die individuelle Diagnose und Therapie seelischer Störungen steht, ist die Gesundheitspsychologie etwas starker grundlagenorientiert und zielt dabei auf die Genese und Prävention von körperlichen Erkrankungen sowie insbesondere den Risiko- und Gesundheitsverhaltensweisen.

Um deutlicher zu machen, worin die Besonderheiten der Gesundheitspsychologie liegen, soll kurz auf ihre Beziehungen zur Verhaltensmedizin und zur Gesundheitswissenschaft (Public Health) eingegangen werden. Die **Verhaltensmedizin** stellt ein bereits interdisziplinäres Feld dar, während die Gesundheitspsychologie als ein Integrationsfach innerhalb der Psychologie angesehen wird. Beide Ansätze gehen von der Prämisse aus, daß dem Verhalten eine zentrale Rolle bei der Entstehung und Bewältigung von Krankheiten zukommt. Die Verhaltensmedizin befaßt sich mit den Entstehungsbedingungen, der Prävention und der Behandlung von Krankheiten, wobei die Behandlungskonzepte überwiegend der klinischen Verhaltenstherapie verpflichtet sind. Verhaltensmedizin stellt eine Schnittstelle zwischen Medizin und Sozialwissen-

schaften dar. Gesundheitspsychologie dagegen ist nicht interdisziplinär, sondern sie versteht sich als ein neues psychologisches Fach, das sich mit den Entstehungsbedingungen und der Prävention von gesundheitlichen Störungen und Risikofaktoren befaßt. Dies geschieht unter Rückgriff auf andere psychologische Fächer und unter besonderer Berücksichtigung protektiver Faktoren von Gesundheit.

Die **Public Health** wird eher definiert als Wissenschaft und Praxis der Krankheitsverhütung, Lebensverlängerung und der Förderung psychischen und physischen Wohlbefindens durch gemeindebezogene Maßnahmen. Dazu tragen vor allem Epidemiologen, Soziologen, Sozialmediziner, Psychologen und Pädagogen bei.

Da der Gegenstand der Gesundheitspsychologie inzwischen recht gut bekannt und anerkannt ist, habe ich für die zweite Auflage dieses Buches auf das allgemeine Einführungskapitel verzichtet. Die damalige Fassung ist aber durchaus noch aktuell als erste Einführung und kann dort nachgelesen werden. Darüber hinaus hat sich die Konzeption des Bandes radikal geändert. Auf 14 Themen wurde ganz verzichtet, 8 Themen sind neu hinzugekommen, und die übrigen Kapitel sind gründlich überarbeitet und aktualisiert worden. Durch die Straffung des Inhalts bei gleichzeitiger Ausdehnung des Umfangs hat sich der Gebrauchswert des Lehrbuchs verändert: Es ist weniger zum Nachschlagen als vielmehr zum Studieren geeignet, indem es die wichtigsten Bereiche der Gesundheitspsychologie in der nötigen Ausführlichkeit repräsentiert. Daß vieles fehlt, liegt in der Natur der Sache. Es gibt zum Beispiel unzählige Gesundheitsverhaltensweisen, die es wert waren, hier behandelt zu werden. Aber der Zweck liegt nicht in der Vollständigkeit wie bei einem Lexikon, sondern in der exemplarischen Auswahl einiger Themen, an denen sich gut studieren läßt, worum es in der Gesundheitspsychologie geht.

Dank gebührt den Autoren, die sich bereitgefunden haben, ihre damaligen Beiträge gründlich zu aktualisieren oder die mit einem neuen Beitrag hinzugekommen sind. Ein derart umfangreiches Werk mit vielen Beiträgen innerhalb eines knappen Jahres neu zu gestalten und zu aktualisieren, erfordert nicht nur Engagement und Disziplin aller Beteiligten, sondern auch eine effiziente Organisation seitens der Herstellung. Dafür danke ich ganz besonders Frau Bärbel Günther, die für den Kontakt mit den Autoren und die technische Produktion der Druckvorlage verantwortlich war und dies auf vorzügliche Weise geleistet hat.

Berlin, im Frühjahr 1996

Ralfschwarzer

Inhalt

Gesundheitskognitionen und Gesundheitsverhaltenstheorie

Subjektive Krankheitstheorien	3
Sigrun-Heide Filipp und Peter Aymanns	
Subjektive Gesundheitsvorstellungen	23
Jürgen Bengel und Martina Belz-Merk	
Risikoeinschätzung und Optimismus	43
Ralf Schwarzer und Britta Renner	
Intention und Volition	67
Henning Allmer	

Gesundheitsverhalten

Sonnenschutzverhalten	93
Michael Eid und Peter Schwenkmezger	
Sportliche Aktivität als gesundheitsbezogenes Handeln	117
Andrea Abele, Walter Brehm und Iris Pahmeier	
Ernährung	151
Volker Pudel	
Orales Gesundheitsverhalten	175
Almut Makuch und Konrad Reschke	
Konsum von Alkohol und Drogen über die Lebensspanne	189
Rainer K. Silbereisen	
Tabakkonsum: Erklärungsmodelle und Interventionsansätze . . .	209
Reinhard Fuchs und Ralf Schwarzer	
Gesundheit und Alter	245
Susanne Zank, Hans-Ulrich Wilms und Margret M. Baltes	

Streß, Emotionen und Bewältigung

Streß und Streßbewältigung	267
Heinz Walter Krohne	
Emotionsbewältigung	285
Hannelore Weber	
Ärger, Ärgerausdruck und Gesundheit	299
Peter Schwenkmezger	
Persönlichkeit, Ressourcen und Bewältigung	319
Kerstin Schröder	
Sozialer Rückhalt, Krankheit und Gesundheitsverhalten	349
Anja Leppin und Ralf Schwarzer	

Krankheitsbewältigung

Formen der Krankheitsbewältigung bei Krebspatienten	377
Thomas Klauer und Sigrun-Heide Filipp	
Bewältigung der Krebserkrankung im Kindes- und Jugendalter	405
Franz Petermann	
Asthma und Allergie: Belastungen, Krankheitsbewältigung und Compliance	431
Franz Petermann und Petra Warschburger	
Psychosoziale Faktoren in der Genese und Rehabilitation des Herzinfarkts	455
Renate Schmook, Sybille Damm und Dieter Frey	
Schmerz und Schmerzbehandlung	479
Heinz-Dieter Basler, Christiane Zimmer und Hans Peter Rehfish	

Prävention und Evaluation

Prävention und Gesundheitsförderung	517
Peter Becker	
Betriebliche Gesundheitsförderung	535
Detlev Liepmann und Jörg Felfe	
Gesundheit und Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt	553
Gisela Mohr und Ivars Udris	
Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung in der Schule	575
Matthias Jerusalem	
Evaluation von Präventionsprogrammen	595
Waldemar Mittag und Matthias Jerusalem	
Gesundheitssystemforschung aus psychologischer Perspektive	613
Lothar R. Schmidt	
Autorenverzeichnis	631
Sachverzeichnis	651
Anschriften der Autoren	667

Gesundheitskognitionen und Gesundheitsverhaltenstheorien

Subjektive Krankheitstheorien

Sigrun-Heide Filipp und Peter Aymanns

Subjektive Theorien als Forschungsgegenstand: Forschungsprogrammatische und ideengeschichtliche Aspekte

„Subjektive Krankheitstheorien“ stellen ein Thema dar, das in den letzten Jahren zunehmende Aufmerksamkeit erfahren hat (vgl. Bishop, 1991; Flick, 1991; Murray, 1990). Gleichwohl ist die Beschäftigung mit „subjektiven Theorien“ nicht neu: einerseits gibt es in der Psychologie eine Reihe von Ansätzen, die - zum Teil in anderem begrifflichen Gewande (z. B. Attributionstheorien) - „subjektive Theorien“ zum Forschungsgegenstand erhoben haben. Andererseits stellen „subjektive Theorien“ seit Jahren ein eigenständiges Forschungsprogramm dar (Dann, 1983), welches mit der Rekonstruktion menschlichen Verhaltens und Erlebens in termini subjektiver Theorien eine ganz neue programmatische Richtung erhalten hat. Vorrangig ist hier auf Groeben und Scheele (1977; Groeben, Wahl, Schlee & Scheele, 1988) zu verweisen, die das Forschungsprogramm „Subjektive Theorien“ als solches eingeführt und dieses bislang am konsequentesten und engagiertesten vorangetrieben haben.

Das Forschungsprogramm erhebt die „Innenaspekte“ des Handelns zum Forschungsgegenstand. Subjektive Theorien werden als Wissenssysteme aufgefaßt, die „Strukturparallelität“ zu wissenschaftlichen Theorien aufweisen sollen, und die **Analyse der Inhalte, Strukturen und Funktionen** subjektiver Theorien wird als grundlegende Aufgabe dieses Forschungsprogramms formuliert. Da zwischen Wissenschaftler und Alltagsmensch keine prinzipiellen Unterschiede im Prozeß der Erkenntnisgewinnung angenommen werden, sollten die bei der Bewertung wissenschaftlicher Theorien zugrunde gelegten Kriterien auch bei der Bewertung subjektiver Theorien Anwendung finden können - eine Auffassung, wie sie vor Jahren auch von Laucken (1974) in seiner Konzeption der „naiven Verhaltenstheorie“ vertreten wurde. Die Vertreter des Forschungsprogrammes gehen insofern noch einen Schritt weiter, als sie fordern, daß die subjektiven Theorien des Alltagsmenschen in den Prozeß psychologischer Forschung einbezogen werden sollten und daß sie prinzipiell in eine wissenschaftliche Theorie übergehen und als solche auch anerkannt werden könnten (vgl. das Postulat von der Austauschperspektive zwischen subjektiven und objektiven Theorien; Scheele & Groeben, 1988).

Der Annahme von der Strukturparallelität subjektiver und objektiver Theorien kann man nun die Auffassung gegenüberstellen, daß sich subjektive Theorien insbesondere hinsichtlich ihrer **Funktionen** von objektiven unterscheiden sollten, d. h. daß ihnen nicht (nur) die Funktion der Erkenntnisgewinnung zukommt. Beispielhaft ist hier an Befunde der Selbstkonzeptforschung zu erinnern, die zeigen, daß bestimmte Annahmen über das Selbst - etwa wenn sie identitätsstiftende Elemente enthalten -

eine extrem hohe Falsifikationsresistenz besitzen (Brown, 1991), oder daß sie wegen der Bedrohlichkeit potentiell verfügbarer Informationen einer Überprüfung gar nicht ausgesetzt werden. Im Prinzip gilt dies für die Verteidigung aller Kognitionen, die als „positive illusions“ (Taylor & Brown, 1988) anzusehen sind - und vermutlich eben auch für subjektive Krankheitstheorien, solange sie eine Rolle in der Krankheitsverarbeitung bei Patienten und/oder ihren Angehörigen, ja selbst bei „Nichtbetroffenen“, spielen.

Gegenstandsbereiche subjektiver Theorien

Obschon im Prinzip „alles“ zum Gegenstand subjektiven Theoretisierens werden kann, ist bislang subjektiven Theorien über das Selbst („Selbsttheorien“; Epstein, 1973) und über andere Menschen („implizite Persönlichkeitstheorien“; vgl. Hofer, 1975) besondere Beachtung geschenkt worden. Auch ist von „subjektiven Entwicklungstheorien“ (Heckhausen, Dixon & Baltes, 1989) oder von subjektiven Theorien des Wohlbefindens (Dann, 1991) die Rede. Daß auch Gesundheit und Krankheit den Gegenstand subjektiver Theorien konstituieren und demgemäß „subjektive Krankheitstheorien“ als Forschungsgegenstand zu gelten haben, mag deutlich werden, wenn man von Krankheit mittelbar oder unmittelbar betroffene Personen als „Probanden“ in Forschungsvorhaben einbezieht (Filipp, Klauer & Ferring, 1992). „Auseinandersetzung“ mit Krankheit bedeutet ja nicht nur eine wie auch immer geartete „Anpassung“ an die Krankheit, indem man z. B. gewohnte Verhaltensweisen ändert. „Auseinandersetzung“ mit Krankheit heißt letztendlich auch immer, die Krankheit „verstehen“ zu lernen und sie als Bestandteil des eigenen Lebens akzeptieren zu können (Filipp & Aymanns, 1996). Es liegt daher nahe, daß Menschen im Zuge solcher Auseinandersetzungsprozesse Annahmen formulieren über das Wesen ihrer Krankheit, daß sie nach Erklärungen suchen und Deutungen vornehmen, daß sie - kurzum - krankheitsbezogenes Wissen aufbauen. Daraus werden „subjektive Krankheitstheorien“ gebildet, die als komplexe Aggregate krankheitsbezogener Kognitionen in bestimmter Weise organisiert und repräsentiert sind und das Insgesamt aller Wissens- und Vorstellungsinhalte abbilden, die mit der jeweils betrachteten Erkrankung assoziiert sind.

Doch auch jenseits der eigenen unmittelbaren Betroffenheit verfügen Menschen über subjektiv-theoretisches Wissen über einzelne Krankheiten, auch gesunde Menschen verbinden mit ihnen bestimmte Vorstellungen, Annahmen und Deutungen (vgl. Domheim, 1983; Homung, Helminger & Hättich, 1994; Verres, 1986; Viney, 1983). Anzunehmen ist allerdings, daß subjektive Krankheitstheorien für „Nichtbetroffene“ grundlegend andere Funktionen erfüllen. Während - wie oben angedeutet - für Patienten (oder ihre Angehörigen) die Funktion subjektiver Krankheitstheorien darin liegen mag, das durch die Diagnose einer schweren Krankheit erschütterte Vertrauen in eine geordnete, verstehbare und vorhersehbare Welt wiederzugewinnen (vgl. Filipp, 1992), mag ihr Wert für die von Krankheit nicht betroffenen Menschen darin liegen, den Glauben an die eigene Unverwundbarkeit aufrechterhalten zu

können. Ob diese Unterschiede in der persönlichen Betroffenheit auch mit Unterschieden in Inhalt und Struktur subjektiver Krankheitstheorien einhergehen, ist bislang selten thematisiert worden und stellte eine zentrale Fragestellung unseres Forschungsprojektes „Subjektive Krankheitstheorien“ dar, in das Krebspatienten, Angehörige von Krebspatienten, Angehörige des medizinischen Personal sowie Personen, die bislang keinen Kontakt zu Krebspatienten hatten, einbezogen waren¹. Auch ist unser Wissen noch äußerst defizitär in bezug auf eine Reihe weiterer Fragen (z. B. inwieweit die mit der Krankheit verknüpften Vorstellungen eher bildhaft oder eher abstrakt repräsentiert sind oder welches Gewicht kulturell geformten Deutungsmustern im Vergleich zu höchst individuellen, idiosynkratischen Theorieelementen zukommt). Nichtsdestotrotz gibt es einige zum Teil interessante Ansätze und Befunde, auf die im weiteren einzugehen ist.

Strukturierung des Gegenstandsbereiches „Subjektive Krankheitstheorien“

Es liegt auf der Hand, daß man in der Erforschung subjektiver Krankheitstheorien wohl kaum die „Totalität“ krankheitsbezogener Vorstellungen und Annahmen von Personen betrachten wird, sondern daß man eine spezifische Fokussierung vornehmen und einzelne Elemente subjektiver Krankheitstheorien thematisieren wird. Dazu bieten sich unterschiedliche Möglichkeiten einer Strukturierung des Gegenstandsbereichs an.

Zum einen kann man sich an bisherigen (z. T. kognitions-psychologischen) Arbeiten orientieren, die subjektiven Krankheitstheorien gewidmet waren. So argumentieren beispielsweise Leventhal, Meyer und Nerenz (1980), daß mentale Repräsentationen von Krankheiten in der Regel vier Facetten aufweisen: (1) Assoziative Verknüpfungen von Symptomen mit einem ‚Etikett‘, (2) Annahmen über die Krankheitsursachen, (3) Erwartungen bezüglich ihrer Folgen und (4) Annahmen über ihre zeitliche Erstreckung. Andere Autoren fügen „Annahmen über die Kurabilität“ einer Erkrankung als fünftes Theorieelement hinzu (Lau, Bernard & Hartman, 1989). Hingegen vermuten Turk, Rudy und Salovey (1986), daß „implizite Krankheitsmodelle“ eine ganz andere Struktur aufweisen. In diesen sollen Annahmen zu (1) dem Schweregrad/ Bedrohlichkeit der Erkrankung, (2) der persönlichen Verantwortlichkeit für ihre Entstehung, (3) ihrer Kontrollierbarkeit und (4) ihrer Veränderbarkeit/ Chronizität organisiert sein. Schließlich schlagen Bishop und Converse (1986) vor, bei der Analyse subjektiver Krankheitstheorien den Prototypenansatz zugrunde zu legen (siehe weiter unten).

Eine andere Möglichkeit der Analyse subjektiver Krankheitstheorien besteht darin, verschiedene (partial)theoretische Zugänge heranzuziehen, die den Blick auf unterschiedliche Elemente subjektiver Krankheitstheorien lenken können. Hier bieten sich

¹ Die Studie wurde von 1987 bis 1991 im Rahmen des Förderschwerpunkts „Rehabilitation von Krebskranken“ des Bundesministeriums für Forschung und Technologie gefördert (Az. 07068746).