

PS Sozialpsychologie – Selbstbild und Selbstwert

Mag. Dr. Helga E. Schachinger - SS 2009

# **Sozialpsychologie von Gesundheit und Krankheit**

Erarbeitet von:

Helfmann Björn (0707472)

Nickel Barbara (0702148)

Sommavilla Anja (0749827)

Weissengruber Petra (0102606)

# Inhaltsverzeichnis

<b>EINLEITUNG</b>	<b>1</b>
<b>1 SOZIALPSYCHOLOGIE UND GESUNDHEITSVORSORGE</b>	<b>2</b>
1.1 Lebenserwartung, Gesundheit und Geschlecht	2
1.2 Soziale Unterstützung	5
1.2.1 Stress und soziale Unterstützung	5
1.2.2 Modelle sozialer Unterstützung	6
1.3 The Sick Role	8
1.3.1 Lebensbedrohende Krankheiten: am Beispiel Krebs	9
1.4 Subjektive Kontrollüberzeugung und Gesundheitspflege	11
1.4.1 Technologie und Kontrolle	12
1.5 Kommunikation und Compliance	13
1.5.1 Compliance mit medizinischen Programmen	14
1.5.2 Sozialpsychologische Strategien für Compliance	16
1.6 Veränderung der medizinischen Praktiken	17
1.6.1 Die Arzt-Patient-Interaktion	17
1.6.2 Modelle der Arzt-Patient-Interaktion	18
1.6.3 Exkurs: Die Arzt-Patient-Beziehung und das Internet	20
<b>2 SOZIALPSYCHOLOGIE DER GESUNDHEIT UND KRANKHEIT</b>	<b>22</b>
2.1 Beschreibung der Probleme im Feld	22
2.1.1 Die gesellschaftlichen Belastungen ungesunder Verhaltensweisen	22
2.1.2 Die gesellschaftliche Belastung chronischer Krankheit	23
2.2 Der Sozialpsychologische Beitrag zur Vorbeugung und Lösung von Gesundheitsproblemen	24
2.3 Was ist Gesundheit? Eine Einführung	24
2.4 Gesundheitsverhalten	25
2.4.1 Motivation	26
2.4.2 Selbstwirksamkeitserwartung	28
2.4.3 Initiation und Umsetzung von Verhalten	29
2.5 Krankheitsverhalten	30

2.5.1	Symptomwahrnehmung und – Interpretation	31
2.5.2	Sozialer Kontext	31
2.5.3	Stadienmodelle	33
2.5.4	Methoden zur Untersuchung von Veränderungen über die Zeit	34
<b>2.6</b>	<b>Förderung von Gesundheitsverhalten</b>	<b>35</b>
2.6.1	Anpassung der Mitteilung an einen bestimmten Empfänger („tailoring“)	35
2.6.2	Formulierung von Mitteilungen („framing“)	37
<b>3</b>	<b>SOCIAL PSYCHOLOGY AND MENTAL HEALTH</b>	<b>40</b>
<b>3.1</b>	<b>Definition von psychischen Störungen</b>	<b>40</b>
<b>3.2</b>	<b>Psychische Störungen und interkulturelle Faktoren</b>	<b>41</b>
<b>3.3</b>	<b>Psychosozialer Stress und psychische Verfassung</b>	<b>42</b>
<b>3.4</b>	<b>Psychotherapie als sozialpsychologisches Ereignis</b>	<b>43</b>
3.4.1	Das Interpersonale Einfluss- Modell	44
3.4.2	Theorie des sozialen Austausches	45
<b>3.5</b>	<b>Relevante sozialpsychologische Faktoren für das Verstehen von psychischen Störungen</b>	<b>46</b>
3.5.1	Soziale Wahrnehmung und soziale Erkenntnis (Social Perception and Social Cognition)	46
3.5.2	Die Attributionstheorie	47
3.5.3	Kommunikation	47
3.5.4	Konflikte und Konfliktlösungen	48

# Einleitung

*Petra Weissengruber (0102606)*

Die vorliegende Arbeit stellt weitgehend eine Zusammenfassung folgender vier Artikel dar:

- „Social Psychology of Health Care“ von Sadava (1997) S. 68-91
- „Social Psychology of health and illness“ von Dijkstra und Rothman (2008) S. 226-248
- „Social Psychology and Mental Health“ von Alcock (1997) S. 113-135
- „Social Psychology and Mental Health“ von Buunk und Dijkstra (2008) S. 249-270

Die im Text angeführten Zitate sind – weil es sich eben um eine Zusammenfassung handelt – überwiegend, sofern nicht mit einem entsprechenden Hinweis versehen, Sekundärzitate aus dem jeweils gerade besprochenen Artikel.

Thematisch setzt sich diese Arbeit – wie die Artikel bereits vermuten lassen – im weitesten Sinne mit den Bereichen Sozialpsychologie und Gesundheit bzw. Krankheit auseinander. Es soll aufgrund der gelesenen Literatur versucht werden, einen möglichst guten Einblick in die Thematik zu geben.

Die Arbeit lässt sich grob in zwei Teile gliedern. Kapitel 1 und 2 der Arbeit widmet sich kurz gesagt den Ursachen für Gesundheit und Krankheit. Er wird auch hierzu Einblicke in einige theoretische Modelle geben. Ein Aspekt soll auch immer die Aufgabe der Sozialpsychologie sein. Einfluss auf Gesundheit und Krankheit haben beispielsweise Faktoren wie Lebensumstände, soziale Netzwerke und Unterstützung, sowie Lebensstil, unterschiedliche (Rollen-) Verhaltensweisen, Selbstwirksamkeitserwartung, Einstellung, Motivation, etc. Der zweite Teil der Arbeit, der in Kapitel 3 bearbeitet wird, setzt sich mit spezifischen Faktoren im Zusammenhang mit psychischer Gesundheit und Krankheit auseinander.

Sadava (1997) beginnt seine Ausführungen im Artikel über „*Social Psychology of Health Care*“ – um den es im Folgenden geht – mit einem Beispiel. Er berichtet von einem erfolgreichen Arzt – Dr. Ed Rosenbaum – der Internen und Rheumatologie, der aufgrund einer Erkrankung die Rolle des „hilflosen Patienten“ zu spüren bekommt. Aufgrund anhaltender Halsschmerzen und Heiserkeit lässt er sich untersuchen und wird nach und nach zum Patienten „degradiert“. Er bekommt am eigenen Leibe mit, welchen Ängsten sich ein Patient ausgesetzt sehen kann und wie Ärzte mit solchen Situationen umgehen. Die Diagnose, die er befürchtete und letztendlich auch erhält, lautet Kehlkopfkrebs.

Eine Aufgabe der Sozialpsychologie im Zusammenhang mit Gesundheitsversorgung ist es, diese Arzt-Patienten-Beziehung zu beleuchten. Ebenso interessant erscheint, wie sich soziale Beziehungen und Interaktionen auf die Gesundheit auswirken können. Weiters setzt sich die Sozialpsychologie mit Mechanismen auseinander, die Menschen dazu veranlassen beispielsweise zu rauchen, sich ungesund zu ernähren oder dies eben nicht zu tun. Das Ziel ist herauszufinden, wie die Sozialpsychologie hier gewinnbringend eingesetzt werden kann.

Generell lassen sich nach Sadava (1997) zwei Schwerpunkte benennen, die im Folgenden auch kurz dargestellt werden sollen. Das ist zum einen die Auseinandersetzung damit, was sich vorbeugend auswirkt, um erst gar nicht krank zu werden. Zum anderen darf natürlich nicht darauf vergessen werden, dass man sich mit jenen Faktoren näher beschäftigt, die zu Krankheit führen.

Wie in der Arbeit noch deutlich werden wird, können auch andere Schwerpunkte gesetzt werden, wie zum Beispiel bei Dijkstra und Rothmann (2008), die von den zwei Bereichen des Gesundheits- und Krankheitsverhalten sprechen.

## **1.1 Lebenserwartung, Gesundheit und Geschlecht**

Die Lebenserwartung ist großteils aufgrund besserer Gesundheitsversorgung stark angestiegen. Jedoch ist die Lebenserwartung für Menschen unterschiedlicher sozialer Schicht und in den verschiedenen Ländern bei weitem nicht gleich. Beispielsweise lag die Lebenserwartung 1988 in den USA für einen Weißen bei 75,6 Jahren, bei einem Schwarzen jedoch nur bei 69,4 Jahren. Prinzipiell ist festzustellen, dass sich eine höhere soziale Schicht und der sozioökonomische Status positiv auf die Lebenserwartung auswirken. Generell ist die Lebenserwartung ein gebräuchlicher Indikator für Gesundheit und Krankheit in einem Land (vgl. Dijkstra/Rothmann 2008, 226). Auch das Geschlecht ist ein sehr wesentlicher Faktor. Frauen leben grundsätzlich länger als Männer. Interessant ist jedoch, dass - obwohl Frauen älter werden – sie auch stärker von Krankheit bedroht sind. Aufgabe der Sozialpsychologie und Inhalt dieses Aufsatzes ist es, den Gründen dafür nachzugehen.

Einige Ursachen gründen im unterschiedlichen Verhalten der Menschen. So informiert Sadava (1997) in seinen Ausführungen darüber, dass Männer ein zweimal höheres Risiko als Frauen haben an Krankheiten wie Lungenkrebs, verschiedenen Herzkrankheiten oder Leberzirrhose, sowie in Folge von Gewalteinwirkung, Selbstmord oder Unfällen zu sterben. Zugrunde liegt diesen Todesursachen meist risikoreiches Verhalten oder ungesunde Lebensweisen wie exzessives Trinken, rauchen, etc. Bedenklich ist, dass in letzter Zeit bei Frauen der Konsum von Zigaretten, Alkohol und vergleichbaren Substanzen stark angestiegen ist und sich dadurch der positive Vorsprung die Lebenserwartung betreffend kontinuierlich verringert. Neben diesen soeben erläuterten Unterschieden hinsichtlich des Verhaltens, muss jedoch auch der biologische Faktor berücksichtigt werden. Allseits bekannt ist zum Beispiel bereits der positive Einfluss von Östrogen auf Herzgefäßerkrankungen.

Insgesamt berichtet Sadava (1997) von fünf Gründen dafür, dass Frauen scheinbar Krankheiten häufiger erfahren:

- Biologische Unterschiede, basierend auf unterschiedlichen Hormonen und Genen
- Erworbene Risiken für Krankheiten und Verletzungen, die ihnen in der Arbeit, bei Freizeitaktivitäten, aufgrund des Lifestyles und der Gesundheitsgewohnheiten (wie Rauchen und Fahrgewohnheiten ) begegnen. Natürlich gibt es ebenso typische Angewohnheiten, die für Männer charakteristisch sind.
- Psychosoziale Aspekte der Gesundheit, im speziellen wie Männer und Frauen unterschiedlich auf die Wahrnehmung von Symptomen reagieren und Entscheidungen be-

züglich medizinischer Behandlung treffen. Beispielsweise nennt Sadava (1997) „sick roll behavior“.

- Health-reporting behavior: Frauen sprechen häufiger über ihre Symptome mit ihrer Familie, Freunden und Ärzten.
- Frauen nutzen die Gesundheitsversorgung regelmäßiger als Männer und dies wird sich im späteren Leben offensichtlicher zeigen.

Folgende zwei Prozentzahlen zeigen sehr anschaulich, wie ungleich sich die Verteilung von medizinischen Maßnahmen darstellt: In den USA werden 70% der Beruhigungsmittel und Antidepressiva Frauen verschrieben und 66% der chirurgischen Eingriffe beim weiblichen Geschlecht durchgeführt. Jedoch gibt es auch dazu widersprüchliche Studien. So zeigt eine kanadische Studie, dass die Unterschiede (siehe fünf Punkte oben) zwar vorhanden, jedoch nicht besonders groß sind.

#### Studie von Verbrugge (1989)

Die Studie verwendete Umfragedaten einer großstädtischen Region in Amerika. Weiters führten sie zu Beginn Interviews durch und die Versuchspersonen mussten ein Gesundheitstagebuch führen. Sie hielten Symptome, gesundheitsbezogene Aktionen, Gemütslagen und Vorfälle fest. Zusätzlich wurden weiters erhoben

- Risikofaktoren wie Stress, Lebensstil und sozioökonomische Faktoren,
- psychosoziale Faktoren der Gesundheit wie individuelle Gesundheitsvorstellungen, Einstellung der eigenen Gesundheit betreffend,
- health-reporting behavior

Es ließen sich folgende Grundtendenzen feststellen: Männer geben zwar an zufriedener zu sein und ein weniger stresserfülltes Leben zu haben, sie neigen jedoch eher zu einem risikoreichem Lebensstil (rauchen, Alkoholkonsum, Fettleibigkeit). Ebenso suchen sie seltener medizinische Betreuung auf, weil sie wenig Zeit haben und es ihnen an bestehenden Beziehungen zu Ärzten fehlt. Vor allem der Zeitfaktor, der hier eine Rolle zu spielen scheint, steht zumindest zum Teil im Widerspruch zu den Angaben über ihr wenig stresserfülltes Leben. Interessant ist, dass sich, kontrolliert man den Einflussfaktor Geschlecht, die Unterschiede gegen Null reduzieren. Hingegen muss man trotzdem die Möglichkeit berücksichtigen, dass es ein biologisches Risiko ist, männlich zu sein.

## **1.2 Soziale Unterstützung**

Wie essentiell soziale Unterstützung für unsere Gesundheit, den Umgang mit Stress und eine möglicherweise schnellere Genesung ist, soll im Folgenden erläutert werden.

### **1.2.1 Stress und soziale Unterstützung**

Vor 90 Jahren hat der Soziologe Durkheim beschrieben wie das Aufkommen einer industrialisierten, technologischen Gesellschaft zum Verlust der Bedeutung sozialer Integration führt, wie Beziehungen zwischen Individuen und ihren weiteren Angehörigen, religiösen Einrichtungen und Gemeinschaften stark strapaziert oder aufgelöst werden. Diese Entwicklung steht nach Durkheim im Gegensatz zum Wohlbefinden und kann zum Beispiel zu Selbstmord führen.

Es gibt umfangreiche Literatur zum Zusammenhang zwischen Stressresistenz und der Existenz eines sozialen Netzwerkes von Leuten, denen wir vertrauen, die uns schätzen und die sich um uns sorgen. Ein Teil der Forschung legt den Fokus auf das soziale Netzwerk und ein anderer Teil auf Zugehörigkeitsgefühl und Zufriedenheit mit der Unterstützung, die Menschen durch ihre Beziehungen erlangen können. Es gibt aber auch Forschungsergebnisse, die darauf hinweisen, dass soziale Unterstützung auf einen Bereich beschränkt sein kann, z. B. die Unterstützung, welche sich Arbeiter am Arbeitsplatz gegenseitig zukommen lassen und die außerhalb des Arbeitsumfeldes nicht mehr verfügbar ist. Dies wird auch in Albrechts Artikel (2009) ausgeführt.

Verschiedene Ergebnisse aus Untersuchungen lassen die Aussage zu, dass ein Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und Krankheit bzw. Tod besteht. Diese Tatsache bringt wie oben bereits kurz erläutert auch die Sozialpsychologie auf den Plan. Scheinbar steigt das Risiko stark für Menschen an, denen es an sozialer Hilfe mangelt.

Ein weiterer wichtiger Faktor ist hoher Stress in Kombination mit niedriger sozialer Unterstützung. Das ist ein starker Hinweis auf negative Gesundheitsergebnisse. Beispiele hierfür wären, dass verheiratete Menschen weniger Medikamente zu sich nehmen und sich nach Operationen schneller erholen. Soziale Isolation hingegen steht oft in Verbindung mit dem Tod und schlechter Genesung von Herzkrankheiten.

Bevor nun zwei unterschiedliche Modelle sozialer Unterstützung, die Sadava (1997) erläutert, beschrieben werden, soll noch auf einen Artikel von Harro Albrecht in „Die Zeit“ (vom 16.4.09) hingewiesen werden. Albrecht (2009) schreibt, dass, wenn sich zwei Menschen begegnen, biochemische Brücken entstehen. Diese biochemischen Brücken „halten unter Stress den Blutdruck stabil, die Entzündungswerte niedrig und die Immunfunktion intakt. In stabilen Beziehungen addieren sich solche Effekte im Laufe eines Lebens und sind deshalb höchst gesundheitsfördernd“ (Albrecht 2009, 3).

Er beschreibt weiters eine Untersuchung von James Coan, in der 16 verheirateten Frauen Elektroschocks verabreicht wurden. Währenddessen wurde die Hirnaktivität überwacht. „Immer wenn der Strom durch die Knöchel der Versuchsperson jagte, leuchteten auf dem Kontrollmonitor jene Hirnregionen auf, die Gefahr signalisierten“ (Albrecht 2009, 1). Hielt der Ehepartner die Hand seiner Frau, sank die Hirnaktivität deutlich und die Frauen gaben darüber hinaus an, weniger Schmerzen zu empfinden. „Am stärksten half die Berührung bei jenen Paaren, die zuvor angegeben haben, miteinander „besonders glücklich“ zu sein“ (Albrecht 2009, 1) Die positive Wirkung sozialer Unterstützung auf – in diesem Fall – Schmerz, wurde somit also auch physisch festgestellt. (vgl. Albrecht 2009)

Besonders starken Einfluss hat die soziale Unterstützung bei Gefahr oder in stressigen Situationen. „Dann nutzt das Gehirn gewissermaßen jede Gelegenheit, sich die Arbeit mit anderen Hirnen zu teilen“ (Albrecht 2009, 3).

Soziale Unterstützung hat aber auch ganz generell auf das Wohlbefinden und die Fitness einen Einfluss. „Die heilsame Kraft der sozialen Beziehung“ (Albrecht 2009, 1) wird von immer mehr Forschern neu durchleuchtet und zeigt die Wichtigkeit der Thematik.

## **1.2.2 Modelle sozialer Unterstützung**

Vor allem ist für die Sozialpsychologie interessant, wie sich soziale Unterstützung auf die Gesundheit und Genesung von Krankheiten auswirkt. Einiges dazu wurde bereits ausgeführt. Prinzipiell muss zwischen zwei Modellen unterschieden werden. Zum einen das Haupteffekt-Modell, das sich damit beschäftigt, wie sich soziale Unterstützung auf den Umgang mit Stress auswirkt und zum anderen Modelle, die sich damit beschäftigen, inwiefern soziale Unterstützung die Effekte von Stress lindert.

Im Haupteffekt-Modell, wie der Name auch schon sagt, geht es um den direkten Einfluss, den die soziale Unterstützung auf die Gesundheit hat. Menschen, die über einen starken sozialen Rückhalt verfügen, haben auch Strategien und Rückhalt für gesundheitsförderndes Verhalten. Wie wichtig der soziale Rückhalt für die Gesundheit ist, wird deutlich, beachtet man, dass er ebenso das Selbstwertgefühl hebt und einen allgemeinen Einfluss auf das Wohlbefinden hat. Das Wohlbefinden wiederum ist wichtig für die Genesung, wenn man krank ist. Auch wenn dies verständlich erscheint, sind empirische Beweise eher unterschiedlich.

Beim Moderatorvariablen-Modell liegt der Fokus darauf, wie soziale Unterstützung quasi als Puffer oder auch zur Verbesserung von Stressauswirkungen wirkt. Manches was stressig erscheint, ist für die einen Routine, für andere eine Herausforderung. Wie man Stress erlebt, hängt mit dem emotionalen Befinden zusammen. Hierbei wirkt sich ein negatives emotionales Befinden (wie Stress selbst) negativ auf das Erleben von Krankheit aus. Weiters haben Menschen neben dem Suchen nach Unterstützung von anderen auch noch andere Strategien mit Stress umzugehen. Diese „Coping“ Mechanismen können effektive Problemlösestrategien, gut getimter Ausstieg aus der momentanen stressigen Situation, Ablenkung von den Problemen oder ein gewisser Sinn für Humor sein. Diese Strategien fangen alle samt die Folgen von Stress ab und wirken sich weiters positiv auf den Gesundheitszustand aus.

Ein Faktor, der ebenfalls einen Einfluss haben kann, ist jener, dass gesunde Menschen oft nicht wissen, wie sie mit einem Kranken umgehen sollen. Das heißt, wenn jemand krank ist und aufgrund von „Unfähigkeit“ anderer mit der Situation umzugehen, sein soziales Netzwerk verliert, wirkt sich dies wiederum negativ auf den Gesundheitszustand aus. Man befindet sich somit in einem sprichwörtlichen „Teufelskreislauf“. Denn Menschen mit einem guten sozialen Rückhalt tendieren nicht nur zu gesundem Verhalten, sondern kommen auch eher den medizinischen Empfehlungen nach und genesen vermutlich somit auch häufiger von Krankheiten.

Ein Beispiel hierfür sind Krebspatienten. Sie verlieren oft die soziale Unterstützung aufgrund ihrer Krankheit genau dann, wenn sie diese am nötigsten hätten. Die Patienten selbst unterscheiden hier zwischen hilfreicher und nicht hilfreicher, wenn auch gutgemeinter sozialer Unterstützung. Diejenige Unterstützung, die emotionale Ressourcen wie Selbstwert bildet, ist am hilfreichsten. Chronisch Kranke hingegen erachten handfeste/materielle soziale Unterstützung wichtiger als emotionale. Andere Studien, die die soziale Unterstützung in verschiedene

Typen einteilt, zeigen, dass jene Unterstützung am hilfreichsten für die Genesung ist, die den Selbstwert steigert. (Nur Brustkrebspatienten stellen hier eine Ausnahme dar.)

Überlegt man sich, welche Konsequenzen diese Erkenntnisse haben müssen, ist auf den ersten Blick der Aufschwung der Selbsthilfegruppen nicht verwunderlich. Selbsthilfegruppen sind dual angelegt. Sie bieten emotionale und praktische Unterstützung. Jedoch sind Selbsthilfegruppen am beliebtesten bei weißen Frauen aus der Mittelschicht. Dies ist genau jene Gruppe von Patienten, denen es meist nicht an der Unterstützung der Familie oder Freunden fehlt. Diejenigen, denen es am meisten an solch einer Unterstützung fehlt, profitieren von solchen Einrichtungen am wenigsten.

### **1.3 The Sick Role**

Das zu Beginn referierte Beispiel von Dr. Rosenbaum zeigte, dass er auf einmal die Rolle gewechselt hatte und am eigenen Leib erfuhr, wie Ärzte mit Patienten umgehen und wie wichtig es ist, junge Ärzte im Umgang mit Patienten zu schulen.

Was bedeutet es krank zu sein? Psychologen meinen, dass krank sein ein Rollenschema mit sich bringt; eine Fülle an Erwartungen und Images, die mit diesem Status verbunden sind. Es beginnt, wenn die ersten Symptome auftreten. Die Menschen suchen nach einem Grund dafür und manchmal können Nebeneffekte wie Depressionen auftreten. Sind die Symptome ungewöhnlich wird ein Arzt aufgesucht und man setzt sich damit auseinander, dass man krank ist.

Parson stellt 2 Rechte und 2 Pflichten auf, die die Rolle des Kranken beschreiben:

- Der Kranke hat das Recht, seine alltäglichen sozialen Rollen vorübergehend aufzugeben
- und nicht für seinen Zustand verantwortlich gemacht zu werden.
- Er hat die Pflicht zu versuchen wieder gesund zu werden und
- sich an die ärztlichen Anweisungen zu halten.

Dieses Konzept der Rolle des Kranken versagt jedoch, wenn es um chronisch oder schwer kranke Menschen geht, die häufig nicht auf Heilung hoffen können. Sie schämen sich zum Teil sogar für ihre Situation. Sie verzichten auf medizinische Behandlung und öffnen sich

unbewiesenen Heilmitteln und Kurpfuschern. Bekommen chronisch Kranke überbehütete Unterstützung hat dies hingegen oft Depression zur Folge und sie nehmen an ihrer Genesung nicht mehr selber teil.

### **1.3.1 Lebensbedrohende Krankheiten: am Beispiel Krebs**

Es werden 5 verschiedene Formen mit Krebs umzugehen unterschieden:

- Kognitive Flucht / Vermeidung (Hoffen auf ein Wunder)
- Flucht- bzw. Vermeidungsverhalten (versuch sich durch essen, trinken, rauchen, etc. besser zu fühlen)
- Distanzieren (es nicht heran lassen, herunterspielen)
- Fokus auf das Positive (z. B. für sich neu definieren, was wirklich wichtig ist im Leben)
- Suchen und Nützen von sozialer Unterstützung

Das Suchen nach sozialer Unterstützung ist eine wichtige „Coping“ - Strategie, oft werden die Krebspatienten jedoch gemieden oder die Angehörigen fühlen sich verpflichtet besonders positiv und optimistisch zu sein, da Krebs Angst und persönliche Betroffenheit auslöst. Am wenigsten wird über das allerwichtigste Thema gesprochen: Die Krebserkrankung selbst.

Im Endstadium befinden sich die Patienten in einem Dilemma. Einerseits haben sie Angst und wollen mit der Familie sprechen andererseits fällt es ihnen schwer über den nahen Tod zu sprechen und den Angehörigen fällt es schwer zuzuhören. Die Strategien, die angewendet werden, um damit umgehen zu können, sind entweder das Übertreiben der Krankheit und der Beschwerden, oder aber es wird versucht, möglichst positiv und zuversichtlich aufzutreten. Denn wenn Patienten positiv eingestellt sind, sind sie beliebter und werden gelobt und somit steigert sich die positive und freundliche Einstellung (vgl. auch hierzu die Arzt-Patienten Beziehung in Kapitel 1.6). Zugrunde liegt diesem Modell die Annahme, dass man das Fortschreiten des Krebses verzögern und aufhalten kann, wenn man positiv denkt und mutig handelt.

Dies kann man damit erklären, dass Menschen in Phasen großer Ungewissheit häufig in stereotype Rollen und schema-geleitete Reaktionen zurückfallen. Dies kann jedoch Einsamkeit und den Verlust von Vertrautheit mit sich bringen in einer Zeit, wo Nähe und Vertrauen am

meisten vonnöten wäre. Deshalb werden mehr und mehr Unterstützungsprogramme entwickelt, die eine Krebsbehandlung anstreben, in der die soziale Rolle des „Krebshabens“ mit einbezogen wird, um diesen Dilemma zu entgehen und die sozialen Beziehungen des schwerkranken Menschen intakt zu halten .

### **Persönliche Stellungnahme**

Der von mir bearbeitete Artikel bietet einen ersten Einblick in Zusammenhänge zwischen verschiedensten Aspekten des täglichen Lebens wie Lebensgewohnheiten, Verhalten, Soziale Unterstützung, Stress und der Gesundheit bzw. Krankheit. Beeindruckt war ich von der Wichtigkeit sozialer Netzwerke für Aspekte wie Gesundheit, Krankheit, Wohlbefinden und Genesung. Dies wird anschauliche durch Studien vermittelt.

Hier gibt es jedoch einen Kritikpunkt meinerseits. Der Artikel von Sadava (1997) ist zwar schon etwas älter, seine Verweise auf Studien und Literatur liegen jedoch zum Teil nochmals etwa 10 Jahre in der Vergangenheit zurück. Eine Erklärung hierfür könnte sein, dass es sich lediglich um erste Grundlagenliteratur handelt und somit viele Themen nur gestreift werden. Für ein Anschneiden von so vielen Teilaspekten des Gesundheits- und Krankheitsverhalten mögen die Verweise zur Veranschaulichung dienen und nicht zwingend den Anspruch auf eine möglichst aktuelle und repräsentative Darstellung bisheriger Forschungsergebnisse erheben. Interessant wäre es trotz alledem.

Weiters sehr positiv für den Leser empfand ich das Eingangs beschriebene Beispiel von Dr. Rosenbaum, das im Text an mehreren Stellen wieder aufgegriffen wird. Es wird an einem guten Beispiel erklärt, welche verschiedenen Aspekte mit dem „Patient“ sein bzw. „krank sein“ einhergehen.

Der Artikel bietet gute Einblicke und weckt bei mir das Interesse, sich mit dieser Thematik bzw. einzelnen Teilgebieten wie beispielsweise der Sozialen Unterstützung näher auseinanderzusetzen. Weiters erhoffe ich mir nun grundlegendes Wissen zu besitzen, das mir im weiteren Seminar hilfreich sein wird.

### **Literatur**

Albrecht, H. (2009). Zusammenleben. Gemeinschaft als Therapie [online].URL: <http://pdf.zeit.de/2009/17/M-Zusammen-Titel.pdf> [19.4.2009]

Dijkstra, A., Rothman, A. (2008). Social Psychology of Health and Illness. In L. Steg, A. Buunk & T. Rothengatter (Eds.), *Applied Social Psychology: Understanding and Managing Social Problems*. Cambridge University Press, S. 226- 248

Sadava, S.W. (1997). Social Psychology of Health Care. In: Sadava, S.W. & McCreary, D.R. (Eds.) (1997). *Applied Social Psychology*. Prentice Hall, S. 68-91

## **1.4 Subjektive Kontrollüberzeugung und Gesundheitspflege**

*Erarbeitet von Björn Helfmann (0707472)*

Wenn Menschen krank sind, erfahren sie die Zerbrechlichkeit der menschlichen Existenz aus erster Hand. Dieser Zustand ist verbunden mit Gefühlen wie Unsicherheit, Stress und Hilflosigkeit. In der Literatur existieren umfassende Studien, die besagen, dass eine gute Gesundheit mit einer guten Selbstkontrolle in Verbindung gebracht werden kann und dass die Wahrnehmung über das Leben anhand der eigenen Handlungen determiniert ist, d.h. der Mensch hat Einflussmöglichkeiten auf Krankheiten, deren Behandlungen und deren Entstehung. In einem gewissen Maße hilft persönliche Kontrolle auch dabei, bessere Entscheidungen bezüglich Gesundheit und anderen Aspekten des Lebens zu treffen (Kaplan, 1991).

Die subjektive Kontrolle von Gefühlen ist außerdem mit der Regulierung und der Genesung von Krankheiten wie z.B. Brustkrebs, Arthritis und Herzkrankheiten in Verbindung zu bringen und es scheint, dass Menschen mit einer hohen Kontrollüberzeugung offener sind für die Unterstützung von Gesundheitsexperten und von ihrer eigenen Familie, was automatisch zu einer besseren Prognose führen kann.

Die meisten Menschen möchten „gute Patienten“ sein und versuchen daher so kooperativ, passiv und unkompliziert zu sein, wie sie meinen, dass es die Umstände von ihnen verlangen (Taylor, 1979). Aber diese Patienten zahlen auch einen Preis: Kontrollverlust, Depersonalisation, also den Verlust der eigenen Identität, und Unkenntnis.

Eine Vielzahl von Untersuchungen ist zu dem Ergebnis gelangt, dass drei positive Illusionen im Zusammenhang mit guter Gesundheit stehen:

- a) Menschen haben eine unrealistisch positive Selbsteinschätzung
- b) Menschen haben unrealistisch hohe Kontrollüberzeugungen über Verlauf und Ereignisse in ihrem Leben
- c) Menschen sind unrealistisch optimistisch.

Trotz dieser Realitätsverkennung vieler Menschen, fungieren bestimmte Persönlichkeitsmerkmale (Widerstandsfähigkeit, Optimismus, Autonomie, emotionale Stabilität) als Schutzfaktoren für die Gesundheit und eine positive Lebenseinstellung erhöht häufig die Überlebenschancen bei Erkrankungen wie Krebs (Schreier & Carver, 1993) oder AIDS (Taylor, 1989).

Warum ist das so?

Zur Erklärung für den besseren Gesundheitszustand von Optimisten bzw. Menschen mit hoher Selbstkontrolle, lassen sich wirksame Bewältigungsstrategien, ein förderliches Gesundheitsverhalten und möglicherweise günstige Auswirkungen auf das Immunsystem heranziehen (Rösler, Szewczyk & Wildgrube, 1996, S. 209). Allerdings sind weitere Untersuchungen notwendig, um persönliche und situative Faktoren, die einen Effekt auf die eigene Kontrolle haben, spezifizieren zu können.

### **1.4.1 Technologie und Kontrolle**

Die moderne Medizin hält erstaunliche technologische Fortschritte bereit. Allerdings steht die Kosten-Nutzen-Rechnung (sozial, persönlich und finanziell) dieser Technologien immer wieder im Mittelpunkt der Diskussionen.

Eine der Aufgaben der Sozialpsychologie ist es, die Menschen über diese Debatten zu informieren und darüber hinaus versucht sie, ungeklärte Fragen zu analysieren, z.B. „Inwieweit kann und sollte in teure und ressourcenverbrauchende Technologie investiert werden?“ und sie beschäftigt sich auch mit ethischen Fragen, z.B. „ab welchem Punkt sollte Reanimation oder lebenserhaltende Maßnahmen eingestellt werden?“

Des Weiteren liefert die Sozialpsychologie Beiträge zu Verständnis und Behandlung von Krankheiten, erklärt die Auswirkungen der verwendeten medizinischen Technologien, erläutert die Sicht des Patienten und gibt Aufschluss über Kosten und Nutzen der unterschiedlichen Prozeduren.

## 1.5 Kommunikation und Compliance

Von der Interaktion zwischen Arzt und Patient hängt viel ab und die Erwartungen auf beiden Seiten sind hoch, trotz der zeitlich sehr begrenzten Kommunikation. Untersuchungen haben ergeben, dass bei einer effektiv verlaufenden Kommunikation die Patienten zufriedener sind, ihre Situation besser verstehen und über eine höhere „Compliance“ verfügen, sich also eher an die Empfehlungen des Arztes halten (Hall, Roter & Katz, 1986). Insofern wird Compliance auch als „Therapietreue“ des Patienten verstanden (Zangerle, 2007, S. 3).

Kommunizieren Ärzte auf eine Art und Weise, die der Patient verstehen kann?

Die *Interpersonal Speech Accomodation Theory* ermöglicht es Sozialpsychologen zu untersuchen, wie Menschen mit unterschiedlichen Sprachstilen zusammen interagieren und kommunizieren (Giles, Bourhis, & Taylor, 1977). *Speech maintenance* tritt auf, wenn sich der Gesprächsstil zwischen zwei Gesprächspartnern auch langfristig gesehen nicht ändert. *Speech divergence* akzentuiert existierende Unterschiede im Gesprächsstil und die sich daraus ergebende soziale Diskrepanz. *Speech convergence* tritt auf, wenn ein Gesprächspartner versucht das Sprachmuster des anderen anzunehmen (z.B. durch das Übernehmen des Vokabulars oder Akzentes). Dieses Verhalten begünstigt die soziale Harmonie, da es Statusdifferenzen minimiert und das beiderseitige Verständnis erhöht.

Es muss zwischen einer doktorzentrierten und einer patientenzentrierten Kommunikation unterschieden werden. Die doktorzentrierte Kommunikation besteht aus strukturierten Fragen des Arztes und simplen Antworten der Patientin mit dem Ziel, eine schnelle und akkurate Diagnose zu ermöglichen. In der patientenzentrierten Kommunikation hingegen versucht die Ärztin durch offene und persönliche Fragen zu einer Diagnose zu gelangen. Die Patienten werden dazu angehalten, ihre Probleme mit eigenen Worten zu beschreiben und gleichzeitig dazu ermutigt, Fragen zu stellen bezüglich der Krankheit, den Behandlungsmöglichkeiten und der Prognose.

Die Beziehung zwischen Arzt und Patientin kann außerdem eine positive Erwartung bezüglich der Behandlung begünstigen. Dieses Phänomen beschreibt zum Beispiel auch der Placeboeffekt<sup>1</sup>. Eine Ärztin, die gründlich untersucht, nicht ängstlich ist und vertrauenserweckend

---

<sup>1</sup> Placebo [lat.] das, -s/-s, einem Arzneimittel nachgebildetes Präparat („Falsum-Präparat“, Scheinmedikament), das jedoch keine Arznei enthält. Man kann die subjektiv-seelische von der objektiv-arzneilichen Wirkung eines Arzneimittels trennen, wenn man statt dessen ein Placebo verabreicht (Brockhaus, 1986, S.216)

und optimistisch wirkt, hat z.B. eine positivere Wirkung auf die Effekte von Medikamenten als ein kritisch-schweigsamer, pessimistischer Kollege. Er beeinflusst das Ergebnis der Behandlung durch seine Kommunikationsfähigkeit und vermittelt auch nonverbal seine Überzeugung von der Wirksamkeit eines Präparates, auch wenn es sich um ein Placebo handelt (Rösler et al., 1996, S.301f). Wenn weder Arzt noch Patient an den Behandlungserfolg glauben, ist eine positive Genesung sehr unwahrscheinlich.

### Gender

Ärztinnen neigen dazu sich für ihre Patienten mehr Zeit zu nehmen, insbesondere für weibliche Patienten als ihre männlichen Kollegen. Dies ist dadurch bedingt, dass sie gesprächsbereiter sind und deshalb auch mehr Gesprächsbereitschaft bei ihren Patienten auslösen. Sie neigen außerdem dazu längere Visiten durchzuführen, vermehrt Fragen zu stellen und öfter zu lächeln oder zu nicken.

Ein weiteres, essentielles Ziel der Kommunikation ist, die Kooperation und Mitarbeit des Patienten bei seiner eigenen Genesung voranzutreiben. Demzufolge ist die Compliance mit medizinischen Programmen ein wichtiges Thema in der Gesundheitsversorgung.

### **1.5.1 Compliance mit medizinischen Programmen**

Überzeugung und Compliance sind auf das medizinische Setting angewendete, sozialpsychologische Prozesse.

Allerdings halten sich viele Patienten nicht an die ärztlichen Ratschläge, sie sind noncompliant. Der Begriff „Noncompliance“ steht u.a. für fehlende Krankheitseinsicht oder –akzeptanz, Therapieverweigerung, mangelnde Medikationsdisziplin oder Wissens- bzw. Kompetenzdefizite im Umgang mit der Erkrankung (Zangerle, 2007, S.5, zitiert nach Petermann & Mühlig, 1998). Dieses Phänomen wird von den Medizinern häufig unterschätzt und die Rate für Noncompliance von Patienten beträgt mindestens 30 % (DiMatteo & DiNicola, 1982). Diese Raten sind sogar noch höher bei Patienten mit chronischen Krankheiten oder bei medizinischen Programmen, die eine Änderung des Lebensstils zum Ziel haben, wie zum Beispiel Diäten, physische Betätigungen oder Raucherentwöhnung.

Warum befolgen Patienten die Ratschläge nicht?

Untersuchungen konnten bislang keinen charakteristischen Noncompliant-Persönlichkeitstyp bestimmen (Kaplan & Simon, 1990). Eine Erklärung für Noncompliance zu finden gestaltet sich als äußerst schwierig, denn es ist weitaus komplexer als nur ein ignorantes, abweichendes oder gegensätzliches Verhalten. Die Patienten treffen Entscheidungen über die Nützlichkeit jeglicher medizinischer Intervention und die subjektive Krankheitsüberzeugung hat einen großen Einfluss auf das Compliance-Verhalten. Dieses muss der Experte verstehen und akzeptieren, denn er selbst trägt maßgeblich zur Compliance des Patienten bei. Ist ein Patient noncompliant sollte der Arzt analysieren woher die Fehler kommen und welche Fehler er möglicherweise selbst gemacht hat oder im Behandlungsablauf entdeckt. Ein noch so gutes Verhalten eines Arztes wird in seiner Wirkung auf den Patienten zunichte gemacht, wenn organisatorische Abstimmungsschwierigkeiten den Patienten verärgern (Rösler et al., 1996, S.294).

Auch konnte nachgewiesen werden, dass bestimmte Charakteristika von Ärzten die Compliance positiv beeinflussen. Dazu gehört unter anderem die Zufriedenheit mit der eigenen Arbeit, die Anzahl der Patienten pro Woche oder die Tendenz Fragen von Patienten geduldig zu beantworten.

Auf der anderen Seite sind aber auch Charakteristika von Patienten wichtig: Compliance tritt verstärkt bei älteren Patienten auf, bei Patienten die Vermeidungsstrategien anwenden oder bei solchen, die mit ihrer medizinischen Versorgung zufrieden sind. Demzufolge ist die Compliance umso schlechter bei ängstlichen, pessimistischen und aggressiven Menschen.

Auch die gesundheitserzieherischen populärwissenschaftlichen Veröffentlichungen in den Massenmedien können eine negative Wirkung haben und erzeugen bei Patienten z.B. eine emotionale Ablehnung gegen eine Behandlung mit Medikamenten (Rösler et al., 1996, S. 292f).

Jeder Kranke ist nicht nur in seinem körperlichen, sondern auch psychischen und sozialen Wohlbefinden gestört, d.h. als gesamte Persönlichkeit betroffen. Deshalb haben Patienten in den meisten Fällen das Verlangen nach einer umfassenden Erklärung für die empfohlenen Behandlungen und sehnen sich nach angemessener sozialer Unterstützung und Ermutigung (Hall, Roter, & Katz, 1986).

Wie kann Compliance gemessen werden?

Die Methoden zur Messung von Compliance lassen sich in „direkte“ und „indirekte“ Methoden unterteilen.

Zu den direkten Methoden, also solche Verfahren, die manifest nachgewiesen werden können, zählen u.a. direkte Beobachtung, Konzentrationsbestimmungen in Arzneimitteln oder der Einsatz von Marker (Tracer)<sup>2</sup>.

Indirekte Verfahren beinhalten z.B. Arzneimittelschwundmessung („Pill count“), Patienteninterview, Einhaltung von Arzt-/Klinikbesuchen, Messung eines erwarteten biologischen Effektes (Zangerle, 2007, S.14, zitiert nach Hasford, 1998).

Allerdings muss betont werden, dass keine dieser Methoden als vollständig zuverlässig betrachtet werden kann und nur eine Kombination mehrerer Methoden eine zuverlässige Einschätzung über das Compliance-Verhalten der Patienten zulässt (Zangerle, 2007, S.13, zitiert nach Heurer et al., 1999).

### **1.5.2 Sozialpsychologische Strategien für Compliance**

Sozialpsychologische Prinzipien helfen dabei die Prozesse, die mit Compliance in Zusammenhang stehen, besser zu verstehen (Cialdini, 1993). Desweiteren sind diese Prinzipien auch von großer Bedeutung für die anwendungsbezogene Medizin. Folgende Beispiele verdeutlichen dieses:

1. „Foot-in-the-door“-Technik, die besagt, dass Menschen kleine Bitten von Anderen meistens nicht ausschlagen können, aber da sie konsistent erscheinen wollen, geben sie auch einer folgenden, größeren Bitte nach. Mediziner verwenden diese Technik, indem sie u.a. bei ihren Patienten erst ein Engagement für eine leichte Lebensstiländerung auslösen und dann zu größeren Veränderungen fortschreiten.

2. Sozialer-Vergleichs-Prozess: Menschen neigen dazu sich mit anderen zu vergleichen um ihre eigenen Handlungen und Einstellungen zu validieren.

---

<sup>2</sup> Marker (Tracer) = „Substanzen, die dem Prüf- oder Kontrollmedikament beigemischt werden, um anschließend möglichst einfach in Körperflüssigkeiten oder sonstigen Ausscheidungen nachgewiesen werden zu können“ (Zangerle, 2007, S.14, zitiert nach Hasford, 1998).

3. Expertenmacht: Glaube, dass der Beeinflussende mehr Kenntnisse und Fertigkeiten besitzt als man selbst. Ärzte werden generell als eine glaubwürdige Bezugsquelle gesehen, insbesondere wenn sie sehr erfahren sind. Obwohl Expertenmacht Compliance nicht gewährleistet, kann sie trotzdem effektiv genutzt werden.

## **1.6 Veränderung der medizinischen Praktiken**

In einer Ära von gesetzlichen und privaten Krankenkassen verfügen „normale“ Ärzte schon lange nicht mehr über uneingeschränkte Handlungsfreiheit und Autorität und können insofern auch nicht mehr so praktizieren, wie sie es eigentlich für angemessen hielten. Aufgrund der Komplexität und der vielen neuen Innovationen in der heutigen Medizin ist in vielen Situationen eine effektive Kooperation und Zusammenarbeit zwischen Patienten und Angehörigen auf der einen Seite und dem medizinischen Fachpersonal auf der anderen Seite unumgänglich. Zum handwerklich medizinischen Geschick eines Arztes gehört auch ein psychologisch gekonnter Umgang mit seinen Patienten. Hierfür ist fundiertes psychologisches Wissen eine notwendige Voraussetzung. Dieses Wissen betrifft aber nicht nur den Arzt und den Patienten als individuelle Persönlichkeit, sondern auch das Rollengefüge, die Kommunikation und die vielfältigen Formen der Beziehungen zwischen den beiden (Rösler et al., 1996, S.271). Diese Aspekte werden im Folgenden näher besprochen.

### **1.6.1 Die Arzt-Patient-Interaktion**

Roter und Hall (1992) haben sieben Prinzipien der Arzt-Patient-Interaktion formuliert.

1. Durch geeignete Kommunikation sollte den Patienten ermöglicht werden ihre individuelle Krankheitsgeschichte vorzutragen. Dieses impliziert, dass sich der Mediziner für seine Patienten genügend Zeit nimmt, diese mit Respekt behandelt und sich dazu verpflichtet eine bestmögliche Arbeit zu leisten. Allerdings ist es für viele Menschen nicht einfach ihre Leiden und Gefühle in Worte auszudrücken und sie denken häufig, dass ihre Beschwerden gar nicht einer medizinischen Aufmerksamkeit bedürfen oder haben Angst, dass die berichteten Symptome ihrer Krankheit sie ignorant oder unklug erscheinen lässt.

2. Die Kommunikation sollte die spezielle „Expertise“, die jeder Patient bezüglich Gesundheit und Krankheit mitbringt, zum Vorschein bringen. Zum Beispiel hat eine Studie ergeben, dass

medizinisches Personal die Gesundheit von Patienten allein anhand biomedizinischer Daten misst, wobei hingegen die Patienten dazu neigen, Gesundheit anhand der Funktionsfähigkeit des Körpers (z.B. ohne Gehstock laufen zu können) und des emotionalen Zustands zu messen (Hall, Epstein & McNeil, 1989).

3. Die Kommunikation sollte das Verhältnis des psychischen und physischen Zustands der Patienten ergründen. Viele Symptome körperlicher Krankheiten, unabhängig davon, ob sie als relevant oder nicht relevant empfunden werden, haben oftmals einen psychosomatischen Hintergrund, was von dem behandelnden Arzt auf alle Fälle ernst genommen werden muss.

4. Die Kommunikation sollte den Nutzen des ärztlichen Fachwissens maximieren. Patienten wünschen sich Informationen die verständlich, relevant und nützlich für sie sind.

5. Die Kommunikation sollte sich sowohl dem emotionalen Gehalt einer Situation, als auch den faktischen Informationen widmen. Patienten haben nicht nur das Bedürfnis über die Fakten ihrer Krankheit informiert zu sein (z.B. Prognose, Nebenwirkungen von Medikamenten), sondern erhoffen sich auch emotionale Unterstützung ihres Arztes. Darüber hinaus ist der Mediziner in der Lage, durch empathische Fähigkeiten wertvollere Informationen über den psychischen und physischen Zustand der Patienten zu gewinnen.

6. Die Kommunikation sollte reziprok sein. Im Alltag ist die Beziehung zwischen Arzt und Patient eher einseitig: Der Arzt kann dem Patient helfen, aber der Patient kann dem Arzt nicht helfen. Trotz alledem liegt es letztendlich nur an den Patienten alleine, ob sie die Ratschläge des Arztes befolgen, seine Arbeit würdigen, die Rechnungen bezahlen oder ob sie diese Dinge nicht tun.

7. Die Kommunikation sollte beiden Teilnehmern ermöglichen vorhandene Stereotype zu überwinden. Keiner der Teilnehmer sollte sich in diesem Rahmen unprofessionell oder präpotent verhalten, da eine gegenseitige Akzeptanz und Achtung essentiell ist für eine effektive und erfolgreiche Zusammenarbeit.

### **1.6.2 Modelle der Arzt-Patient-Interaktion**

Es gibt vier Modelle der Interaktion zwischen Arzt und Patient (Roter & Hall, 1992), die auf den jeweils unterschiedlichen Ausmaßen an Kontrolle eines Teilnehmers basieren.

Die *traditionelle* oder *paternalistische* Form zeichnet sich durch eine starke Steuerungsposition des Arztes aus und postuliert, dass es für die meisten Krankheiten nur einen richtigen Weg der Behandlung gibt. In der Regel bevorzugen Patienten sogar, dass der Mediziner die dominante Rolle übernimmt und die Entscheidungen trifft. Diese Form tritt besonders bei älteren oder sozial schwächeren Menschen auf und bei solchen, die ernsthaft erkrankt sind.

In der umgekehrten *Consumerist*-Form besitzen die Patienten viel und der Arzt wenig Kontrolle. In einer konsumorientierten Gesellschaft stehen den Verbrauchern zahlreiche Alternativen und Informationsquellen zur Verfügung, sodass die lange Zeit empfundene Allmachtsposition bzw. Unfehlbarkeit von Medizinerinnen nicht mehr vorherrscht und die Verbraucher ein Anrecht auf Informationen und Mitbestimmung bei der Behandlung haben. Die Entscheidungsfindung ist hier also ausschließlich auf Seiten der Patienten.

Ein Mangel an Kontrolle auf beiden Seiten charakterisiert die *Default*-Form. Im Vorfeld haben keine Verhandlungen stattgefunden und weder Arzt noch Patient fühlen sich verantwortlich. Mögliche Konsequenzen sind u.a., dass Patienten laufende Behandlungen abbrechen, die Dienste eines anderen Arztes beanspruchen oder rechtliche Beschwerden gegen den Arzt vorbringen.

In der *Mutuality-Form* ist die Übernahme von Verantwortung und Kontrolle auf beiden Seiten hoch. Hier werden die Erfahrungen von beiden Parteien respektiert und Entscheidungen bezüglich Ziele und Mittel der Behandlung werden gemeinsam getroffen.

Bei der Betrachtung von Modellen der Arzt-Patient-Interaktion muss allerdings erwähnt werden, dass alte Modelle nur schwer zu ändern bzw. durch neue zu ersetzen sind. Viele Patienten begrüßen und erwarten sogar eine einseitige Beziehung, in der von dem Mediziner die Entscheidungen getroffen werden und dieser somit auch die Verantwortung übernimmt. Auch das verstärkte Gefühl der eigenen körperlichen Verletzlichkeit, und der damit verbundenen gefühlten Macht- und Hilflosigkeit, beeinflusst die Erwartungen an den zuständigen Mediziner. Infolgedessen müssen Faktoren wie vorherige Erfahrungen, kultureller Hintergrund und Eigenschaften der Krankheit ebenfalls berücksichtigt werden, um eine effektive Interaktion und somit optimale Behandlung zu gewährleisten.

### **1.6.3 Exkurs: Die Arzt-Patient-Beziehung und das Internet**

Heutzutage ist das Internet auch im medizinischen Bereich nicht mehr wegzudenken und fungiert für die Bevölkerung als wichtiges Gesundheitsinformationsmedium. Zum Beispiel wurde festgestellt, dass das Internet bereits von mehr als ein Drittel der UserInnen in Europa dafür verwendet wurde, nach gesundheitsrelevanten Informationen zu suchen (Österreicher, 2006, zitiert nach Eaton, 2002). Die Gründe sind vielfältig: generelle Informationen über Gesundheit einholen, bessere Vorbereitung auf die Konsultation von Ärzten, genaueres Nachlesen über eine spezifische Diagnose oder Verschreibung (Österreicher, 2006, zitiert nach Fox & Fallows, 2003).

Das medizinische Fachpersonal benutzt das Internet ebenfalls um nach medizinischen Informationen zu suchen, ihr Wissen aufzufrischen oder sich mit anderen Kollegen auszutauschen. Das Internet wird immer häufiger als Antwort auf die multiplen Probleme im medizinischen Bereich gesehen. Insbesondere in der Arzt-Patient-Interaktion soll es als Kompensator dienen. Ein paar Beispiele werden im Folgenden kurz dargestellt (Österreicher, 2007, S.111ff.).

**Eine imaginierte Lösung des Zeitproblems.** Das Internet wird als Ergänzung oder auch Alternative zum Arztbesuch gesehen. Die Patienten können im Voraus oder nach einer Arztbehandlung ein eventuelles Informationsdefizit selber abbauen und somit den Arzt zeitlich entlasten. Infolgedessen haben Ärzte die Möglichkeit, jenen Patienten mehr Zeit zu widmen, bei denen eine medizinische Behandlung unabdingbar ist bzw. Gesundheitsinformationsmedien nicht mehr hilfreich wären.

**Eine imaginierte Behebung des Informationsdefizits.** Viele Patienten fühlen sich unzureichend beraten und sehnen sich nach umfassenderen, klareren Gesprächen mit dem medizinischen Fachpersonal, was aber aufgrund des oft engen Zeitrahmens gar nicht möglich ist. Das Internet hilft dem Verbraucher dabei, sich besser zu informieren und sich eigenständiger und mündiger zu fühlen. Allerdings sollte die Glaubwürdigkeit, Qualität und Seriosität der selbst gesammelten Informationen stets hinterfragt werden.

**Das Internet als Motor einer „neuen Partnerschaft“ zwischen Arzt und Patient.** Die Überwindung des Informationsdefizits macht auch eine neue Partnerschaft möglich. Die Grundlage dafür ist, dass sich die Patienten informieren, damit sie nicht als „Konsument“, sondern als Partner des Arztes fungieren und mitreden können. Insofern profitieren im optimalen Fall beide Parteien von einer effektiven Zusammenarbeit.

## **Persönliche Stellungnahme**

Der Artikel „Social Psychology of Health Care“ von Stanley W. Sadava (1997) gibt eine Einführung in das Thema wie sozialpsychologische Grundsätze in der anwendungsbezogenen Medizin integriert sind und verwendet werden.

Trotz der Komplexität und Theorielastigkeit dieses Themas schafft es der Autor die wichtigsten Facetten in sinnvolle Einheiten zu gliedern und darüber hinaus den Zusammenhang der einzelnen Unterpunkte gut nachvollziehbar darzustellen.

Das am Anfang vorgestellte Fallbeispiel von ‚Dr. Rosenbaum‘, welches sich anschließend als roter Faden durch den Artikel zieht, hilft dem Leser ebenfalls dabei einen Praxisbezug der Theorien herzustellen und ähnliche, eventuell selbst erlebte Situationen zu rekapitulieren und besser zu verstehen.

Dem Leser werden allerdings eine Vielzahl von Studien und deren Ergebnisse präsentiert, was leider nach kürzester Zeit dafür sorgt, dass man leicht die Übersicht verliert und nähere Hintergründe vermisst. Es vermittelt sich zeitweise der Eindruck, dass es dem Autor wichtiger erschien die verschiedenen Studien in seinen Artikel einzubringen und miteinander zu verknüpfen, als detailliertere Ausführungen zu geben und die Ergebnisse hinsichtlich des Kontextes näher zu analysieren.

Zum Beispiel ist es, meiner Meinung nach, nicht sinnvoll die Ergebnisse des Gender-Vergleichs bezüglich der Arzt-Patient-Interaktion nur zu präsentieren und nicht zu klären woher diese Unterschiede kommen und welchen Nutzen diese Erkenntnisse haben.

Eine Textstelle, an der es dem Autor hingegen gelungen ist einen Zusammenhang von Fakten, Studienergebnissen und Praxisbezügen herzustellen, ist die Darbietung der 7 Prinzipien der Arzt-Patient-Interaktion von Roter und Hall (1992). Hier werden diese Prinzipien sinnvoll aufgelistet, durch passende Studien bekräftigt und, implementiert in ein Praxisbeispiel, nachvollziehbar dargestellt.

Darüber hinaus ist auch positiv anzumerken, dass in dem Artikel immer wieder der Bezug zur Sozialpsychologie und deren Nutzen für die anwendungsbezogene Medizin dargestellt wird.

Der Text bietet also einen guten Einstieg in die Thematik ‚Sozialpsychologie und Gesundheit‘ und gibt eine übersichtliche Zusammenfassung über ältere, aber dennoch interessante Forschungsergebnisse.

## **Literatur**

Brockhaus. (1986). Der Neue Brockhaus – Lexikon und Wörterbuch. Band 4. Wiesbaden: F.A. Brockhaus

Österreicher, S. (2006). „Der direkte Draht zum Arzt?“. *ÄrztInnen, PatientInnen und das Internet als Gesundheitsinformationsmedium – eine Medienanalyse im österreichischen Kontext (2000-2005)*. Dipl. Arbeit, Universität Wien

Rösler, H.-D.; Szewczyk, H.; Wildgrube, K. (1996). Medizinische Psychologie. Heidelberg, Berlin, Oxford: Spektrum Akademischer Verlag

Sadava, S.W. (1997). Social Psychology of Health Care. In: Sadava, S.W. & McCreary, D.R. (Eds.) (1997). *Applied Social Psychology*. Prentice Hall, S. 68-91

Zangerle, S.M.J. (2007). *Wege zu patientenzentrierten Kommunikation. Zur Problematik der Arzt-Patienten-Kommunikation am Beispiel „Compliance“*. Dipl. Arbeit, Universität Wien

## **2 Sozialpsychologie der Gesundheit und Krankheit**

*Erarbeitet von Petra Weissengruber (0102606)*

Das folgende Kapitel setzt sich mit dem Artikel „*Social psychology of health and illness*“ von Dijkstra und Rothmann auseinander.

### **2.1 Beschreibung der Probleme im Feld**

#### **2.1.1 Die gesellschaftlichen Belastungen ungesunder Verhaltensweisen**

Dijkstra & Rothmann (2008) weisen darauf hin, dass die Lebenserwartung ein wichtiger Indikator für die Gesundheit und Krankheit in der Population ist. Während der letzten Jahre ist die Lebenserwartung stark gestiegen (vgl. auch die Ausführungen bezüglich der Lebenserwartung im Kapitel 1.1.1). Im Moment (Mathers et al., 2004) liegt die Zahl der gesunden Lebensjahre in Afrika bei 40 und in den entwickelten Ländern bei 70 Jahren. In Entwicklungsländern mit

niedriger Lebenserwartung liegt dies meist an einer hohen Kindersterblichkeitsrate und infektiösen Krankheiten, schlechten Wohnungsverhältnissen und Unterernährung. In diesen Ländern sind vor allem strukturelle Faktoren, wirtschaftliche Strategien und die Qualität des Gesundheitssystems ausschlaggebend für die niedrige Lebenserwartung und weniger das individuelle Verhalten. In entwickelten Ländern sind die einflussreichen Faktoren eher die Lebensweise, die zum Beispiel zu Krebs und Herzgefäßerkrankungen führen.

Rauchen ist eine dieser Verhaltensweisen. Sie steht in Verbindung zu diversen Krankheiten, wie Krebs, Herz- und chronischen Lungenkrankheiten. Dijkstra & Rothmann (2008) berichten, dass einer von 2 Rauchern an den Folgen vom Rauchen sterben wird und sie leben 7 Jahre kürzer und davon mehr ungesunde Jahre. Weltweit rauchen 1.1 Milliarden Menschen (das ist ein Drittel der Weltbevölkerung der Alterskohorte von 15 Jahren und älter) und 3 Millionen Raucher sterben jährlich an den Folgen. Der Prozentsatz an Rauchern in entwickelten Ländern nimmt ab, wobei die Zahl in Entwicklungsländern steigt. 2030 werden 10 Millionen Menschen an den Folgen sterben und davon werden 70% in Entwicklungsländern leben. Weitere Faktoren, die in Zukunft wichtig sein werden, sind globale Entwicklungen bezüglich AIDS/HIV und Fettleibigkeit. In Zukunft werden vermutlich auch Infektionskrankheiten und die Klimaerwärmung die Lebenserwartung und Gesundheit beeinflussen.

### **2.1.2 Die gesellschaftliche Belastung chronischer Krankheit**

In entwickelten Ländern leben Menschen länger aufgrund von effektiver medizinischer Behandlung und ein höherer Prozentanteil an Menschen leidet an chronischen Krankheiten. Das Ausmaß zeigt sich, wenn man sich ansieht, wie viele Jahre Menschen in Krankheit leben und wie viel Prozent davon an chronischen Krankheiten leiden: In den entwickelten Ländern sind es 86% (Krebs, Herzkrankheiten, Atemwegserkrankungen, Zuckerkrankheit, Neuropsychiatrische Störungen, etc.), in Entwicklungsländern nur 65%.

Ein Faktor, der verkomplizierend zur großen Verbreitung von chronischen Krankheiten hinzu kommt, ist jener, dass 1/3 der Patienten die verschriebene medizinische Kur nicht einhält. Hierauf wurde bereits beispielsweise bei schwerkranken Patienten im Artikel von Sadava (1997) hingewiesen. Die Patienten bekommen somit nicht die Behandlung, die sie brauchen würden. Das Argument, dass dies nur bei leichteren Erkrankungen gilt, kann nicht gehalten werden, da sich beispielsweise auch Patienten mit einem Nierentransplantat nicht an die verschriebene Behandlung halten. Somit wird die Nicht-Einhaltung (non-compliance) ein wichtiger Faktor, wenn man versucht die Gesundheit und Lebenserwartung zu erhöhen.

## 2.2 Der Sozialpsychologische Beitrag zur Vorbeugung und Lösung von Gesundheitsproblemen

Die Sozialpsychologie kann 3 Dinge tun:

- Präventiv: Von Beginn an ungesundes Verhalten vermeiden und die Menschen vom gesunden Verhalten überzeugen (zum Beispiel sollen Jugendliche gar nicht erst zu rauchen beginnen und in der Schule gesunde Ernährung kennen lernen).
- Wenn Menschen sich bereits ungesund verhalten, sollen diese vom Gegenteil überzeugt werden (wie beispielsweise abzunehmen oder das Rauchen aufzuhören).
- Die Sozialpsychologie soll sich dafür einsetzen, dass die medizinische Verschreibung von kranken Menschen eingehalten wird (z.B.: Bluthochdruck: Senkende Mittel täglich nehmen und nicht nur, wenn sie glauben, dass sie es brauchen).

Mehr dazu was Gesundheit ist und welche Rolle hierbei die Sozialpsychologie übernimmt, wird nun erläutert.

### Literatur

Dijkstra, A., Rothman, A. (2008). Social Psychology of Health and Illness. In L. Steg, A. Buunk & T. Rothengatter (Eds.), *Applied Social Psychology: Understanding and Managing Social Problems*. Cambridge University Press, S. 226- 248

## 2.3 Was ist Gesundheit? Eine Einführung

*Erarbeitet von Anja Somavilla (0749827)*

Was ist Gesundheit? Beim Versuch diesen Begriff zu definieren, hat sich in der Psychologie im letzten Jahrhundert ein Paradigmenwechsel vollzogen. Dabei wich eine biomedizinische einer biopsychosozialen Betrachtungsweise von Gesundheit (Belz-Merk, 1995), in der subjektive Vorstellungen und Konzepte und die Erfahrung des Einzelnen in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit rücken. Es geht nicht mehr nur um das Auffinden „objektiver“ Kriterien und biologischer Konstanten bei der Konzeption von Gesundheit und Gesundheit wird auch nicht mehr nur als Zustand begriffen, in dem eine Person keine Symptome zeigt. Gesundheit wird als Teil eines Systems sich gegenseitig beeinflussender biologischer, psychischer und sozialer Faktoren gesehen, wobei nicht nur die individuelle Wahrnehmung, Einstellung und Verhalten

sondern auch sozial-gesellschaftliche Faktoren, wie soziale Normen und Erwartungen (Knoll/Scholz & Rieckman, 2005), eine Rolle spielen. Wie definieren Individuen „Gesundheit“ und „Krankheit“? Welche Bedingungen müssen vorhanden sein, damit eine Person sich gesund beziehungsweise krank fühlt? Was veranlasst jemanden dazu, einen gesunden Lebensstil zu pflegen? Die Sozialpsychologie ist an der Beantwortung dieser Fragen maßgeblich beteiligt, indem sie einerseits als Grundlagendisziplin zum Verständnis gesundheitsrelevanter Einstellungen und Verhaltensweisen beiträgt, andererseits als angewandte Wissenschaft an der Entwicklung und Evaluation gesundheitsfördernder Maßnahmen arbeitet.

Die vorliegende Arbeit stellt weitgehend eine Zusammenfassung des Artikels „Social Psychology of health and illness“ von Dijkstra und Rothman (2008) dar. Die im Text angeführten Zitate sind daher, sofern nicht mit einem entsprechenden Hinweis versehen, überwiegend Sekundärzitate aus jenem Artikel.

## **2.4 Gesundheitsverhalten**

Unter Gesundheitsverhalten versteht man „ein Verhalten, ein Verhaltensmuster, eine Handlung oder eine Gewohnheit, die mit der Erhaltung, der Wiederherstellung oder mit der Verbesserung von Gesundheit im Zusammenhang steht“ (Ziegelmann, 2002, zitiert nach Knoll/Scholz & Rieckman, 2005, S.27).

Neben allgemeinen psychologischen Modellen des Verhaltens, wie z. B. die Theorie des geplanten Verhaltens (Ajzen, 1985, 1988,1991; zitiert nach Schwarzer, 2004), sind spezifische Verhaltensmodelle entwickelt worden, um das Gesundheitsverhalten von Menschen zu erklären. Dazu gehören beispielsweise das Health Believe Modell (HBM; Becker, 1974), die Protection Motivation Theory (PMT; Rogers, 1983) oder das Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung (Prochaska & Di Clemente, 1983; Prochaska & Velicer, 1997), auf das weiter unten eingegangen wird (Schwarzer, 2004). Obwohl die Modelle sich unterschiedlicher psychologischer Konstrukte bedienen, um verschiedene gesundheitsfördernde und krankheitsvermeidende Verhaltensweisen, wie etwa regelmäßige körperliche Aktivität, gesunde Ernährung, regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen, Kondombenutzung, Benutzung eines Sicherheitsgurtes etc., zu erklären, kann man im Wesentlichen zwei Kategorien von Einflussgrößen und Wirkmechanismen als gemeinsamen Nenner herausfiltern:

1) Motivation und 2) Selbstwirksamkeitserwartung

### 2.4.1 Motivation

Der wohl wichtigste Grund für die Vermeidung von riskantem Verhalten ist die Motivation, gesund zu bleiben: Niemand möchte krank oder verletzt sein. Eine nicht unwesentliche Rolle spielen dabei subjektive Krankheitstheorien und subjektive Gesundheitsvorstellungen. Darunter fällt auch die Risikowahrnehmung, die ein Faktor bei der Motivation präventiven Handelns darstellt (Weinstein, 2003). Um den hohen Aufwand, die Ausdauer und Anstrengung auf sich zu nehmen, die ein gesunder Lebensstil meist erfordert, muss eine konkrete Gefährdung erst wahrgenommen werden. Drei Variablen fließen dabei in die Beurteilung mit ein: die wahrgenommene *Vulnerabilität*, der *Schweregrad* (Brewer et al., 2007) und die emotionale Komponente *Angst*. Die Einschätzung des eigenen Gefährdungsgrads, also die subjektive Wahrscheinlichkeit, an einem Leiden zu erkranken, hängt dabei von sozialen Vergleichsprozessen ab, bei denen oft ein realitätsverzerrender und selbstwertdienlicher „unrealistischer Optimismus“ die Wahrnehmung trübt (Renner & Schwarzer, 2003a, 2003b; zit. nach Schwarzer, 2004). Dieser Spezialfall eines „defensiven Optimismus“ (Schwarzer, 1994; Taylor, 1989; zitiert nach Schwarzer, 2004) basiert auf der Annahme, man sei weniger verwundbar als andere Menschen. Bei der Beurteilung der eigenen Verwundbarkeit werden dabei drei Informationsquellen herangezogen.

Zum einen wird die eigene Krankheitsgeschichte als Basis für Zukunftserwartungen genommen. Hat man zum Beispiel trotz ungeschützten Geschlechtsverkehrs nie an einer sexuell übertragbaren Krankheit gelitten, könnte man zur der Schlussfolgerung gelangen, man sei in dieser Hinsicht unverwundbar.

Zweitens wird die Krankheitsgeschichte der Familie als Vergleichsgrundlage genommen. Kann man sich keines Familienmitgliedes mit Infektionen entsinnen, hat man wohl eine diesbezüglich besonders „immune Familie“ und ist daher weniger gefährdet für sexuell übertragbare Krankheiten.

Drittens vergleichen sich die Personen mit Anderen, um zu einer Einschätzung des persönlichen Risikos zu gelangen. Hatten einige Personen aus dem Bekanntenkreis schon sexuell übertragbare Infektionen und die Person selber wurde ausgespart, könnte sie zu der Überzeugung gelangen, sie sei relativ invulnerabel.

Wie bei der wahrgenommen Verwundbarkeit, hängt auch der wahrgenommene Schweregrad der Krankheit von Vergleichsprozessen ab, aber auch vom Wissen über deren Eigenschaften. Die Einschätzung, wie ernst eine bestimmte Krankheit ist, ergibt sich zum Beispiel aus dem

Vergleich dieser mit einem anderen, gravierenderem Leiden. Eine sexuelle Übertragbare Krankheit ist im Vergleich zu HIV beispielsweise eher unbedenklich.

Des Weiteren werden Informationen über die Heilungserwartungen der Krankheit herangezogen. Auch hier ist z.B. eine Chlamydien- Infektion verglichen mit HIV als relativ „ungefährlich“ einzustufen, da letzteres tödlich sein kann und Chlamydien bei entsprechender Behandlung schnell überwunden sind. Damit im Zusammenhang steht auch der letzte Punkt, nämlich die Einschätzung, in welchem Grad ein Leiden tödlich sein kann.

Um auf die Bedeutung der beschriebenen Aspekte der Risikowahrnehmung für das Entstehen einer Motivation zu gesundheitsförderndem Verhalten zurückzukommen: Nur die Kombination einer wahrgenommenen hohen Vulnerabilität mit einem hohen wahrgenommenen Risiko resultiert in der hohen Motivation zu einem krankheitspräventiven Verhalten.

Zuletzt sei hier noch die emotionale Komponente Angst genannt. Bei der Wahrnehmung einer Gefahr entsteht Angst, diese motiviert zur Angstreduktion und damit zur Risikovermeidung. Ein spezifischer Aspekt der Angst sind „Sorgen“. Damit sind unkontrollierbare, immer wiederkehrende Gedanken in Bezug auf eine Gefahr gemeint (McCaul & Mullens, 2003). Obwohl Besorgnis um die eigene Gesundheit dazu veranlassen kann, einen gesunden Lebensstil zu pflegen, kann die Angstreduktion auch erfolgen, ohne dass eine Verhaltensänderung stattgefunden haben muss. Dies erfolgt durch „Disengagement“ (Bandura, Barbaranelli, Caprara & Pastorelli, 1996), im Sinne einer Relativierung der Gefahr, etwa durch Gedanken wie: „Wäre Rauchen so gefährlich, würde die Regierung es verbieten“. Dies erlaubt es, die Angst vor Lungenkrebs zu reduzieren, ohne mit dem Rauchen aufzuhören.

Neben der Risikowahrnehmung hat noch ein weiterer Faktor Auswirkungen auf die Motivation, Risikoverhaltensweisen zu vermeiden, nämlich die Einschätzung der Wirksamkeit der gesunden Alternative. Das Wissen um die gesundheitliche Gefahr, die eine bestimmte Verhaltensweise birgt, reicht allein nicht aus, damit jemand diese vermeidet und sich für eine Alternative entscheidet. Bei der Urteilsbildung spielen auch die Erwartungen bezüglich Sinn und Nutzen des Gesundheitsverhaltens eine Rolle. Zum Beispiel mag ein Raucher nach 50 Jahren der Sucht zu dem Schluss kommen, dass ein Unterlassen zu diesem Zeitpunkt bereits zwecklos wäre, da ein etwaiger Schaden bereits entstanden sei. Somit wiegt der subjektive Nutzen, mit dem Rauchen aufzuhören, weniger als die angenehmen Effekte der Sucht oder die Kosten, die mit dem Aufhören verbunden wären, wie etwa Gewichtszunahme oder Verdauungsprobleme. Diese Erwartungen im Hinblick auf die Vorteile einer Änderung eines ungesunden

Verhaltens nennt man „Positive Handlungsergebniserwartungen“ (Bandura, 1986). Dabei kann man zwischen drei Arten solcher Erwartungen differenzieren:

Zum einen sind natürlich die Erwartungen in Bezug auf die gesundheitsbezogenen Ergebnisse relevant. Ein Kondom schränkt die Gefahr ein, eine Infektion zu bekommen, daher wird man motiviert sein, eines zu verwenden.

Nicht minder von Bedeutung sind aber auch die Erwartungen im Hinblick auf die sozialen Vorteile eines bestimmten Verhaltens. Sollte man sich zum Beispiel schuldig gemacht haben, andere Personen mit einer Krankheit infiziert zu haben, besteht die Gefahr einer sozialen Ächtung, die es zu vermeiden gilt.

Die dritte Komponente bezieht sich auf den selbstwertschützenden- oder steigernden Effekt der Verhaltensänderung. Eine erfolgreiche Verhaltensänderung kann ein Gefühl von Stolz und Selbstkonsistenz entstehen lassen, weshalb man motiviert sein mag, sich um ein gesundes Verhalten zu bemühen.

#### **2.4.2 Selbstwirksamkeitserwartung**

Selbstwirksamkeitserwartung (self-efficacy expectation) wird definiert als die „subjektive Gewissheit, neue oder schwierige Anforderungssituationen aufgrund eigener Kompetenz bewältigen zu können“ (Schwarzer, 2004, S. 12). Das Konzept beruht auf der sozial-kognitiven Theorie von Bandura (1992a, 1992b, 1997, 2001; zit. nach Schwarzer, 2004) und beinhaltet zwei Komponenten. Auf der einen Seite stehen die Handlungsergebniserwartungen auf die bereits oben eingegangen wurde; auf der anderen Seite die Wahrnehmung der eigenen Fähigkeit, in einer bestimmten (schwierigen) Aufgabe erfolgreich sein zu können, die man auch als Kompetenzerwartungen (Schwarzer, 2004) bezeichnet. Dabei können unterschiedliche Einflussfaktoren die Einschätzung der eigenen Kompetenz determinieren (Bandura, 1997; zit. nach Schwarzer, 2004):

- *Vorangegangene Erfahrung:*

Ist man in einer Anforderungssituation in der Vergangenheit bereits erfolgreich gewesen, erhöht dies die Selbsteffizienzerwartung bezüglich eines erneuten Erfolgs.

Wichtig ist dabei allerdings, worauf man diese Erfolge attribuiert:

Die Zuschreibung eines Misserfolgs auf äußere Umstände und die internale Attribution eines Erfolgs erhöht die Selbstwirksamkeitserwartung. (Weiner, 1972; zit nach Herkner, 1991)

- *Wahrnehmung und Interpretation eigener Gefühlserregung:*

Die Wahrnehmung eigener Emotionen und damit einhergehende physische Symptome (z.B. Herzklopfen) in einer determinierten Anforderungssituation (z.B. vor einer Prüfung) beeinflusst die Einschätzung eigener Fähigkeiten (z.B. Wissen über den Prüfungsstoff)

- *Modellierung erfolgreicher anderer*

Wird eine andere Person beobachtet, die bei einer Aufgabe erfolgreich war, dient diese als Verhaltensmodell, das imitiert wird. Entscheidend ist jedoch, dass eine psychologische Nähe zu der Person besteht, man also in wichtigen Attributen eine Ähnlichkeit zu ihr aufweist (Alter, Geschlecht,...); eine zu hohe Distanz vermindert die Wirkung sozialer Vergleiche.

- *Überredung*

Zusprüche von als kompetent und autoritär wahrgenommen Personen können die Selbsteffizienzerwartung erhöhen.

Selbstwirksamkeitserwartungen beeinflussen somit ganz entscheidend selbstregulative Prozesse im Zusammenhang mit Zielsetzung, Initiierung und Fortführung gesundheitsfördernder Verhaltensweisen (Schwarzer, 2004).

### **2.4.3 Initiation und Umsetzung von Verhalten**

Die oben angeführten theoretischen Konstrukte sind als relevante Variablen in den meisten Modellen zur Erklärung von Gesundheitsverhalten vorhanden, allerdings herrscht im Allgemeinen auch Einigkeit darüber, dass diese einzelnen Konstrukte das Verhalten nicht direkt, sondern nur indirekt beeinflussen und vielmehr in einem komplexeren und multikausalen Zusammenhang betrachtet werden müssen (z.B. die sozial-kognitive Theorie nach Bandura 1977; TRA nach Fishbein und Ajzen 1975; TPB nach Ajzen 1985, 2002; PMT Rogers 1975, 1983 oder HAPA nach Schwarzer 1992, 2001).

Die Motivation und die Kontrollwahrnehmung führen demnach zu der Entstehung von *Intentionen*, die als bester Prädiktor für das Verhalten gesehen werden können. Obwohl der beste Prädiktor für eine Verhaltensänderung, sind Intentionen weit davon entfernt, als perfekter Prädiktor gelten zu können: Studien haben gezeigt (z.B. Godin & Kok, 1996), dass die Intention nur 22.5 Prozent der Varianz im Verhalten aufklären kann - nahezu 80 Prozent bleibt ungeklärt.

Es wurden zwei Phänomene beschrieben, die im Zusammenhang mit dieser Intention-Verhaltens-Lücke stehen (Orbell & Sheeran, 1998; zit.nach Knoll/Scholz, Rieckmann, 2005): Erstens entsteht die Diskrepanz oft dadurch, dass Intentionen meist nicht Faktoren wie Ort, Zeit oder Dauer des Verhaltens spezifizieren, sondern in der allgemeinen Form „Ich werde Verhalten X durchführen“ bleiben. Das erhöht die Gefahr, dass das Verhalten immer wieder verschoben wird und letztendlich nie ausgeführt wird. Gollwitzer und Schaal (1998) nennen dagegen solche Intentionen, die genauer festlegen, wann, wo und wie eine Person ein bestimmtes Verhalten durchführen will, Implementation Intentions (etwa „Ausführungsententionen“). Zum Beispiel ist „Ich werde am Montag um 18 Uhr eine Stunde im Park joggen“ eine solche Implementation Intention. Diese konkretere Formulierung erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass das Gesundheitsverhalten auch tatsächlich umgesetzt wird.

Der zweite Umstand, der zu dieser Lücke beiträgt, ist die Beobachtung, dass Menschen oft ein Verhalten zeigen, das nicht explizit vorgesehen war. Dieser Wille oder diese Bereitschaft zu einem bestimmten Verhalten (behavioral willingness (Gibbons, Gerard & Lane, 2003) ohne eine entsprechende Intention zeigt sich vor allem in Verhaltensweisen, die einem sozialen Druck unterliegen und kann besonders unter Jugendlichen festgestellt werden. Es ist oft nicht explizit geplant gewesen, zu rauchen oder Alkohol zu konsumieren, in einer determinierten sozialen Situation wird aber das Bild eines bestimmten „Prototypen“ wirksam (z.B. das eines attraktiven „lässigen“ Studenten, der raucht und trinkt), das in das Selbstbild integriert werden und nach außen repräsentiert werden soll (Gibbons et al.,2003). Dieses aktuelle Selbstkonzept ist daher eher handlungsrelevant als möglicherweise eine zu einem früheren Zeitpunkt gefassete gegenteilige Intention.

## **2.5 Krankheitsverhalten**

Unter Krankheitsverhalten versteht man, in Abgrenzung zum Gesundheitsverhalten, das Verhalten einer Person in *Anwesenheit* von Symptomen, also die Reaktion der Person auf Symptome (Wahrnehmung und Interpretation) und Versuche zur Bewältigung der Krankheit (Therapietreue, Mobilisierung von Ressourcen, Suche nach sozialer Unterstützung etc.) (Schwarzer, 2004). Neben der Motivation und der Selbsteffizienzerwartung, die offensichtlich auch hier eine Rolle spielen (z.B. beim Aufsuchen ärztlicher Hilfe), wurden verschiedene psychologische Faktoren untersucht, die speziell das Verhalten von Patienten erklären. Hier sollen nur die *Symptomwahrnehmung* und der *soziale Kontext* genauer besprochen werden.

### **2.5.1 Symptomwahrnehmung und – Interpretation**

Die Art und Weise, wie die eigenen Symptome wahrgenommen werden ist entscheidend dafür, welche Maßnahmen dagegen ergriffen werden. Bei der Symptomwahrnehmung werden nach Leventhal, Meyer und Nerenz (1980; zit. nach Knoll/Scholz & Rieckman, 2005) mentale Repräsentationen und Schemata über bestimmte Krankheiten wirksam. Diese subjektiven Krankheitsvorstellungen kann man nach den Dimensionen *Identität* (typische Eigenschaften, „Etikett“ eines Leidens), *Konsequenzen* (z.B. „im Bett liegen und nicht arbeiten können“), *Ursache* (z.B. Ansteckung), *Dauer* und *Behandlung* oder Kontrollierbarkeit ordnen. Je nachdem, zu welcher Schlussfolgerung man angesichts bestimmter gegebener Symptome gelangt, werden unterschiedliche Prototypen aktiviert und wird man unterschiedlich handeln.

Interessant ist, dass auch eine bereits getroffene Diagnose zu der Wahrnehmung von entsprechenden Symptomen führen kann; wird also ein Prototyp aktiviert, werden im Nachhinein passende Symptome konstruiert (z.B. weisen dies Martin, Rothrock, Leventhal & Leventhal, 2003 bei der Symptomwahrnehmung der asymptomatischen Erkrankung Bluthochdruck hin).

### **2.5.2 Sozialer Kontext**

Erklärungsmodelle zum menschlichen Verhalten bei Krankheit (und auch allgemein) können nicht ohne Berücksichtigung sozialer Einflussfaktoren auskommen. Wie eine Person Krankheitssymptome erfährt und sein Verhalten zur Bewältigung der Krankheit stehen nicht nur in engem Zusammenhang mit der Beziehung und Interaktion zwischen Arzt und Patient sondern werden auch durch strukturelle und funktionale Merkmale des sozialen Netzwerks des Patienten beeinflusst. Dabei dominiert heute eine sogenannte „transaktionale“ Betrachtungsweise sozialer Interaktionen, bei denen Aspekte sozialer Beziehungen, wie eben soziale Unterstützung bei Krankheit, immer unter dem Gesichtspunkt interdependenter Kausalstrukturen untersucht werden. Das bedeutet, dass ein Merkmal sozialer Interaktion nicht isoliert bei einer Person, sondern immer im Kontext seiner Ursachen und Effekte beim Interaktionspartner betrachtet wird. Diese Sichtweise basiert auf den Prinzipien, die Kelley et al. (1983, zit. nach Schwarzer, 2004) bei der Analyse von Sozialbeziehungen aufgestellt haben.

Bei der *Interaktion zwischen Arzt und Patient* ist es vor allem von Bedeutung, diejenigen Faktoren ausfindig zu machen, die den Patienten/die Patientin dazu veranlassen, den ärztlichen Anweisungen Folge zu leisten, was in der Gesundheitspsychologie als Compliance oder Adhärenz (Therapietreue) bezeichnet wird. Als essentiell wird hierbei eine gelungene Kommu-

nikation zwischen Arzt und Patient gesehen (Marks, Murray, Evans & Willig, 2000; zit. nach Schwarzer, 2004). Auf der einen Seite muss der Patient/die Patientin seine/ihre Symptome und physisches/psychisches Befinden vermitteln, auf der anderen Seite muss der Arzt/die Ärztin die notwendigen Anweisungen zur Behandlung geben. Dies ist ein interaktiver Prozess, in dem beide Seiten die Konversation durch Anpassung ihrer Sprache, durch nonverbale Zeichen und durch kulturell anerkannte Regeln der Konversation gestalten, um bestimmte Ziele zu erreichen. Der Arzt/die Ärztin versucht eine Verhaltensänderung hervorzurufen oder aber auch, Mitgefühl und Empathie zu vermitteln. Der Patient/die Patientin möchte seine/ihre Befindlichkeit mitteilen, es vielleicht aber auch vermeiden, als Hypochonder zu gelten etc. Dies schlägt sich verbal und nonverbal in der Kommunikation nieder und muss vom Interaktionspartner richtig interpretiert werden. Missverständnisse verhindern eine erfolgreiche Kommunikation und verringern die Motivation zu Compliance.

Der zweite Faktor, der für den Umgang einer Person mit einer Krankheit nicht ohne Bedeutung ist, ist das *soziale Netzwerk des Patienten/der Patientin* (Taylor, 2007). Soziale Unterstützung hat aus zwei Perspektiven eine besondere Bedeutung: Aus der Sicht der Stressbewältigung und aus der Sicht des Gesundheitsverhaltens (Knoll/Scholz & Rieckman, 2005). Das Vorhandensein sozialer Ressourcen hat demnach Einfluss auf die Einhaltungsbereitschaft ärztlicher Anweisungen. Eine systematische Ordnung der relevanten Konzepte des sozialen Rückhalts liefert Schwarzer (2004):

Zunächst muss zwischen sozialer Integration und sozialer Unterstützung unterschieden werden. Ersteres meint eher quantitative Aspekte des sozialen Netzwerks, wie Anzahl der Freunde und Bekannten, Familienstand, Häufigkeit von Kontakten oder Homogenität der sozialen Einbettung. Letzteres bezieht sich auf einen eher qualitativ-funktionalen Aspekt des sozialen Netzwerkes. Hier geht es um die „Interaktion zwischen zwei oder mehr Menschen, bei der es darum geht, einen Problemzustand, der bei einem Betroffenen Leid erzeugt, zu verändern, oder zumindest das Ertragen dieses Zustandes zu erleichtern, wenn sich objektiv nichts ändern lässt.“ (Schwarzer, 2004, S.177).

Außerdem ist es wichtig, wahrgenommene von erhaltener Unterstützung zu unterscheiden. Wahrgenommene Unterstützung bezieht sich auf die subjektive Meinung über die prinzipielle Verfügbarkeit von Unterstützung, also das Gefühl einer Person, sich im Falle einer Krankheit auf bestimmte Menschen in ihrem Umfeld verlassen zu können. Demgegenüber steht die

konkret erhaltene Unterstützung in einer realen Situation in der Vergangenheit. Hier kann objektiv erfasst werden, wie oft bestimmte Hilfeleistungen erbracht wurden.

Interessanterweise zeigen empirische Studien (z.B. Dunkel-Schetter, 1991; zit. nach Schwarzer, 2004), dass sich die wahrgenommene Unterstützung und erhaltene Unterstützung kaum überlappen. Es müssen also andere Kriterien für den Erfolg sozialer Unterstützung aufgestellt werden. Nach Dunkel-Schetter und Kollegen (1991) müssen idealerweise drei Perspektiven übereinstimmen: Die Perspektive des Empfängers, die Perspektive des Unterstützenden und die Perspektive eines unbeteiligten Beobachters, wobei die bloße objektive Feststellung einer stattgefundenen Unterstützung nicht notwendigerweise als Unterstützung wahrgenommen werden muss. Die reale Unterstützung oder die Intention des Unterstützenden, Hilfe zu leisten, muss für den Empfänger auch Realität werden. Außerdem sind auch Merkmale des Empfängers entscheidend für die Bereitschaft des Unterstützenden zu helfen, wie z. B. die gezielte Kommunikation der Krankheitssymptome oder die Vermittlung von Dankbarkeit (Schwarzer, 2004). Hierin manifestiert sich besagter transaktionaler Charakter sozialer Unterstützung.

Zuletzt wird noch zwischen verschiedenen Formen sozialer Unterstützung unterschieden, nämlich emotionale, instrumentelle, und informationelle Unterstützung. Im ersten Fall geht es um die Vermittlung von Mitleid, Wärme, Anteilnahme, Trost, etc., im zweiten Fall werden konkret Leistungen erbracht, Dinge besorgt, Arbeiten erledigt, etc., im dritten Fall werden Informationen übermittelt, im Sinne von Wissen und Ratschlägen.

### **2.5.3 Stadienmodelle**

Alle oben besprochenen Variablen sind in irgendeiner Weise mit dem Gesundheits- und/oder Krankheitsverhalten von Menschen verknüpft. Den sogenannten Stadienmodellen der Verhaltensänderung liegt die Idee zugrunde, dass eine Verhaltensänderung durch eine Modifikation einer oder mehrerer dieser Faktoren erreicht werden kann. Sie integrieren eine Prozess- und Zeitperspektive und postulieren dynamische motivationale Zustände. Auf jeder Stufe wirken unterschiedliche psychologische Faktoren und es müssen unterschiedliche stufenspezifische Teilaufgaben erledigt werden. Die therapeutischen Implikationen dieser Vorstellungen sind, dass für Menschen in unterschiedlichen Stadien eine unterschiedliche Art der Intervention erforderlich ist und diese in Form der Vermittlung unterschiedlicher Information erfolgen kann.

Eines dieser Stadienmodelle ist das Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung (TTM) nach Prochaska, DiClemente & Norcross (1992).

Es unterscheidet zwischen fünf Stadien der Verhaltensänderung, wobei der motivationale Zustand der Person der zentrale Aspekt ist. In der *Präkontemplationsphase* strebt die Person noch keine Verhaltensänderung an und sieht auch keine Veranlassung dazu. Das Stadium der *Kontemplation* ist dadurch gekennzeichnet, dass die Person über die Vor- und Nachteile ihres Verhaltens nachdenkt und eine Änderung erwägt. Eine konkrete Intention ist dabei aber noch nicht formiert. Erst im Stadium der *Vorbereitung* wird ein konkreter Plan gefasst und erste Schritte in Richtung des gewünschten Verhaltens unternommen. Jedoch bleibt es hier noch bei Versuchen und höchstens Annäherungen an das gesetzte Kriterium. Zum Beispiel könnte dies zunächst die Reduzierung der Zigaretten sein, wenn der Entschluss gefasst wurde, das Rauchen ganz aufzuhören. Das Stadium der *Handlung* ist durch die strikte Einhaltung des gesetzten Plans charakterisiert. Die Person strengt sich nun an, die Verhaltensänderung dauerhaft beizubehalten. Dem Stadium der *Aufrechterhaltung* werden jene Personen zugeordnet, die auch nach sechs Monaten noch nicht rückfällig geworden sind. Nach fünf Jahren konsequenter Aufrechterhaltung erreicht die Person schließlich einen Zustand, in dem sie keine Versuchung mehr verspürt, in das alte Verhalten zurückzufallen und über ein hohes Maß an Selbstwirksamkeit verfügt.

#### **2.5.4 Methoden zur Untersuchung von Veränderungen über die Zeit**

Die meisten herkömmlichen längsschnittlichen Untersuchungen, die eine bestimmte Verhaltensänderung über einen bestimmten Zeitraum einfangen wollen, haben eine entscheidende Unzulänglichkeit: Sie erlauben es meistens nicht, die dynamischen, fluktuierenden, umweltbedingten Komponenten zwischen den Messzeitpunkten aufzuzeigen. Oft können der genaue Zeitpunkt und der Kontext, in dem eine entscheidende Zäsur stattgefunden hat, nicht bestimmt werden. Um diesem messtheoretischen Problem zu begegnen, arbeiten Forscher an einem neuen Messkonzept, nämlich dem „momentary assesment“. Die Idee hierbei ist, dass Veränderungen im Rahmen ihres Kontexts und zwar einer „Momentaufnahme“ erfasst werden, in „Echtzeit“ gewissermaßen und in ihrer natürlichen Umgebung. Es gibt verschiedene Möglichkeiten, dies umzusetzen. Tagebucheintragungen in handschriftlicher oder elektronischer Form z.B. können entweder objektiv (z.B. durch Messung der Herzfrequenz) oder subjektiv (etwa durch Selbsteinschätzungen), situationell oder in Zeitintervallen (also entweder sporadisch in bestimmten Situationen oder nach festgelegten Zeitintervallen) und schließlich kann der Beginn einer Messung von der Person selbst oder durch ein „Signal“ von außen be-

stimmt werden (Ein Raucher kann eine Aufnahme zu dem Zeitpunkt beginnen, an dem er den Drang verspürt, zu rauchen oder der Zeitpunkt wird von einem Messinstrument festgelegt). Es sind verschiedene Variationen innerhalb dieser Dimensionen möglich.

## **2.6 Förderung von Gesundheitsverhalten**

Angesichts der hohen Kosten, die durch eine geringe Therapiebereitschaft bei gleichzeitig steigenden Zahlen chronischer Krankheiten in einem industrialisierten Land verursacht werden, stellt sich die Frage, wie man einen gesunden Lebensstil propagieren und kranke Menschen zur Compliance motivieren kann. Zunächst erfassen Epidemiologen die Faktoren, die mit bestimmten Krankheiten im Zusammenhang stehen, z.B. Übergewicht bei Kindern und die Zeit, die mit Fernsehen verbracht wird. So werden problematische Zustände und Entwicklungen identifiziert. Sozialpsychologen sind bei der Gesundheitserziehung auf unterschiedlichen Ebenen beteiligt. Auf einer Makro-Ebene durch die Zusammenarbeit mit Politikern und auf einer Mikro-Ebene durch die Kooperation mit Ernährungsberatern, Physiotherapeuten, Doktoren (zum Beispiel wenn es um die oben bereits besprochene Kommunikation zwischen Arzt und Patient geht) etc.. Ferner setzt man auf gezielte Information, Aufklärung und Beeinflussung der Bevölkerung. Hier gilt es, die Bedingungen und Faktoren ausfindig zu machen, die eine erfolgreiche Beeinflussung eines großen Publikums durch die Nutzung neuer Massenmedien ermöglichen. Um Personen die gesundheitliche Gefahr bewusst zu machen, der sie sich durch ein bestimmtes Verhalten aussetzen und sie zum Handeln zu bewegen, kann man zum Beispiel an ihre Angst appellieren. Am besten wirkt sich dabei aus, dass neben den angstauslösenden Mitteilungen auch ein Weg zur Reduktion der Angst angeboten wird, wie etwa eine Kondombenutzung zur Vermeidung von HIV. Zwei weitere Kommunikationsstrategien, die sich für verschiedene gesundheitsbezogene Verhaltensweisen als effektiv erwiesen haben, sollen im Folgenden dargestellt werden.

### **2.6.1 Anpassung der Mitteilung an einen bestimmten Empfänger („tailoring“)**

Das Problem der Fernsehwerbung als Instrument um große Gruppen zu erreichen liegt eben in ihrer Eigenschaft, an ein großes Publikum gerichtet zu sein. Die Gestaltung der Werbung erfolgt derart, dass sich eine möglichst große und daher sehr heterogene Gruppe gleichermaßen angesprochen fühlt. Das Argument der Werbung, das für oder gegen ein bestimmtes Verhalten spricht, ist möglichst allgemein gehalten und hat idealerweise für jeden Zuschauer Rele-

vanz. Zum Beispiel wird eine Werbung für die Benützung von Präservativen nicht etwa darauf hinweisen, dass Infektionskrankheiten die Fertilität von Frauen einschränken, da sich Frauen ohne Kinderwunsch davon nicht angesprochen fühlen würden. Daher wird die Werbung sich auf die Kernaussage beschränken. Dies geschieht wiederum auf Kosten der persönlichen Relevanz für den Einzelnen, was die Wirkung der Mitteilung wieder relativiert.

Mit der Nutzung des Internets als Massenmedium kann man dieses Problem umgehen, indem die Mitteilungen an die individuellen Eigenschaften eines/einer bestimmten Empfängers/Empfängerin angepasst werden. Dafür müssen zunächst relevante Informationen eingesammelt werden. Danach sucht das System entsprechend bestimmter Entscheidungsregeln aus einer Sammlung verschiedener Informationsarten die passende Mitteilung aus, die dem Empfänger/der Empfängerin per email oder brieflich zukommt. Dass die persönliche Adressierung einer persuasiven Mitteilung an einen Empfänger/eine Empfängerin eine große Wirkung auf die Verhaltensänderung hat, konnte Dijkstra (2005) eindrucksvoll beweisen. In einem Experiment wurde der Effekt einer Mitteilung gegen das Rauchen untersucht. Die Probanden füllten einen Fragebogen aus und lasen dann die Mitteilung. Es gab vier Versuchsbedingungen: 1) eine Standardmitteilung, 2) ein angepasster Text (z.B. an Geschlecht oder Inhalieren vs. Nicht-inhalieren) 3) ein personalisierter Text (enthält z.B. Anzahl der Zigaretten pro Tag, Anzahl der Jahre seit Beginn der Sucht und den Namen der Versuchsperson) 4) Feedback (z.B. wird die Versuchsperson zu Beginn des Textes direkt angesprochen und es wird ein Bezug zu den Antworten im Fragebogen hergestellt, etwa „Aus dem Fragebogen geht hervor, dass Sie sich der Gefahren des Rauchens nicht bewusst sind...“). Drei Befunde sprechen für die Überlegenheit personalisierter und Feedback-inkludierender Mitteilungen: Die Probanden berichten, dass sie sich bei diesem Verfahren stärker persönlich angesprochen fühlen und sie unternahmen häufiger Versuche, mit dem Rauchen aufzuhören. Darüber hinaus ergab die Analyse von möglichen Moderatorvariablen, dass der Effekt auf der Wahrnehmung der Versuchspersonen beruht, dass beim Überredungsversuch ihre persönliche Situation berücksichtigt wurde.

Auf Grundlage dieser Ergebnisse unterscheidet Dijkstra zwischen drei Mechanismen, die bei der Anpassung der Mitteilung an den Empfänger wirksam werden:

- 1) *Anpassung* an die jeweiligen Charakteristiken des Empfängers und entsprechende Formulierung (die Mitteilungen sind dabei so formuliert, dass für den Empfänger/die Empfängerin nicht ersichtlich ist, dass sie angepasst wurden)

- 2) *Feedback* (expliziter Bezug: "Sie haben im Fragebogen...", vergleichend: „Verglichen mit Anderen..." oder bewertend: "Sie halten eine Verhaltensänderung für unwichtig, das ist bedauerlich.")
- 3) *Personalisierung* (Einfügen von Details, die in irgendeinem Bezug zum Empfänger/zu der Empfängerin haben; sein/ihr Vorname; das Auto, das er/sie fährt; die Zigarettenmarke; etc.)

Verantwortlich für diese Effekte scheint also die größere persönliche Relevanz zu sein. Zwei psychologische Konzepte erklären den Effekt, den persönliche Relevanz auf die Verarbeitung von Information haben kann. Das Elaboration - Likelihood Modell (Petty & Cacioppo, 1986) besagt, dass persönliche Wichtigkeit zu einer „zentralen Informationsverarbeitung“ und somit zu einer stabileren Einstellung führt, die in enger Beziehung zum Verhalten steht (Kreuter, Bull, Clark & Oswald, 1999).

Ein anderer Ansatz, nämlich das Konzept des „Selbstbezogenen Enkodierens“, macht die gleichen Vorhersagen. Demnach wird die neue Information vor dem Hintergrund bereits vorhandenen Wissens um bestimmte Aspekte des Selbst, und die eigenen Attribute und Werte verarbeitet. Somit wird auch eine Verbindung der Kernaussage der Mitteilung mit dem Selbstbild hergestellt.

## 2.6.2 Formulierung von Mitteilungen („framing“)

Unter dem „Framing“-Effekt versteht man ganz allgemein das Phänomen, dass die Darstellung desselben Problems auf zwei verschiedene, aber logisch gleichwertige Arten zu unterschiedlichen Entscheidungen und Urteilen führen kann. (Myers, 2005). In diesem Zusammenhang meint man die Formulierung von persuasiven Mitteilungen.

Es hat sich hier eine Unterscheidung zwischen gewinnbezogenen („gain-framed“) und verlustbezogenen („loss-framed“) Mitteilungen als nützlich erwiesen, da auf dieser Grundlage unterschiedliche Voraussagen in Bezug auf deren Effekte auf die Ausführung gesundheitlicher Praktiken gemacht werden können. Erstere weisen auf die Vorteile eines bestimmten Gesundheitsverhaltens hin, während letztere die Nachteile hervorheben, die das Unterlassen eines bestimmten Gesundheitsverhaltens mit sich bringt. Der Ansatzpunkt für diese Differenzierung bieten die bemerkenswerten Befunde zur Entscheidungstheorie von Tversky und Kahnemann (1981), wonach Menschen bei der Aussicht auf Gewinn eher risikoscheu, bei der Möglichkeit einer Verlustvermeidung jedoch risikofreudig sind. Dies griffen Rothman und

Salovey (1997) auf und wandten es im Kontext der Formulierung persuasiver Mitteilungen an. Es stellte sich heraus, dass verlustbezogene Mitteilungen höhere Wirkung zeigten, wenn der Effekt des Verhaltens auf die Gesundheit eher unsicher war, und gewinnbezogene Mitteilungen bei Verhaltensweisen, deren Nutzen für die Gesundheit als relativ sicher galt. Wird also ein Verhalten in Bezug auf dessen Wirkung als eher unsicher eingestuft, wirken Mitteilungen, die sich auf einen möglichen „Verlust“ bei Unterlassen des Verhaltens konzentrieren. Glaubt man, ein Verhalten bringe mit Sicherheit einen „Gewinn“ für die Gesundheit, sollte der Kern der Mitteilung auf diese Vorteile zielen.

### **Persönliche Stellungnahme**

Obwohl mir die in meinem Artikel besprochenen psychologischen Variablen (Motivation, Risikowahrnehmung, Kontrollüberzeugungen...) aus anderen Modellen der Psychologie bekannt waren, ist mir deren Bedeutung im Rahmen der Gesundheitspsychologie nicht bewusst gewesen. Der Artikel von Dijkstra und Rothman eignet sich insofern als Einführung in die sozialpsychologische Forschung von Gesundheit und Krankheit, als er einen ersten Überblick über die Faktoren und deren Beziehung zueinander liefert. Bedauerlicherweise geht das offensichtliche Bestreben, so viele relevante Faktoren wie möglich zu berücksichtigen auf Kosten einer ausführlichen Erläuterung bestimmter Themengebiete (wie das „message-tailoring“), sodass die Fülle an neu eingeführten und wenig verdeutlichten oder zumindest durch mehrere Beispiele veranschaulichten Begriffe den Leser bisweilen überfordern.

Was die inhaltliche Systematik betrifft muss man sagen, dass nicht klar nachzuvollziehen ist, weshalb hier die zwei Variablen Motivation und Selbstwirksamkeitserwartung als die zwei großen Gruppen von Einflussfaktoren beim Gesundheitsverhalten betrachtet werden. Vielmehr führen doch sowohl die Risikowahrnehmung als auch die Kontrollwahrnehmungen zunächst zur Motivation zu krankheitspräventiven Verhalten, sodass Motivation in dem Fall auf einer übergeordneten Ebene stehen müsste.

Ein Aspekt, der mich bei dieser erstmaligen Beschäftigung mit dem Thema Gesundheitspsychologie sehr überzeugt hat, ist der Umstand, dass der Begriff Gesundheit heute doch viel weiter gefasst wird als durch die bloße Abwesenheit von Krankheit. Dies ist für mich intuitiv nachvollziehbar und realistisch. Aus eigener Erfahrung kennt man die Situation, dass verschiedene Personen mit denselben körperlichen Symptomen ihren Gesundheitszustand gänzlich unterschiedlich einschätzen können. Was für eine Rolle Stress, soziale Unterstützung und

die Arzt-Patient- Kommunikation spielt, ist auch unmittelbar verständlich. Einleuchtend und sinnvoll ist daher, dass somit wichtige psychologische und sozio-kulturelle Determinanten auch bei der Therapie von Krankheiten jeder Art miteinbezogen werden, also auch die Persönlichkeitsstruktur, die Lebenssituation, das soziale Netzwerk und der kulturelle Hintergrund des Patienten bei der Therapie eine Rolle spielen müssen.

Auf der anderen Seite hatte ich den Eindruck, dass der Begriff derart weit gefasst wird (Überlappungen mit Begriffen wie Wohlbefinden, Zufriedenheit, Glück), dass man nach diesem Verständnis beispielsweise auch die zunehmende chronische Unzufriedenheit, die man in vor allem in westlichen Gesellschaften beobachten kann, als krankhaften Zustand bezeichnen könnte. Die gesellschaftlichen Implikationen eines solchen Krankheitsbildes wären wohl verheerend.

## **Literatur**

Belz-Merk, M. (1995). *Gesundheit ist Alles und alles ist Gesundheit*. Frankfurt am Main: Peter Lang Verlag

Dijkstra, A., Rothman, A. (2008). Social Psychology of Health and Illness. In L. Steg, A. Buunk & T. Rothengatter (Eds.), *Applied Social Psychology: Understanding and Managing Social Problems* (pp. 226- 248). Cambridge University Press

Herkner, W. (1991). *Sozialpsychologie*. Kösel, Kempten: Verlag Hans Huber

Knoll, N., Scholz, U. & Rieckmann, N. (2005). *Einführung in die Gesundheitspsychologie*. München: Ernst Reinhardt Verlag

Marks, D.F., Murray, M., Evans, B., Willig, C. (2000). *Health Psychology. Theory, Research and Practice*. London: Sage

Myers, D.G. (2005). *Psychologie*. Berlin: Springer Medizin Verlag

Petty, R. & Cacioppo, J.T. (1986). The Elaboration Likelihood Model Of Persuasion. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (pp.123-205). New York: Academic Press

### **3 Social Psychology and Mental Health**

*Erarbeitet von Barbara Nickel (0702148)*

Das folgende Kapitel basiert auf dem Artikel „*Social Psychology and Mental Health*“ von James E. Alcock. Sämtliche Zitate sind Sekundärzitate nach James E. Alcock.

Die Ursachen für psychologische Probleme entspringen oft aus dem sozialen Kontext, daher steht die klinische Psychologie in engem Zusammenhang mit der angewandten Sozialpsychologie. Es kann sehr sinnvoll sein, sozialpsychologische Aspekte mit klinischen zu verknüpfen, um mit den täglichen Problemen, die für viele Menschen im sozialen Kontext entstehen, besser umgehen zu können.

Die zwei Forschungsrichtungen werden trotz deutlicher Überlappungen in ihren Interessensgebieten sehr isoliert voneinander betrachtet und arbeiten auch auf diese Weise. Einerseits sind in sozialpsychologischen Forschungen nur selten relevante klinische Aspekte enthalten, andererseits ist auch das Interesse der klinischen Psychologen an den sozialpsychologischen Erkenntnissen oft nur gering.

Viele Patienten leiden darunter, über mangelnde soziale Fähigkeiten zu verfügen und in sozialen Beziehungen ständig zu versagen. Diese Probleme führen oft zu destruktivem Verhalten, Aggressionen, Medikamentenmissbrauch und im schlimmsten Fall zu Selbstmord.

Wenn Patienten mit schweren interpersonalen Problemen kämpfen, können Erkenntnisse der Sozialpsychologie den Umgang mit und das Verständnis für das Individuum und seine Probleme erleichtern.

*„Theory and basis research in social psychology provide a gold mine of information for the clinicians”*

#### **3.1 Definition von psychischen Störungen**

Oft werden alle Menschen, die psychologische oder psychiatrische Hilfe aufsuchen, als „geisteskrank“ bezeichnet. Diese Menschen sind jedoch in den meisten Fällen ziemlich durch-

schnittliche Personen mit bedrückenden Problemen. Die Probleme fallen zwar meist in den Bereich der klinischen Psychologie, sind aber kaum ein Grund für eine psychische Störung. Psychische Störung („Mental illness“) ist ein sehr vager Begriff, dessen Definition auch von sozialen und kulturellen Faktoren abhängig ist. Bei der Diagnose von psychischen Störungen spielt der Grad der Abweichung des gezeigten Verhaltens vom normalen angemessenen Verhalten eine wichtige Rolle (Freeman & Giovannoni, 1969). Generell wird „mental illness“ als schlecht angepasstes, abartiges, persönlich belastendes Verhalten definiert (Nevid, Rathus, & Greene, 1994).

Die Basis für viele Definitionen ist jedoch oft die Abweichung von sozialen Normen (Ullmann & Krasner, 1975), weil Verhalten nicht abnormal empfunden wird, wenn es der gesellschaftlichen Auffassung nach, noch im Bereich des Normalen liegt. Ein kurzes Beispiel soll veranschaulichen welchen Einfluss soziale Normen haben: ein Mann der russisches Roulette spielt verhält sich ganz klar unangemessen und selbstzerstörerisch genauso wie ein Raucher, der durch den Nikotinkonsum seine Gesundheit aufs Spiel setzt. Es wird jedoch der Roulette-Spieler verdächtigt, psychische und emotionale Probleme zu haben und nicht der Raucher. Rauchen wird nämlich in den meisten Gesellschaften als normales Verhalten akzeptiert.

Sogar bei der Diagnose von Schizophrenie und anderen psychischen Erkrankungen, die unter anderem auf genetischen Faktoren beruhen, wird oft abweichendes Verhalten als Anhaltspunkt verwendet. In verschiedenen Gesellschaften werden Abnormalität und Normalität jedoch anders definiert. In einer fundamentalen christlichen Gemeinschaft werden beispielsweise Leute bewundert, denen ein Engel oder Jesus erschienen ist. Außenstehende werden diese Erscheinungen jedoch als Halluzinationen deuten, die vielleicht auf eine Psychose hinweisen.

### **3.2 Psychische Störungen und interkulturelle Faktoren**

Sozialpsychologische Erhebungen der interkulturellen Unterschiede in Bezug darauf, was als psychische Störung beurteilt wird, erleichtern es psychologische Störungen in der eigenen Gesellschaft zu definieren und diese gezielt von bloßen Abweichungen von den Gesellschaftsnormen abzugrenzen.

Als Beispiel für die Wichtigkeit kulturell bedingter Einflussfaktoren eignet sich anorexia nervosa. Dabei handelt es sich um eine Störung, die nur sehr selten außerhalb der westlichen Länder auftritt und mit gesellschaftlich definierten Vorstellungen von Schönheit und Attraktivität einhergeht. Kulturelle Aspekte spielen hierbei also eine wichtige Rolle.

Auch Depression äußert sich in verschiedenen Kulturen unterschiedlich. In asiatischen Kulturen werden nicht die gleichen Gefühle mit Depression in Verbindung gebracht wie in Europa und Nordamerika (Argyle, 1992). Nach Marsella (1980) brauchen Menschen jüdisch-christliche Auffassungen von Schuld und Sünde um im westlichen Sinne depressiv zu sein.

Ob Personen mit psychischen Störungen in einer Gesellschaft akzeptiert oder abgelehnt werden, hängt von der Einstellung gegenüber psychischen Störungen, besonders gegenüber schweren Störungen wie Schizophrenie, ab (Szasz, 1961). Nach Jenkins und Karno (1992) löst die Assoziation unterschiedlicher Begriffe zu einer Krankheit unterschiedliches Verhalten den Patienten gegenüber aus. Wenn Schizophrenie als heilbare, kurzzeitige Krankheit angesehen wird, die jeden treffen könnte, dann begegnet man schizophrenen Personen ermutigender und unterstützender. Diese lockere Zuschreibung könnte aber auch negative Folgen haben, da die Krankheit schlechter behandelt werden könnte wenn sie weniger ernst genommen wird.

Klinische PsychologInnen sollten sich den interkulturellen Unterschieden und kulturellen Einflussfaktoren bewusst sein, um Patienten aus anderen Kulturen und deren Problem besser zu verstehen. Ein Beispiel soll dies kurz veranschaulichen: ein Mann aus einem Land, in dem Hochzeiten schon in der Kindheit von den Eltern arrangiert werden, hat Probleme in seinem neuen Heimatland Kontakte mit Frauen zu knüpfen. Ein/e Psychologe/in der/die kulturelle Unterschiede und Hintergründe kennt, wird das Problem schneller erkennen und nicht nach anderen komplizierten Problemen suchen.

Die angewandte Sozialpsychologie hilft dem/der klinischen Psychologen/in die Rolle der kulturellen Faktoren bei psychischen Krankheiten zu erkennen (Kagitcibasi & Berry, 1989).

### **3.3 Psychosozialer Stress und psychische Verfassung**

Die Untersuchung und Erforschung sozialen Verhaltens ist deshalb besonders wichtig, weil viele psychische Probleme aus sozialen Interaktionen oder aus dem Fehlen sozialer Kontakte resultieren. Das Verständnis für soziale und gesellschaftliche Probleme ermöglicht die Entwicklung von Methoden, die den betroffenen Personen helfen, mit ihren Problemen umzugehen. Holmes und Rahe (1967) haben eine Skala entwickelt, die erheben sollte, wie viele „life events“ (= einschneidende Ereignisse) Personen erlebt haben. Es wurden fast ausschließlich Ereignisse angegeben, die mit zwischenmenschlichen Beziehungen in Verbindung stehen (z.B.: Tod des Partners, Scheidung, Jobverlust, Pensionierung, Hochzeit...). Es ist jedoch nicht sicher, ob soziale Beziehungen psychisches Wohlbefinden bedingen. Es könnte sein,

dass emotional gesunde Menschen beziehungsfähiger oder in Beziehungen erfolgreicher sind. Sicher ist jedenfalls, dass der Abbruch sozialer Beziehungen bei den meisten Menschen Probleme hervorruft, die gegebenenfalls klinische Interventionen notwendig machen.

Es wurde bereits erforscht, bis zu welchem Grad man Personen durch soziale Unterstützung vor negativen Folgen ihrer psychischen Belastung schützen kann. Zum Beispiel erkannte man, dass verheiratete Personen psychologisch und physiologisch gesünder sind (Burman & Margolin, 1992; Lee, Seccombe & Shehan, 1991). Geschiedene, getrennte oder verwitwete Personen sind anfälliger für Depressionen und andere psychische Störungen. Soziale Unterstützung in und durch eheliche Beziehungen, sowie durch Freunde und Familie, schützen ein Individuum in gewisser Weise vor verschiedenen Stressoren, die ohne diese Unterstützung schwerwiegendere Probleme auslösen könnten (Cohen & Wills, 1985).

Soziale Unterstützung reduziert psychische Belastungen, steigert das Selbstvertrauen und den Selbstwert, löst positive Gefühle aus, vermindert Angst und Depression und führt dazu, dass Personen externe Stressoren als weniger erdrückend und belastend wahrnehmen (Argyle, 1988). Probleme werden realistischer interpretiert, wenn man mit Familienmitgliedern und/oder Freunden darüber sprechen kann. Das Gefühl, dass man mit seinem Problem nicht allein ist, dass jemand zuhört und sich jemand um einen kümmert, reduziert den Druck, der durch das Problem entstanden ist. Ein gut funktionierendes soziales Netzwerk dämpft sogar physiologische Stressreaktionen (Uchino, Kiecolt-Glaser, & Cacioppo, 1992) und trägt zur Verringerung des Krankheits- und Todesrisikos bei (Blazer, 1982, Monore & Steiner, 1986).

### **3.4 Psychotherapie als sozialpsychologisches Ereignis**

Psychotherapie wird als sozialpsychologisches Ereignis bezeichnet, weil ein ständiger Ideenaustausch zwischen Therapeut/in und Klienten/in stattfindet, wobei der/die Therapeut/in beabsichtigt, die Einstellungen, Meinungen und das Verhalten des/der Klienten/in zu beeinflussen, um in weiterer Folge sein/ihr psychologisches Wohlbefinden zu verbessern. Soziale Einflussnahme spielt in therapeutischen Interaktionen eine wichtige Rolle, weshalb sich TherapeutInnen unbedingt sozialpsychologisches Wissen aneignen sollten.

Im Folgenden werden zwei sozialpsychologische Modelle über den therapeutischen Austausch und die therapeutische Interaktion angeführt und erklärt.

### 3.4.1 Das Interpersonale Einfluss- Modell

Grundsätzlich wird davon ausgegangen, dass der/die Therapeut/in über eine gewisse Macht in der therapeutischen Beziehung mit dem/der Patient/in verfügt. Genau diese Beziehung ermöglicht es ihm/ihr den/die Patienten/in zu beeinflussen.

Es werden verschiedene Typen der Macht unterschieden.

Therapeuten/innen verfügen über „expert power“ (= Expertenmacht), da die Klienten erwarten, dass der/die Therapeut/in entsprechend ausgebildet ist und dementsprechend mit psychologischen Problemen umgehen kann. Expertenmacht ist nur dann wirksam, wenn der/die zu Beeinflussende glaubt, dass der/die Therapeut/in mehr Kenntnisse und Fertigkeiten in diesem Bereich besitzt als er/sie selbst.

Eine andere relevante Art der Macht wird als „referent power“ (= Referenzmacht) bezeichnet. Diese wirkt jedoch nur solange der/die Beeinflusser/in mit Sympathie und Respekt identifiziert wird.

„Informational power“ (= Informationsmacht) entsteht durch die Annahme des zu Beeinflussenden, dass der/die Beeinflusser/in über Wissen und Information verfügt. Dem/der Therapeuten/in wird also Einfühlungsvermögen für psychologische Probleme zugeschrieben und es wird angenommen, dass er/sie über spezifisches Wissen verfügt.

Zwei weitere Machttypen sind „reward power“ und „coercive power“. Beim ersten Typ handelt es sich um die Macht, Belohnungen zu verteilen, also den Klienten zu verstärken, wobei es sich beim zweiten Typ genau gegenteilig um die Macht, Bestrafungen auszusprechen, handelt.

Der/die Therapeut/in kann den/die Patient/in nun auf zwei verschiedene Arten beeinflussen:

- Beeinflussung durch das Auslösen von kognitiver Dissonanz: Wenn der/die Therapeut/in seine/ihre Sicht des Problems oder der Situation in der sich der/die Patient/in befindet, äußert, die nicht der Ansicht des/der Patienten/in entspricht, wird kognitive Dissonanz ausgelöst. Dissonanz besteht dann zwischen den zwei Kognitionen: „Ich respektiere den Therapeuten/ die Therapeutin und seine/ihre Ansichten“ und „Die Ansicht des Therapeuten/der Therapeutin widerspricht meiner Ansicht“. Diese Dissonanz wird unangenehm erlebt und der/die Patient/in ist bemüht sie zu verringern, indem er/sie entweder beginnt, an den Fähigkeiten des/der Therapeuten/in zu zweifeln, oder indem er/sie seine/ihre Sicht der Dinge an die des/der Therapeuten/in anpasst.

Meistens fällt es den PatientInnen leichter die eigene Meinung anzupassen, als dem/der Therapeuten/in zu widersprechen. Nachdem eine Einstellungsänderung beim

Patienten/ bei der Patientin erfolgt ist, kann auch sein/ihr Verhalten in die gewünschte Richtung gelenkt und seine/ihre Problemsituation dadurch verbessert werden.

- Einstellungsänderung durch Verhaltensänderung:

Therapeuten/innen können den Patienten/innen gewisse Verhaltensänderungen im Alltag empfehlen, und wenn diese Verhaltensänderungen tatsächlich umgesetzt werden, kommt es zu einer Diskrepanz zwischen dem eigenen Verhalten und den eigenen Einstellungen bei den Patienten/innen. Daher wird anschließend die Einstellung dem Verhalten angepasst, was bedeutet, dass der Verhaltensänderung eine Einstellungsänderung folgt (Zimbardo & Leippe, 1991). Ein Beispiel sollte diesen Vorgang kurz veranschaulichen: einem Jugendlichen fällt es besonders schwer Mädchen zu einem Date einzuladen. Er glaubt seine Unattraktivität wäre der Grund für die vielen Abfuhrer. Dann nimmt er an einem Trainingsprogramm für soziale Fähigkeiten teil und sammelt Erfahrungen in Rollenspielen. Durch die ersten Erfolge, die er beim Erproben der neu erlernten Verhaltensweisen erlebt, steigt sein Selbstvertrauen und seine Einstellung ändert sich, denn er weiß jetzt, dass er attraktiv und liebenswert ist.

### **3.4.2 Theorie des sozialen Austausches**

Die Theorie des sozialen Austausches besagt, dass Menschen in sozialen Beziehungen nach maximalem Profit und minimalem Verlust streben. In sozialen Interaktionen wird kein Geld und Gut ausgetauscht, sondern soziale Anerkennung, Freundschaft, Liebe und Verständnis. Kosten entstehen durch die Investition von Zeit und Energie in Beziehungen und beinhalten auch negative Gefühle, die durch den sozialen Austausch ausgelöst werden.

Das Modell geht von der Grundannahme aus, dass Beziehungen mit einer größeren Wahrscheinlichkeit über längere Zeit bestehen können, wenn die Gewinne hoch und die Kosten niedrig sind. Es ist jedoch eine Tatsache, dass viele Menschen an unprofitablen Beziehungen festhalten. Dies könnte an den mangelnden Alternativen liegen. Will man z.B. nicht einsam sein, wird man einen „schlechten“ Freund vorziehen, anstatt gar keinen Freund zu haben.

Dieses Modell ist auch in therapeutischen Beziehungen und Interaktionen von Bedeutung. Erlebt der/die Patient/in die Therapie als gewinnbringend und sinnvoll, wird er/sie bemerken, dass es sich lohnt Zeit und Geld in die Therapie zu investieren und die Vorschläge des/der Therapeuten/in umzusetzen. Als Belohnung bringt ihm der/die Therapeut/in Anerkennung, Interesse, Mitgefühl und Einfühlung in die Problematik entgegen. Als Kosten kann man so-

wohl die Finanzierung der Therapie bezeichnen, als auch den emotionalen Druck, der durch das Aufarbeiten des Problems in der Therapie entsteht.

Der/die Therapeut/in profitiert nicht nur finanziell in Form des Lohnes von dieser therapeutischen Beziehung. Die Fortschritte der Patienten, die durch seine Hilfestellungen ermöglicht wurden, lösen Zufriedenheit aus und steigern das Vertrauen in die eigenen Kompetenzen. Die Kosten für den/die Therapeuten/in sind ebenso Zeit und Energie, die er/sie in die Therapie investiert. Außerdem kommen noch Frustration und Enttäuschung hinzu, wenn der/die Patient/in nicht wie erwünscht mitarbeitet. Auch die therapeutische Beziehung geht in die Brüche sobald jemand unter den immensen Kosten leidet und daher der soziale Austausch nicht mehr ausgeglichen ist.

Die Forschungsergebnisse der angewandten Sozialpsychologie leisten einen wichtigen Beitrag, wenn es um das bessere Verständnis von therapeutischen Beziehungen und deren Verbesserungen geht.

### **3.5 Relevante sozialpsychologische Faktoren für das Verstehen von psychischen Störungen**

Im folgenden Abschnitt werden einige Forschungsinhalte und Theorien der Sozialpsychologie und deren Beitrag zur Verbesserung psychischer Störungen und Probleme angeführt.

#### **3.5.1 Soziale Wahrnehmung und soziale Erkenntnis (Social Perception and Social Cognition)**

Die Art und Weise wie wir die Welt um uns herum und uns selbst wahrnehmen, beeinflusst unser Selbstvertrauen maßgeblich. Das eigene Wissen über die Welt und über sich selbst wird in Kategorien und Schemata abgespeichert. So ein Schema setzt sich aus verschiedenen Informationen und Meinungen über verschiedene Dinge, Menschen, Ereignisse und Abläufe, zusammen.

Je nach Inhalt und Zusammensetzung dieser Schemata wird die Art, wie wir Dinge erleben und wie wir uns an vergangene Dinge erinnern, beeinflusst. Sind die eigenen Schemata in irgendeiner Weise fehlerhaft, kommt es zu einer verzerrten Realitätsinterpretation.

Menschen die an mangelndem Selbstvertrauen leiden, neigen eher dazu, ungeeignete Schemata von bestimmten Ereignissen zu entwickeln. Ein sogenanntes „event schema“ (= Ereignis-

Schema) bezieht sich darauf, was eine Person von einer bestimmten Situation erwartet und wie sie handeln wird. Auch die Schemata die wir anderen gegenüber haben, können unsere eigene Selbstwahrnehmung beeinflussen. Ein Junge kann seinen Vater beispielsweise als mächtig und verehrens-wert erleben und sich deshalb ihm gegenüber minderwertig fühlen. Wenn es dem Jungen jedoch gelingt das Schema von seinem Vater zu ändern, so dass es eher der Realität entspricht, wird sich seine eigene Selbstwahrnehmung ändern und er wird sich nicht mehr als Versager fühlen.

### **3.5.2 Die Attributionstheorie**

Warum ist das so gelaufen? Warum hat er/sie das getan? Wir suchen ständig nach Gründen für bestimmte Ereignisse, doch es gibt viele verschiedene Wege ein Ereignis zu interpretieren (z.B.: viele Gründe warum ich nicht zu einer Geburtstagsparty eingeladen wurde).

Die Art der Attributionsprozesse, die angewendet werden, ist ausschlaggebend für das eigene Selbstschema und Selbstvertrauen und beeinflusst das eigene Wohlbefinden (führt man z.B. alle Ereignisse auf böse Absichten der Mitmenschen zurück, wird man ständig verärgert sein). Die Attributionstheorie stellt im Rahmen der Sozialpsychologie ein wichtiges Forschungsfeld dar. Genaue Beobachtungen in welcher Weise die Ursachenzuschreibung bei Individuen abläuft, liefern viele wichtige Informationen zur besseren Einsicht in psychologische Probleme und deren Lösung.

In der Psychotherapie ist es möglich den Menschen zu helfen ihre fehlerhaften Ursachenzuschreibungen zu ändern. Adäquate Ursachenzuschreibungen tragen maßgeblich zur Verbesserung des Selbstvertrauens, des eigenen Selbstverständnisses und des emotionalen Wohlbefindens bei.

### **3.5.3 Kommunikation**

Kommunikation ist ein unglaublich wichtiges Element in guten sozialen Beziehungen und Interaktionen. Mangelhafte Kommunikation sowie Kommunikationsfähigkeit kann in jeder Art von menschlicher Beziehung zu groben Missverständnissen führen. Auch in der Beziehung zwischen Therapeut/in und Klient/in spielt Kommunikation eine wichtige Rolle.

Die Forschungsergebnisse zu verbaler und nonverbaler Kommunikation bieten dem/der Therapeuten/in viele Möglichkeiten, den Klienten/innen wichtige Kommunikationsregeln beizubringen, um deren Interaktionen in sozialen Beziehungen zu verbessern. Besonders die Wichtigkeit der nonverbalen Kommunikation wird oft unterschätzt. Wir sind uns z.B. oft nicht be-

wusst, dass wir zweideutige Mitteilungen senden, die von unserem Gegenüber falsch interpretiert werden. Stimme, Tonhöhe und Lautstärke, tragen ebenso ihren Teil zur Bedeutung eines Satzes oder Wortes bei wie die begleitende Mimik und Gestik. Zusammenfassend kann man sagen, dass Kommunikation sowohl Auslöser als auch Lösung für zwischenmenschliche Konflikte sein kann.

### **3.5.4 Konflikte und Konfliktlösungen**

Viele der zahlreichen sozialpsychologischen Forschungsergebnisse zu diesem Thema können erfolgreich in der klinischen Psychologie angewendet werden, denn interpersonale Konflikte sind häufig Auslöser von ernsthaften emotionalen und psychischen Problemen.

Viele Paare suchen eine Paartherapie auf, weil sie schlechte Vereinbarungen haben, was das gleiche Mitsprache- und Mitbestimmungsrecht betrifft (z.B. wer bestimmt wo man den gemeinsamen Urlaub verbringt) und weil sie nur über mangelnde Fähigkeiten für effektives Konfliktmanagement verfügen.

Sozialpsychologische Inhalte zu diesem Thema sind auch in den praktischen Anwendungsfeldern bei der Suche nach Lösungsmöglichkeiten sehr hilfreich.

#### **Persönliche Stellungnahme**

Ehrlich gesagt habe ich mir anfangs nicht all zu viel von diesem Artikel erwartet, da das Thema mein Interesse nicht sofort wecken konnte. Obwohl ich nicht mit vielen neuen Informationen gerechnet habe, war ich beim Erarbeiten dieser Arbeit doch erstaunt, wie mein Interesse deutlich stieg und ich von den Erkenntnissen und wichtigen Beiträgen der angewandten Sozialpsychologie gefesselt war.

Grundsätzlich gibt der Artikel einen guten Überblick über dieses doch sehr breit gefächerte Thema. Es handelt sich ja um eine eher theoretische Einführung, die jedoch immer wieder mit Beispielen aufgelockert wird, die die vielen theoretischen Ansätze und Modelle doch etwas anschaulicher darstellen. Manchmal sind die Beispiele trivial, aber doch genial, weil sie einen komplizierten theoretischen Schachtelsatz so kurz und prägnant auf den Punkt bringen. Außerdem liefern sie Denkanstöße, die mich immer wieder zur Suche nach neuen zusätzlichen Beispielen angeregt haben.

Besonders die erläuterten Aspekte des psychosozialen Stresses haben mich dazu verleitet auch über meine eigene Situation, meine Stressfaktoren, mein soziales Netz und über die Lebenssituationen der Menschen aus meinem Umfeld nachzudenken. Es ist jedoch schade, dass einige interessante Themen nur kurz und eher oberflächlich angeschnitten werden. Da mein zu bearbeitender Teil generell eher eine theoretische Einführung ist und nur den halben Artikel umfasste, ist es aber auch verständlich, dass nicht alles ausführlichst erläutert wurde.

Generell war der Artikel übersichtlich aufgebaut und gut strukturiert. Nur die letzten Punkte zum Thema „social psychological factors relevant to an understanding of psychological problems“ sind äußerst kurz gehalten und nicht besonders informativ.

Auf das Thema Psychotherapie geht der Artikel auch nur sehr kurz ein, wobei die Modelle der therapeutischen Interaktion eher im Vordergrund stehen. Die erwähnten Modelle waren mir jedoch schon bekannt und leider beinhaltet der Text keine neuen wirklich interessanten Aspekte und Informationen zu diesem doch sehr interessanten und vielfältigen Thema. Leider werden generell im ersten Abschnitt des Studiums nur sehr selten Forschungsergebnisse und Inhalte im Zusammenhang mit interessanten Anwendungsbereichen (wie z.B. Psychotherapie) erwähnt.

Am Schluss möchte ich auch noch kurz anmerken, dass ich beim Durcharbeiten dieses wissenschaftlichen Artikels regelrecht von der englischen Sprache und Ausdrucksweise fasziniert war. Komplizierte Theorien werden kurz und prägnant mit teilweise sehr einfachen Wörtern auf den Punkt gebracht... Im Deutschen hingegen müssen die Sätze aufwendig umformuliert und ausgeschmückt werden, um nur annähernd dieselbe Aussagekraft zu erlangen.

## Literatur

Alcock, J. E. (1997). Social Psychology and Mental Health. In S. W. Sadava & D. R. McCreary (Eds.), *Applied Social Psychology* (S.113-135). Upper Saddle River: Prentice-Hall.

Aronson, E., Wilson, T. D. & Akert, R. M. (2004). *Sozialpsychologie* (4. Aufl.). München: Pearson Studium.

Buunk, A. P. & Dijkstra, P. (2008). Social Psychology and Mental Health. In L. Steg, A. P. Buunk & T. Rothengatter (Eds.), *Applied Social Psychology: Understanding and Managing Social Problems* (S. 249-270). Cambridge: Cambridge Univ. Press.

Friedrich, M. H. (2004). *Die Opfer der Rosenkriege. Kinder und die Trennung ihrer Eltern*. Wien: Ueberreuter.

Nuber, U. (2006). *Depression. Die verkannte Krankheit* (4. Aufl.). München: Kreuz Verlag.