Ralf Schwarzer

# Psychologie des Gesundheits-verhaltens

## Einführung in die Gesundheitspsychologie

3., überarb. Auflage

Hogrefe

Psychologie des Gesundheitsverhaltens

# Psychologie des Gesundheits-verhaltens

Einführung in die Gesundheitspsychologie

von
Ralf Schwarzer

3., überarbeitete Auflage

Hogrefe

Göttingen · Bern · Toronto · Seattle · Oxford · Prag

*Prof. Dr. Ralf Schwarzer,* geb. 1943. 1969-1973 Studium der Psychologie und Erziehungswissenschaften in Kiel. 1973 Promotion. Anschließend Tätigkeit an der Pädagogischen Hochschule Schwäbisch-Gmünd. 1976-1982 Inhaber des Lehrstuhls für Schulpädagogik an der RWTH Aachen. Seit 1982 Professor für Psychologie an der Freien Universität Berlin. Forschungsaufenthalte an der University of California, der Chinese University of Hong Kong und der York University, Toronto. Forschungs- und Arbeitsschwerpunkte: Gesundheitsverhalten und Krankheitsverarbeitung.

**Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek**

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.ddb.de abrufbar.

Die erste und die zweite Auflage des Bandes sind innerhalb der Reihe »Gesundheitspsychologie« erschienen.

© 1992, 1996, 2004 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Göttingen · Bern · Toronto · Seattle · Oxford · Prag
Rohnsweg 25, 37085 Göttingen

**http://www.hogrefe.de**
Aktuelle Informationen • Weitere Titel zum Thema • Ergänzende Materialien

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.

---

Umschlagabbildung: © Wolfgang Webermann
Gesamtherstellung: AZ Druck und Datentechnik GmbH, Kempten
Printed in Germany
Auf säurefreiem Papier gedruckt

ISBN 3-8017-1816-6

# Vorwort

Die Gesundheitspsychologie ist eine aufstrebende Teildisziplin innerhalb der Psychologie. Sie befasst sich mit den biopsychosozialen Aspekten von körperlichen Erkrankungen und liefert Beiträge zur Ursachenbestimmung, Diagnose, Behandlung und Prävention. Die Gesundheitspsychologie lässt sich grob in zwei große Gegenstandsbereiche aufteilen: Stress und Krankheit sowie Gesundheitsverhalten und Gesundheitsförderung. Die vorliegende Einführung ist zwar breit angelegt, trifft aber dennoch eine Auswahl aus der Fülle von Arbeitsgebieten, wobei der Schwerpunkt auf Gesundheitsverhaltensweisen gelegt wurde. Präventive Maßnahmen erfordern eine genaue Kenntnis der zugrunde liegenden Prozesse, die für riskantes und gesundheitsförderliches Verhalten verantwortlich sind. Damit sind hier vor allem sozial-kognitive Prozesse gemeint. Gesundheitsbezogene Kognitionen und deren Rolle im Geflecht aller Verhaltensbedingungen stellen somit ein zentrales Thema dar. Für eine Übersicht über das gesamte Fachgebiet sei auf unser Lexikon (Schwarzer, Jerusalem & Weber, 2002) verwiesen, welches mit 173 Stichwörtern umfassende Informationen in der gebotenen Kürze bereithält. Das Buch ist als allgemeinverständliches Einführungswerk konzipiert und soll nicht nur die empirische Befundlage widerspiegeln, sondern auch theoretische Überlegungen vorstellen, mit denen sich Gesundheitsverhaltensänderungen erklären und vorhersagen lassen.

Die erste Auflage dieses Buches erschien 1992, die zweite 1996. Die nun acht Jahre später vorliegende Aktualisierung ist gegenüber der zweiten Auflage etwa zur Hälfte neu verfasst worden. Dabei haben mich die Mitglieder meiner Abteilung für Gesundheitspsychologie tatkräftig unterstützt, indem sie z. B. mehrfach Korrektur gelesen, Literatur gesucht, den Index erstellt oder Abbildungen gezeichnet haben. In alphabetischer Reihenfolge: Sonja Böhmer, Bärbel Günther, Corinna Küchler, Sonia Lippke, Nadine Pohontsch, Urte Scholz, Benjamin Schüz, Lutz Vöhringer, Annerose Wohlgemuth und Jochen Ziegelmann. Ganz besonderer Dank gilt Mary Wegner, die die Redaktion des Buches übernommen und mit größter Sorgfalt und Kompetenz die Druckvorlage erstellt hat.

Berlin, im Juni 2004 *Ralf Schwarzer*

# Inhalt

**Einleitung: Arbeitsgebiete der Gesundheitspsychologie** ..... 1

## 1 Theoretische Konstrukte ..... 5

Der optimistische Interpretationsstil ..... 6
Dispositionaler Optimismus ..... 11
Selbstwirksamkeitserwartung ..... 12
Risikowahrnehmung und defensiver Optimismus ..... 28
Defensiver und funktionaler Optimismus ..... 34

## 2 Theorien und Modelle des Gesundheitsverhaltens ..... 39

**Health Belief-Modell** ..... 40

**Theory of Reasoned Action** ..... 43
Intention und Verhalten ..... 44
Einstellung und subjektive Norm ..... 46
Überzeugungen ..... 48
Das ausführliche Modell ..... 50

**Theory of Planned Behavior** ..... 51

**Protection Motivation Theory** ..... 57

**Die sozial-kognitive Theorie von Bandura** ..... 61
Studien zur Raucherentwöhnung und Selbstwirksamkeitserwartung ..... 62
Sexuelles Risikoverhalten und Selbstwirksamkeitserwartung ..... 67
Schmerztoleranz und Selbstwirksamkeitserwartung ..... 68
Gewichtskontrolle, präventive Ernährung und Selbstwirksamkeitserwartung ..... 71
Körperliche Aktivität und Selbstwirksamkeitserwartung ..... 73

**Das Rückfallmodell von Marlatt** ..... 74
Theoretische Vorstellungen von Abhängigkeit ..... 75
Selbstkontrollmodell und Krankheitsmodell ..... 77
Phasen bei der Entwöhnung ..... 78
Erklärungsmodell des Rückfallprozesses auf der Mikroebene ..... 80

**Transtheoretical Model (TTM): Stages of Change** ..... 86

**Health Action Process Approach (HAPA): Das sozial-kognitive Prozessmodell gesundheitlichen Handelns** 90
Der motivationale Prozess: Intentionsbildung 91
Der volitionale Prozess: Planung und Realisierung gesundheitsbezogenen Handelns 93
Ein Beispiel aus der Forschung: Brustselbstuntersuchung 96
Interventionsplanung auf der Basis des HAPA-Models 97
Zusammenfassung zum HAPA-Modell 99

## 3 Verhalten und Krankheitsrisiko 101

**Verhalten und Krebsrisiko** 101
Entstehung und Verbreitung von Tumoren 102
Rauchen und Krebsrisiko 105
Ernährung und Krebsrisiko 108
Alkoholkonsum und Krebsrisiko 109
Sonnenbestrahlung und Krebsrisiko 111
Sexualverhalten und Krebsrisiko 112
Sekundäre Prävention: Früherkennung und Krebsrisiko 112
Stress, Emotionen und Krebsrisiko 116

**Kardiovaskuläres Risikoverhalten** 117
Entstehung und Verbreitung koronarer Herzkrankheiten 117
Rauchen und koronares Risiko 119
Ernährung und koronares Risiko 120
Körperliche Aktivität und koronares Risiko 121

**Persönlichkeit, Stressbewältigung und Krankheitsrisiko** 123
Das Typ A-Verhaltensmuster 124
Gibt es die »Krebspersönlichkeit«? 129

## 4 Krankheitsverhalten und Stressmanagement 137

**Krankheitsverhalten** 138

**Symptomwahrnehmung und -interpretation** 138

**Compliance** 141
Erfassung von Compliance 142
Ursachen von Non-Compliance 144
Compliance bei verschiedenen Erkrankungen 146

**Stress** 153
Die kognitiv-transaktionale Stresstheorie 153
Die Messung von Stress 155

**Stressbewältigung** 159
Proaktive Bewältigung 160
Die Messung von Bewältigung 163

**Stressbewältigung und Gesundheit** 169

**Soziale Unterstützung** 176
Begriffsklärung und theoretische Überlegungen 176
Soziale Unterstützung beim Gesundheitsverhalten 200

## 5 Körperliche Aktivität 203

**Wirkung der körperlichen Aktivität auf die Gesundheit** 204
Unmittelbare Effekte körperlicher Aktivität 205
Psychische Effekte körperlicher Aktivität: Befindlichkeit und Selbstkonzept 207
Physische Effekte körperlicher Aktivität: Krankheiten und Lebenserwartung 212

**Sozial-kognitive Bedingungen der körperlichen Aktivität: Motivation und Partizipation** 217
Die Prävalenz von körperlicher Aktivität 217
Motivation und Volition bei körperlicher Aktivität 220

**Psychosoziale Bedingungen der körperlichen Aktivität in der Rehabilitation** 228

## 6 Safer Sex 235

HIV-Infektion und AIDS-Erkrankung 235
Psychosoziale Bewältigung angesichts der AIDS-Bedrohung 242
Psychische Bedingungen von riskantem Sexualverhalten und Safer Sex 245
Prävention und Intervention zur Änderung des sexuellen Risikoverhaltens 257

## 7 Sonnenschutzverhalten 261

Gesundheitliche Risiken der UV-Strahlung 261
Psychologische Bedingungen des Sonnenschutzverhaltens 264

**8 Ernährung und Gewichtskontrolle** ..... 275

Übergewicht und gestörtes Essverhalten ..... 276
Ernährungsgewohnheiten ..... 285
Theoriegeleitete Untersuchungen zur gesunden Ernährung vor dem Hintergrund des HAPA-Modells ..... 305

**9 Rauchen und Raucherentwöhnung** ..... 309

Die Verbreitung des Rauchens ..... 310
Die Motivation zum Rauchen: Warum rauchen Menschen überhaupt? ..... 312

**Sekundäre Prävention: Entwöhnung und Abstinenz** ..... 323
Motive für die Entwöhnung ..... 324
Eine Barriere: Gewichtszunahme nach dem Aufhören ..... 326
Die Rolle von Massenmedien ..... 327
Therapien zur Raucherentwöhnung ..... 329
Das Training von Bewältigungsfertigkeiten und Selbstregulation ..... 331
Aufhören aus eigener Kraft ..... 338

**Primäre Prävention des Rauchens** ..... 340
Sozialer Einfluss ..... 341
Generelle Kompetenzentwicklung ..... 342
Bewertung und weiterführende Überlegungen ..... 343
Rauchen und öffentliche Gesundheitsfürsorge ..... 345

**10 Gesundheitsförderung** ..... 347

Primärpräventive Maßnahmen ..... 347
Programme zur schulischen Gesundheitsförderung ..... 348
Spezifische Interventionen am Arbeitsplatz ..... 350

**Literatur** ..... 365

**Autorenverzeichnis** ..... 417

**Sachverzeichnis** ..... 427

# Einleitung: Arbeitsgebiete der Gesundheitspsychologie

Die Erforschung des Gesundheitsverhaltens ist ein Gegenstand der Gesundheitspsychologie. Um den Stellenwert des Gesundheitsverhaltens innerhalb des Faches zu verdeutlichen, soll zunächst eine kurze Übersicht gegeben werden.

Die Gesundheitspsychologie befasst sich mit dem menschlichen Erleben und Verhalten angesichts gesundheitlicher Risiken und Beeinträchtigungen sowie mit der Optimierung von Gesundheit (im Sinne von Fitness oder Wellness). Die Forschung fragt danach, wer krank wird (und warum), wer sich von einer Krankheit wieder gut erholt (und warum), und wie man Erkrankungen von vornherein verhütet. Im Unterschied zur Klinischen Psychologie, die sich mit seelischen Störungen und Verhaltensabweichungen befasst, richten sich die Fragestellungen innerhalb der Gesundheitspsychologie vor allem auf körperliche Erkrankungen und Behinderungen sowie auf riskante und präventive Verhaltensweisen. Die Gesundheitspsychologie ist eine noch junge, empirisch orientierte Disziplin und wird von einer *biopsychosozialen* Modellvorstellung geleitet. Dies bedeutet, dass in Abgrenzung zum biomedizinischen Modell den psychischen und sozialen Einflussgrößen sowie deren Wechselwirkungen auf Krankheit und Gesundheit besondere Beachtung geschenkt wird. Eng verwandt ist sie mit der Verhaltensmedizin, die ein interdisziplinäres Gebiet darstellt, während die Gesundheitspsychologie als ein Fach innerhalb der Psychologie aufgefasst wird. Im Folgenden werden einige Fragestellungen beispielhaft vorgestellt.

### *Persönlichkeit und Krankheit*

Schon in der älteren Psychosomatik ist man der Annahme nachgegangen, dass einige Krankheiten überzufällig häufig mit einem bestimmten Persönlichkeitsprofil einhergehen. Die neuere gesundheitspsychologische Forschung hat eine Reihe wichtiger Befunde beigetragen (Siegrist, 1996). So war man seit den 1960er Jahren bei der Ursachenbestimmung des *Herzinfarkts* dem so genannten Typ A-Verhalten auf der Spur. Damit bezeichnet man ein Verhaltensmuster, das durch ehrgeiziges Leistungsstreben, Konkurrenzorientierung, Ungeduld, Zeitdruck, Feindseligkeit, Ärger, Aggressivität und explosive Sprechweise gekennzeichnet ist. Tatsächlich hat man in Längsschnittstudien Zusammenhänge dieses Persönlichkeitstyps mit der Auftretenshäufigkeit von Herzinfarkt gefunden. Man schätzte das kardiale Mortalitätsrisiko für den Typ A doppelt so hoch ein wie für den Typ B, der das gegenteilige Verhaltensmuster zeigte. Diese Zusammenhänge konnten jedoch später nicht mehr so deutlich repliziert werden. Nach heutigem Kenntnisstand ist vielmehr anzunehmen, dass einzelne Komponenten dieses Verhaltensmusters die Entstehung des Herzinfarktes be-

günstigen, insbesondere Feindseligkeit, Ärgerausdruck und zynisches Misstrauen. Die Suche nach den psychischen Entstehungsbedingungen von Herz-Kreislauf-Erkrankungen beschränken sich jedoch nicht auf die Isolierung einzelner Risikofaktoren im Verhalten oder in der Persönlichkeit, sondern richtet sich ebenso auf die Mechanismen der Pathogenese, also auf das Zusammenwirken von biologischen, psychischen und sozialen Merkmalen und Prozessen über viele Jahre hinweg. Auch für die *Krebserkrankung* hat man vorauslaufende Merkmale der Persönlichkeit identifizieren können (Hennig, 1998). Am ehesten scheinen depressive und anti-emotionale Menschen, die sich von anderen Personen abhängig machen und die zugleich konfliktscheu sind, dafür prädestiniert zu sein. Von manchen Forschern wird die These vertreten, dass die Wechselwirkung (Synergismus) von Risikofaktoren (wie z. B. Krebspersönlichkeit und Rauchen) am ehesten eine Vorhersage der Tumorgenese erlaubt. Man muss jedoch bei allen Aussagen zur Persönlichkeitsabhängigkeit von Erkrankungen bedenken, dass zahlreiche Einflussgrößen auf den viele Jahre dauernden pathogenen Prozess einwirken und dass es hier nicht um deterministische Beziehungen, sondern um die statistische Erklärung der Unterschiedlichkeit im Auftreten von Krankheitsmerkmalen in Populationen geht, was Rückschlüsse auf den Einzelfall nicht zulässt.

### *Stress und Stressbewältigung*

In der Gesundheitspsychologie wird Stress als ein potenziell krankmachender Prozess angesehen. Stress meint dabei weder einen kritischen Reiz noch die Reaktion darauf, sondern vielmehr einen interaktiven Vorgang, bei dem eine Person angesichts einer kritischen Situation Einschätzungsprozesse (Kognitionen) vornimmt (Krohne, 1997; Schwarzer & Knoll, 2003; Schwarzer & Schulz, 2003). Dabei werden objektive und erlebte Situationsgefahren zu den eigenen Bewältigungsressourcen in Beziehung gesetzt. Aus solchen Kognitionen erwachsen dann emotionale und physiologische Reaktionen sowie Bewältigungsanstrengungen (Coping). Diese Sichtweise ist sehr verschieden von den Stresstheorien, die in Medizin und Naturwissenschaft vorherrschen. Ob jemand aufgrund von Stress krank wird oder nicht, hängt nicht nur von der stressreichen Situation ab, sondern auch von den Ressourcen, von den kognitiven Einschätzungen und von den zum Einsatz gebrachten *Copingstrategien* und deren Erfolg.

Lang anhaltende, schwere Stressepisoden, wie zum Beispiel bei Krankheit oder Tod eines geliebten Partners, enthalten somit ein hohes Potenzial für einen pathogenen Prozess, der sich in Morbidität und Mortalität niederschlagen kann. Nach einer Verwitwung z. B. ist die Lebenserwartung des verbleibenden Partners statistisch gesehen reduziert. Einer der Mechanismen, die dem zugrunde liegen, ist die *Immunsuppression*. Wenn der Organismus durch Krisen und Depressionen belastet ist, wird das Immunsystem geschwächt, so dass sich Infektionskrankheiten und Tumorneubildungen häufiger beobachten lassen. Dies ist Gegenstand der Psychoneuroimmunologie (Hennig, 1998).

### *Protektive Ressourcen*

Um die Geschicke des Lebens bewältigen zu können, braucht man Ressourcen, darunter die sozialen und die *persönlichen Ressourcen*. Zu letzteren zählt man auch die

subjektiven Kompetenzerwartungen (Selbstwirksamkeitserwartungen). Damit ist die optimistische Überzeugung gemeint, stressreiche Anforderungen aufgrund eigener Fähigkeit und Anstrengung bewältigen zu können. Bei der Krankheitsbewältigung hat sich dieses Persönlichkeitsmerkmal als einflussreich erwiesen. Die Rehabilitation nach Herzinfarkt oder Bypass-Operation z. B. verläuft bei Patienten mit hoher Selbstwirksamkeits-Erwartung günstiger als bei solchen mit niedriger Selbstwirksamkeits-Erwartung. Wer optimistisch an eine gute Genesung glaubt, Pläne schmiedet und wieder aktiv werden möchte, erweist sich in der Tat als erfolgreicher bei der Wiederanpassung an neue Lebensumstände als jemand, der pessimistisch oder ängstlich den Einschränkungen oder Behinderungen entgegensieht, die auf ihn zukommen mögen. Auch von den *sozialen Ressourcen* weiß man, dass sie den Genesungsverlauf günstig beeinflussen können. Patienten, die gut in ihr soziales Netz eingebettet sind und sich unterstützt fühlen, werden im Durchschnitt schneller gesund als diejenigen, die sich einsam und ungeborgen fühlen (vgl. Knoll & Schwarzer, in Druck; Schwarzer, Knoll & Rieckmann, in Druck).

### *Gesundheitsverhalten*

Ressourcen sind auch für den Aufbau des Gesundheitsverhaltens bedeutsam, weil es sich dabei meist um sehr schwierige Aktivitäten handelt, die viel Selbstregulation und mitmenschliche Unterstützung erfordern können. Unter Gesundheitsverhalten versteht man eine präventive Lebensweise, die Schäden fernhält, die Fitness fördert und somit auch die Lebenserwartung verlängern kann. Körperliche Aktivität, präventive Ernährung, Kondombenutzung bei neuen Sexualpartnern, Anlegen von Sicherheitsgurten und Zahnpflege sind Beispiele dafür. Risikoverhaltensweisen wie Rauchen, Alkohol- und Drogenkonsum oder rücksichtsloses Autofahren sind das Gegenteil davon.

Um die Änderung von schwierigen Verhaltensweisen verstehen und erklären zu können, bedarf es theoretischer Vorstellungen, in denen die Einflussgrößen und Wirkmechanismen abgebildet werden. Dazu wurden *Gesundheitsverhaltensmodelle* entwickelt (Scholz & Schwarzer, in Druck). So wird heute angenommen, dass Menschen zunächst einen konflikthaften Entscheidungs- und Motivierungsprozess durchlaufen, der in einer Zielsetzung gipfelt, bevor sie darangehen, das neue oder schwierige Verhalten auszuprobieren. In dieser ersten Phase werden sie von Kognitionen geleitet, vor allem von Ergebniserwartungen und Selbstwirksamkeits-Erwartungen. Wenn sie sich dann ein konkretes Handlungsziel setzen (»Ich will ab übermorgen nicht mehr rauchen«), steigen sie in eine motivational ganz andere Phase ein, in der es zunächst um die Planung und Handlungsinitiative geht und später um die Handlungsausführung und -aufrechterhaltung. Auch in dieser Phase erweisen sich personale und soziale Ressourcen als anstoßend und unterstützend. Wer optimistisch an die eigene Kraft zum Durchhalten glaubt oder bei Bedarf sein soziales Netz geschickt zu mobilisieren weiß, vermag sein Leben nachhaltig zu verändern, auch wenn erst Widerstände überwunden werden müssen.

### *Gesundheitsförderung*

Bei der Gestaltung und Bewertung von Interventionsprogrammen sind die Erkenntnisse der Gesundheitspsychologie von großem Nutzen. Will man effektiv und ökonomisch vorgehen, so muss man zunächst feststellen, in welcher psychischen Phase der Änderungsmotivation sich die Adressaten für ein solches Programm befinden. Wer sich zum Beispiel noch nie darüber Gedanken gemacht hat, das Rauchen aufzugeben, muss ganz anders angesprochen werden als jemand, der es schon mehrfach vergeblich versucht hat. Gleichzeitig müssen die verfügbaren personalen und sozialen Ressourcen ins Kalkül gezogen werden. Es gibt moderne Konzepte davon, wie ein solches *maßgeschneidertes Programm* aussehen kann. Der Mangel vieler Förderungsansätze liegt darin, dass keine umfassende Prozesstheorie zugrunde liegt und keine methodisch anspruchsvolle Evaluation stattfindet, die auch die Analyse von differenziellen Effekten und von Nebenwirkungen einschließt (Jerusalem & Weber, 2003).

Der Primärprävention von Erkrankungen kommt hohe Bedeutung zu. Dies gilt nicht nur mit dem Ziel der Vermeidung von individuellem Leid, sondern auch im Hinblick auf die volkswirtschaftliche Seite des Problems. Die Gesellschaft kann sich auf Dauer keine technisch und personell aufwendige kurative Medizin für alle Bürger leisten. Nur durch Vorbeugung lässt sich dem Problem einer immer älter werdenden Bevölkerung, die von Multimorbidität gekennzeichnet ist, entgegentreten. Die Gesundheitspsychologie verfügt über tragfähige Konzepte, mit denen man solche *primärpräventiven Gesundheitsprogramme* entwickeln kann.

Weitere deutschsprachige Informationen zur Gesundheitspsychologie sind auch im Internet zu finden, z. B. unter:

*www.gesundheitspsychologie.net, www.fu-berlin.de/gesund/* oder unter:
*www.uni-leipzig.de/~gesupsych/*

Nachdem dieser allgemeine Überblick über die Arbeitsgebiete der Gesundheitspsychologie geliefert wurde, soll es im Folgenden nur noch um die Psychologie des Gesundheitsverhaltens im engeren Sinne gehen. Dazu werden im nächsten Kapitel die theoretischen Konstrukte und Modelle erläutert.

# 1 Theoretische Konstrukte

Unter einem Gesundheitsverhalten versteht man eine präventive Lebensweise, die Schäden fernhält, die Fitness fördert und somit auch die Lebenserwartung verlängern kann. Körperliche Aktivität, präventive Ernährung, Kondombenutzung bei neuen Sexualpartnern, Anlegen von Sicherheitsgurten und Zahnpflege sind Beispiele dafür. Risikoverhaltensweisen wie Rauchen, Alkohol- und Drogenkonsum oder rücksichtsloses Autofahren sind das Gegenteil davon. Die Unterlassung eines Risikoverhaltens wird auch als Gesundheitsverhalten verstanden. Somit wird der Begriff Gesundheitsverhalten auch als Oberbegriff für gesundheitsförderndes und für riskantes Handeln verstanden. Menschen entwickeln einen Lebensstil, der meist auch riskante Verhaltensweisen einschließt, was als individuelle Anpassungsstrategie an die besonderen Lebensumstände verstanden werden kann. Die Gesundheitspsychologie fragt z. B. auch danach, inwieweit ein Risikoverhalten als Stressbewältigung verstanden werden kann und ob es andere, funktional äquivalente Verhaltensweisen gibt, die es dem Individuum erlauben, das Leben zu bewältigen, ohne dabei die Gesundheit zu schädigen. Die Forschung richtet sich aber auch darauf, welche Sozialisationseinflüsse z. B. den Beginn des Rauchens bestimmen und welche Interventionen bei der Entwöhnung vom Rauchen hilfreich sind.

Um die Änderung von schwierigen Verhaltensweisen verstehen und erklären zu können, bedarf es theoretischer Vorstellungen, in denen die Einflussgrößen und Wirkmechanismen abgebildet werden. Dazu hat die Gesundheitspsychologie eine Reihe von Gesundheitsverhaltensmodellen entwickelt, die ihrerseits auf theoretischen Konstrukten der Psychologie aufbauen. Im Folgenden soll zunächst auf einige solcher *Konstrukte* eingegangen werden. Später folgen die Modelle.

### *Ein Szenario: Die Barriere im Kopf*

Manchmal erscheinen Hindernisse unüberwindbar. Es ist, als ob es an einem bestimmten Punkt gar nicht mehr weitergehen kann. Ein gutes Beispiel dafür findet man im Leistungssport, wo Sprunghöhen, Entfernungen und Zeitlimits als unüberwindbar gelten können. Lange Zeit galt für Läufer die »Vier-Minuten-Meile« als eine solche Barriere. Es wurde vermutet, dass der menschliche Organismus nicht in der Lage sei, eine Meile in weniger als vier Minuten zu laufen. Da niemand es jemals geschafft hat, lag es nahe, hier eine körperliche Grenze anzunehmen. Im Jahre 1954 hat Roger Bannister erstmalig den Bann gebrochen. Er war eine halbe Sekunde schneller. Die Nachricht von diesem Rekord verbreitete sich in aller Welt, und von dem Augenblick an folgte ein Rekord auf den anderen (Bandura, 1997, S. 396).

Die psychologische Nachricht lautete: Es ist machbar! Für die Leistungsfähigkeit des Körpers sind weniger natürliche Grenzen als vielmehr psychische Barrieren aus-