

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 Kückler, 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-Modells	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 entgegenseht, 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 ungeborgten 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, entgegenzutreten. 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-

schlaggebend. Jahr für Jahr wurde die Bestzeit unterboten, weil viele Läufer in Anbetracht der Leistungen dieser Sportler ihre eigene Selbstwirksamkeitserwartung erhöhten. Dies nennen wir »stellvertretende Erfahrung« oder »Modelllernen«, weil man sich mit anderen vergleicht und aus deren Leistungen den Schluss zieht, dass man in der Lage ist, selbst dieselbe Leistung zu erbringen.

Ein Gegenbeispiel verdeutlicht in anderer Hinsicht die psychologische Komponente des Hochleistungssports. Bei der Olympiade in Mexico City 1968 gelang es Beamon, den Weltrekord im Weitsprung auf unglaubliche Weise zu brechen, indem er fast 60 cm weiter sprang als der Rekordhalter zuvor. Dies war so sensationell, dass man nach einer externen Erklärung suchte. Das besondere Höhenklima in Mexico City wurde für diesen Rekord verantwortlich gemacht. Dombrowski aus der DDR hat damals gesagt, er glaube nicht, dass Beamons Rekord jemals übertroffen werden kann. Die falsche Ursachenzuschreibung auf das Klima hat offensichtlich dazu geführt, dass 23 Jahre lang niemand diese »Schallgrenze« überwunden hat. Doch dann kam Powell und schaffte es, und gleich danach kam Pedrosa und übertraf Powell. Der Bann war gebrochen (Bandura, 1997, S. 396).

Was lernen wir daraus? Wenn eine Leistung nicht der Kompetenz, sondern äußeren Umständen zugeschrieben wird, stimuliert sie nicht die Selbstwirksamkeitserwartung. Wie wir Barrieren interpretieren, ist von maßgeblicher Bedeutung für Selbstwirksamkeit, Motivation und Leistungsfähigkeit.

Das vorliegende Kapitel hat zum Ziel, unter anderem dieses theoretische Konstrukt der Selbstwirksamkeitserwartung zu beschreiben und seine Bedeutung für die Psychologie des Gesundheitsverhaltens herauszustellen. Da es sich dabei um einen Spezialfall von Optimismus handelt, werden wir zunächst verschiedene *Optimismuskonzepte* einleitend gegenüberstellen.

Der optimistische Interpretationsstil

Um kritische Ereignisse bewältigen zu können, muss man sie zunächst richtig einschätzen oder interpretieren. Wenn man sie zu pessimistisch sieht, führt dies zu einer emotionalen Beeinträchtigung und zu wenig konstruktivem Verhalten. Es wird heute allgemein angenommen, dass unser Verhalten von unseren Gedanken und Emotionen gesteuert wird. Gelingt es, schwierige Situationen günstig zu interpretieren, dann fühlt man sich besser und handelt auch wirksamer. Natürlich soll man sich dabei nicht »in die eigene Tasche lügen«, sondern durchaus realistisch die positive Seite der Situation in den Vordergrund rücken.

Der amerikanische Psychologe Martin Seligman (1991) hat die Denkmuster von depressiven Menschen untersucht und dabei herausgefunden, dass Depressive dazu neigten, sich die Verantwortung für negative Ereignisse selbst zuzuschreiben, während sie positive Ereignisse eher auf äußere Umstände zurückführten. Darüber hinaus schrieben sie negative Ereignisse stabilen und globalen Ursachen zu. Ein Misserfolg beim Lernen z. B. wird von Depressiven eher mit mangelnder Begabung erklärt. Dies ist ein internaler, stabiler und globaler Ursachenfaktor. Mangelnde Anstrengung dagegen ist auch ein internaler, aber ein variabler Ursachenfaktor. Mit »internal« und »external« meint man also die Verursachung seitens der Person oder seitens äußerer

Umstände, und mit »stabil« und »variabel« meint man die zeitliche Dauer des zugrunde liegenden Faktors. Schließlich wird noch zwischen »global« und »spezifisch« unterschieden, womit man den Allgemeingrad des vermuteten Ursachenfaktors anspricht. Würde man zum Beispiel einen Misserfolg beim Tennisspielen mit einer »Schwäche im rechten Arm« erklären, wäre dies eine spezifische Erklärung, während eine Erklärung mit »allgemeiner Unsportlichkeit« eher als globale Ursache einzustufen wäre.

Die Erforschung des typischen Denkmusters von Depressiven durch Martin Seligman hat später auch zu Erkenntnissen darüber geführt, wie Nichtdepressive denken. Erfolgreiche und optimistische Menschen zeigen bei kritischen Ereignissen nämlich genau das entgegengesetzte Muster der Ursachenzuschreibung. Optimisten verbuchen Erfolge eher zu eigenen Gunsten, während sie bei Misserfolgen äußere Umstände in den Vordergrund rücken. Bei positiven Ereignissen wählen sie auch eher stabile und globale Ursachen aus, bei negativen Ereignissen dagegen eher variable und spezifische Ursachen. Mit dieser Interpretationsvorliebe gelingt es ihnen, sich ihren gesunden Optimismus zu erhalten und guten Mutes neuen Herausforderungen in Beruf und Lebensführung entgegenzusehen.

Optimistischer Interpretationsstil und Immunsystem

Auch wenn die Theorie ursprünglich auf die Erforschung von reaktiven Depressionen gerichtet war, lässt sie sich auch auf physische Gesundheit und Krankheit anwenden. In der Tat hat sich mehrfach gezeigt, dass Optimisten gesünder waren oder sich gesünder verhielten als Pessimisten (Peterson, Maier & Seligman, 1993; Peterson & Seligman, 1987). Ob aber wirklich das gesunde Verhalten die Ursache für den besseren Gesundheitsstatus darstellte, ist nicht geklärt. Es gibt auch Hinweise darauf, dass Optimisten über ein widerstandsfähigeres Immunsystem verfügen, und zwar unabhängig vom Gesundheitsverhalten. Kamen-Siegel, Rodin, Seligman und Dwyer (1991) haben dies gefunden, als sie in einer kleinen Gruppe älterer Mitbürger auch dann eine positive Korrelation zwischen Optimismus und Immunparametern erhielten, wenn verschiedene protektive Verhaltensweisen konstant gehalten worden waren. Da bekanntlich das Immunsystem von Depressiven (d. h. Pessimisten) vergleichsweise schwach ist, erwächst somit eine ganz andere Erklärungsmöglichkeit für die Assoziation zwischen der Gesundheit und dem Persönlichkeitsmerkmal Pessimismus/Optimismus. Optimisten wären demnach nicht deswegen gesünder, weil sie sich präventiv verhalten, sondern weil sie nicht die für Depressive charakteristischen Immundefizite aufweisen.

Optimistischer Interpretationsstil im Beruf

In zahlreichen Studien hat Seligman (1991, S. 98ff.) zeigen können, dass Optimisten in der Schule, in ihrem Beruf und im Leben überhaupt erfolgreicher und zufriedener sind als Pessimisten. Ein Beispiel dafür findet sich in der Untersuchung von Versicherungsvertretern der Metropolitan Life Insurance Company. Beim Verkaufen von Versicherungspolicen ist die Misserfolgsquote besonders hoch, denn weniger als ein Zehntel der angerufenen potenziellen Kunden lässt sich auf ein längeres Verkaufsgespräch ein. Nur ein Fünftel der von der Versicherungsfirma angeheuerten Angestell-

ten blieb länger als vier Jahre in diesem Job, weil die psychische Belastung – offenbar aufgrund der geringen Erfolgsquote – zu hoch war. Bei näherer Betrachtung dieser Gruppe von Versicherungsvertretern wurde nicht so sehr erforscht, was sie zu ihren potenziellen Kunden sagten, als vielmehr, was sie zu sich selbst sagten, wenn ihnen Erfolg oder Misserfolg begegnete. Diejenigen mit hoher Verweildauer in der Versicherungsfirma zeigten ein optimistisches Denkmuster. Wenn sie einen Kunden erfolgreich gewonnen hatten (z. B. »Ich bin ein guter Versicherungsverkäufer«), nahmen sie internale, stabile und globale Ursachenzuschreibungen vor. Bei den vielen täglichen Misserfolgen dagegen (z. B. wenn die Angerufenen einfach auflegen), nahmen sie eine external-variable und spezifische Ursachenzuschreibung vor (z. B. »Dieser Kunde hat wohl schon eine Lebensversicherung«).

Ein weiteres Beispiel stammt aus einer Untersuchung mit College-Studenten (Seligman, 1991, S. 188f.). Bei der Zulassung von Bewerbern für ein College ergab sich ständig das Problem, dass die Schulnoten, die Einschätzung der Zulassungskommission und die Ergebnisse von Leistungstests als Auswahlkriterien nicht hinreichend waren, um den College-Erfolg im ersten Studienjahr zuverlässig zu prognostizieren. Es gab immer wieder Studenten, die deutlich schlechter, aber auch solche, die deutlich besser als erwartet abschnitten. In der Untersuchung wurden nun 300 neue Studenten gebeten, im Zuge des Bewerbungsverfahrens auch einen Fragebogen zu Erklärungsmustern für Erfolge bzw. Misserfolge auszufüllen, um festzustellen, inwieweit eher optimistische oder pessimistische Denkmuster vorlagen. Am Ende des Semesters stellte sich zunächst heraus, dass ca. ein Drittel der Studenten deutlich besser oder schlechter abgeschnitten hatten, als die Schulnoten, die Urteile der Zulassungskommission oder die Leistungstests erwarten ließen. Durch Hinzuziehung der Denkmuster, die die Studenten zu Beginn des Studiums im Fragebogen angegeben hatten, konnten diese erwartungswidrigen Leistungen erklärt werden. Die unerwartet guten Studenten waren eher Optimisten, während die unerwartet schlechten Studenten eher Pessimisten waren. Unabhängig von den tatsächlichen Leistungen zu Beginn des Studiums wurde die weitere Leistungsentwicklung also vor allem durch bereits anfangs vorhandene optimistische bzw. pessimistische Denkmuster in positiver bzw. negativer Weise beeinflusst. Es gibt vielfältige Belege dafür, dass solche Denkmuster bzw. Interpretationsstile auch für Lern- und Leistungsprozesse in der Schule und im Studium von Bedeutung sind (vgl. Schwarzer & Jerusalem, 1982).

Optimistischer Interpretationsstil bei Senioren

Es gibt eine Reihe von empirischen Studien zur Bedeutung des optimistischen Interpretationsstils bei Senioren. Lachman (1990) hat gefunden, dass alte Menschen bei der Ursachenzuschreibung nach kritischen Ereignissen etwas andere Muster vornehmen als Jüngere. Sie hat 54 Alte (durchschnittlich 74,4 Jahre alt) mit 66 College-Studenten (durchschnittlich 18,3 Jahre alt) miteinander verglichen und dabei herausgefunden, dass in der ersten Gruppe die negativen Lebensereignisse eher auf stabile und globale Ursachen zurückgeführt werden. Als Messinstrument diente die frühere Version des Attributional Style Questionnaire (ASQ), der über sechs positive und sechs negative Aussagen über fiktive Ereignisse verfügte. Daneben gab es Fragen nach realen Ereignissen und deren Ursachen. In beiden Fällen neigten die Älteren mehr dazu,

negative Ereignisse mit stabilen Faktoren zu erklären, also solchen, die dauerhaft als Kausalfaktoren subjektiv oder objektiv Gültigkeit beanspruchen («...will always be present»). Nun muss man bedenken, dass die beim Interview frei erzeugten Ereignisse qualitativ bei Alten und Jungen ganz unterschiedlich ausfielen. Die Alten dachten mehr an soziale Verluste und gesundheitliche Beeinträchtigungen, während die Jungen studienbezogene und soziale Probleme in den Vordergrund rückten. Das Attributionsmuster der Älteren ist somit weniger optimistisch, aber es mag zugleich durchaus realistisch sein.

Ein weiterer Befund derselben Autorin ist hier von Interesse. Der subjektive Gesundheitsstatus der Älteren stand ebenfalls mit der Ursachenzuschreibung in Zusammenhang. Wer sich am wenigsten gesund fühlte, machte dafür am meisten interne und globale Ursachen verantwortlich. Dies wäre z. B. gegeben, wenn jemand seine Krankheit mit seinem Alter erklärt. Wiederum kann man hier von durchaus realistischen Einschätzungen sprechen, wenn der optimistische Interpretationsstil bei den Alten nicht so günstig ausfällt.

Optimistischer Interpretationsstil sagt Gesundheit vorher

Der genannten Studie kommt aufgrund ihres Querschnittsdesigns und der kleinen Fallzahlen jedoch keine große Bedeutung zu. Anders ist es bei einer berühmten Längsschnittstudie, die einen Zeitraum von 35 Jahren umfasste. Peterson, Seligman und Vaillant (1988) haben 99 Personen untersucht, die in den Jahren 1942 bis 1944 die Abschlussklassen der Harvard University mit Erfolg besuchten und die damals nachweislich gesund waren. Die Teilnehmer hatten im Jahre 1946, also im Alter von etwa 25 Jahren, einen offenen Fragebogen zu ihren Kriegserlebnissen ausgefüllt. Dieses Material wurde nun inhaltsanalytisch daraufhin geprüft, inwieweit die Personen damals über einen optimistischen Interpretationsstil verfügten, indem jede ihrer Kausalaussagen nach dem Grad an Internalität, Stabilität und Globalität von mehreren unabhängigen Gutachtern eingeschätzt wurde. Um einen Bezug zur Gesundheit herzustellen, wurden die Ergebnisse ärztlicher Untersuchungen herangezogen. Die Teilnehmer waren im Laufe des Beobachtungszeitraums achtmal im 5-Jahres-Rhythmus medizinisch untersucht worden, zunächst im Alter von etwa 25 Jahren und abschließend im Alter von 60 Jahren. Die Forschungsfrage lautete nun, ob man den objektiv erfassten späteren Gesundheitszustand aufgrund des früher zum Ausdruck gebrachten optimistischen Interpretationsstils vorhersagen konnte. Zu diesem Zweck wurden Partialkorrelationen zwischen beiden Merkmalen berechnet, wobei die Gesundheit zum ersten Messzeitpunkt, also mit 25 Jahren, konstant gehalten wurde. Ermittelt man diesen Partialkorrelationskoeffizienten siebenmal, zu jedem Messzeitpunkt, so ergibt sich folgendes Muster von Zusammenhängen (s. Abbildung 1-1).

Statistisch signifikant sind die Zusammenhänge im Alter von 45, 55 und 60 Jahren. Am engsten ist die Beziehung im Alter von 45 Jahren, danach flacht sie etwas ab. Dies ist ein frappierendes Ergebnis von hoher Bedeutung. Man kann demnach tatsächlich den objektiven Gesundheitszustand aufgrund einer psychischen Ressource gut vorhersagen, und dies sogar über einen Zeitraum von 20 Jahren und mehr.

Korrelation zwischen Optimismus und Gesundheit

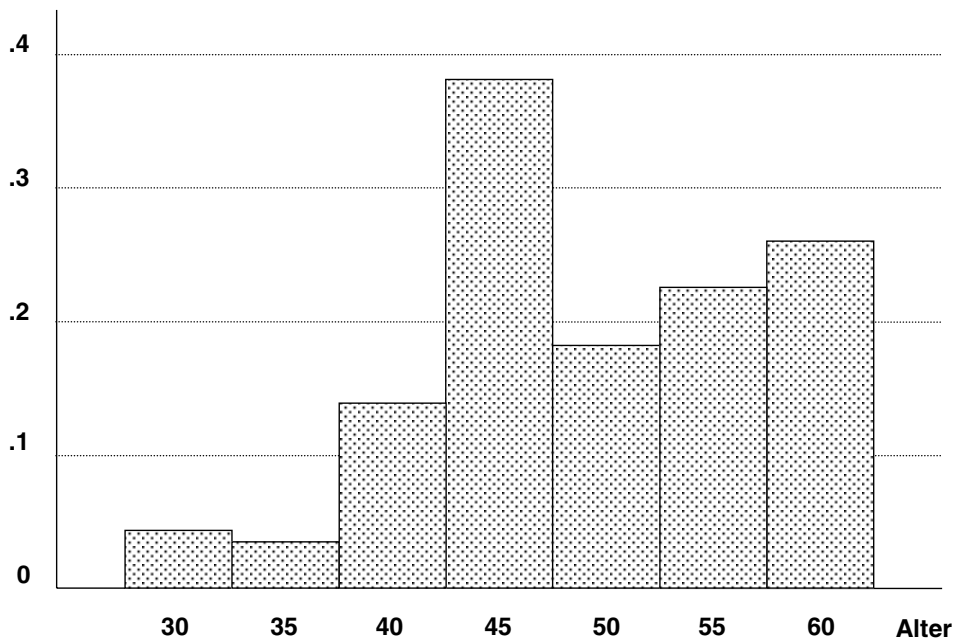


Abbildung 1-1. Zusammenhang zwischen dem optimistischen Interpretationsstil im Alter von 25 Jahren und späterem guten Gesundheitszustand (nach Peterson et al., 1988, S. 25).

Warum aber gelingt die Prognose nicht gleich zu Anfang? Vermutlich weil es bei jungen, gesunden Menschen eine Weile dauert, bis sich Erkrankungen manifestieren, die sich unter anderem auch auf psychische Faktoren zurückführen lassen. Pathogene Prozesse entstehen nicht direkt aufgrund von psychischen Dispositionen, sondern werden durch das Gesundheitsverhalten und durch Immunvorgänge vermittelt. Es bleibt zu fragen, warum der im mittleren Alter enge Zusammenhang relativ schwach wird, nachdem 20 Jahre verstrichen sind. Dafür gibt es keine schlüssige Erklärung, es ist aber anzunehmen, dass Menschen durch die Bewältigung von Krankheiten viel dazulernen, dass sie von anderen unterstützt werden, dass sie oft ihre Lebensführung im mittleren Alter ändern (z.B. »midlife crisis«) usw., woraus sich eine Minderung des Prognosepotenzials der früheren Daten ergeben würde.

Was in der Studie fehlt, ist eine Wiederholungsmessung des optimistischen Interpretationsstils im mittleren Alter oder im kontinuierlichen Rhythmus. Es wäre ja ganz wichtig zu erfahren, ob die Personen heute immer noch in gleicher Weise attribuieren wie vor 35 Jahren. Vermutlich wäre dann diese Wiederholungsmessung ein guter Prädiktor für die Gesundheit in späteren Lebensabschnitten. Mit anderen Worten: diese Studie belegt die große Bedeutung von psychischen Ressourcen für die spätere Gesundheit, aber sie reicht noch nicht in das hohe Alter hinein.

Optimistischer Interpretationsstil über die Lebensspanne

In einer Studie von Burns und Seligman (1989) wurde bei alten Menschen der optimistische Interpretationsstil gemessen. Anschließend wurde retrospektiv nach früheren Quellen und Zeugnissen dieses Stils bei denselben Personen gefragt. Die Frage war also, wie überdauernd der persönliche Interpretationsstil als eine psychische Ressource über die Lebensspanne hinweg ist.

Es handelte sich um 30 Personen im Alter von 57 bis 90 Jahren (durchschnittlich 72 Jahre; 5 Männer und 25 Frauen), die auf eine Reihe von offenen Fragen antworteten, aus denen sich die Daten für den optimistischen Interpretationsstil extrahieren ließen. Die Versuchsteilnehmer wurden dann gebeten, Briefe oder Tagebücher aus ihrer Jugendzeit vorzulegen. Dieses Material wurde inhaltsanalysiert und diente somit als Quelle für die Einschätzung des optimistischen Interpretationsstils in jungen Jahren. Im Durchschnitt waren die Teilnehmer 20 Jahre alt gewesen, als sie diese Briefe geschrieben hatten. Dies ergibt eine zeitliche Distanz von 52 Jahren zwischen den beiden Datensätzen. Wie gut stimmen nun die Daten überein? Die Korrelation betrug .54, was sehr beachtlich ist. Demnach behalten Menschen zum Teil ihre Attributionsmuster, die sie in ihrer Jugend erworben haben, noch im hohen Alter bei. Man kann also bei dieser psychischen Ressource von einer überdauernden Persönlichkeitseigenschaft sprechen. Daneben mag von Interesse sein, dass hier der optimistische Interpretationsstil in negativem Zusammenhang mit Depressivität stand, wie die Theorie es vorhersagt.

Dispositionaler Optimismus

»Es wird schon alles gut werden« ist ein geläufiger Gedanke, der uns in unsicheren Zeiten durch den Kopf geht. Solche generalisierten Ergebniserwartungen bilden das Konzept des »dispositionalen Optimismus« von Scheier und Carver (1985, 1987, 1992, 2003). Optimisten blicken demnach zuversichtlich in die Zukunft, wobei offen gelassen wird, ob sich die Dinge von allein positiv entwickeln oder ob man selbst etwas dazu beiträgt. Die Autoren verzichten auf die übliche Unterscheidung zwischen Konsequenzerwartungen und Kompetenzerwartungen (siehe die Erläuterungen zur Selbstwirksamkeitserwartung weiter unten). Gemessen wird dieses Persönlichkeitsmerkmal mit Hilfe einer psychometrischen Skala (Life Orientation Test) von acht Items (Scheier & Carver, 1985). Itembeispiele für die deutsche Version von Wieland-Eckelmann und Carver (1990) sind »Ich blicke stets optimistisch in die Zukunft« und »Ich sehe stets die guten Seiten der Dinge«. Neben vier positiv gepolten gibt es vier negativ gepolte Items wie »Ich beachte selten das Gute, das mir geschieht« und »Wenn etwas schlecht für mich ausgehen kann, so geschieht das auch«.

Die Befundlage ist bei unterschiedlichen Problemen uneinheitlich, aber hier sollen nur zwei Forschungsarbeiten genannt werden, die viel Aufmerksamkeit auf sich gezogen haben. In zwei beachtlichen Studien ist es den Autoren gelungen, einen Einfluss des Optimismus auf den Krankheitsverlauf zu ermitteln. Die erste beschäftigte sich mit der Genesung von herzkranken Männern, die sich einer Bypass-Operation unterzogen haben (Scheier et al., 1989). Die Optimisten zeigten einen deutlich besseren Genesungsverlauf als die Pessimisten. Die zweite Studie erfolgte mit Patientinnen, die wegen Brustkrebs operiert wurden. Auch hier verlief die Genesung bei den Optimisten besser als bei den Pessimisten (Scheier et al., 1989; vgl. auch Scheier & Carver, 1992, 2003).

Die mit dieser Skala gewonnenen empirischen Befunde sind zwar sehr beeindruckend, aber es hat auch heftige Kritik an der Optimismus-Skala gegeben. Smith, Pope, Rhodewalt und Poulton (1989) haben in zwei Studien die konvergente und dis-

kriminante Validität überprüft und dabei gefunden, dass sich zwei Skalen zur dispositionellen Ängstlichkeit (interpretiert als »Neurotizismus«) besser zur Vorhersage von Gesundheitsbeschwerden und der Bewältigung von Anforderungen eigneten als der gleichzeitig gemessene Optimismus, der wiederum sehr hoch negativ mit Ängstlichkeit korrelierte. Die Partialkorrelationen zeigten, dass die Vorhersageleistung der Optimismus-Skala offenbar auf ihrer gemeinsamen Varianz mit der Ängstlichkeit beruhte (vgl. auch Williams, 1992). Mit anderen Worten, es ist die mit hohem Optimismus verbundene geringe Ängstlichkeit bzw. mit geringem Optimismus einhergehende hohe Ängstlichkeit, die für das Ausmaß der gesundheitlichen Beschwerden und die Qualität der Problembewältigung verantwortlich zu machen ist. Eine darüber hinausgehende, eigenständige Vorhersagekraft der Optimismusskala scheint demnach eher gering zu sein.

Eine weitere Kritik wurde von Marshall, Wortman, Kusulas, Hervig und Vickers (1992) vorgetragen. Sie haben bestätigt, dass das Instrument nicht eindimensional und bipolar ist, sondern aus zwei Dimensionen besteht, einem Optimismus-Faktor und einem Pessimismus-Faktor, die auf jeweils vier Items beruhen und nur mäßig miteinander korreliert sind (um $r = -.39$). Darüber hinaus fanden Marshall et al. (1992), dass die beiden Unterskalen ihrerseits mit verschiedenen Außenkriterien unterschiedlich eng assoziiert waren. Die Optimismus-Subskala hing vor allem mit Extraversion und positivem Affekt, die Pessimismus-Subskala dagegen mit Neurotizismus und negativem Affekt zusammen. Beide Kognitionen sind daneben von unterschiedlichen Persönlichkeitsmerkmalen beeinflusst. Wegen dieser Konfundierung schlagen Marshall et al. (1992) vor, das Optimismuskonzept völlig zu revidieren. Die Begründer der Skala haben inzwischen ihr Instrument revidiert und eine Fülle von neueren Belegen für die Nützlichkeit ihres Konstrukts vorgelegt (Scheier & Carver, 2003). Sie betonen die Breite des Konstrukts und dessen Stellenwert im Rahmen ihrer Selbstregulationstheorie (Carver & Scheier, 1998).

Eine alternative Sichtweise findet man in den optimistischen Selbstüberzeugungen, auf die nun eingegangen wird.

Selbstwirksamkeitserwartung

Selbstwirksamkeitserwartung wird definiert als die subjektive Gewissheit, neue oder schwierige Anforderungssituationen aufgrund eigener Kompetenz bewältigen zu können. Der Begriff »subjektive Kompetenzerwartung« ist damit gleichbedeutend. Bei den Anforderungssituationen handelt es sich nicht um Aufgaben, die durch einfache Routine lösbar sind, sondern um solche, deren Schwierigkeitsgrad Handlungsprozesse der Anstrengung und Ausdauer für die Bewältigung erforderlich macht.

Dieses Konzept beruht auf der sozial-kognitiven Theorie von Bandura (1992a, 1992b, 1997, 2001). Danach werden kognitive, motivationale, emotionale und aktionale Prozesse durch subjektive Überzeugungen gesteuert, vor allem durch Handlungs-Ergebnis-Erwartungen bzw. Konsequenzerwartungen (outcome expectancies) und Selbstwirksamkeitserwartungen bzw. Kompetenzüberzeugungen (perceived self-efficacy). Konsequenzerwartungen beziehen sich auf das für bestimmte Resultate notwendige Verhalten. So muss man beispielsweise für die erfolgreiche Bewältigung