

Kognitive Grundlagentheorien des Gesundheitsverhaltens

Haisch, Jochen

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Haisch, J. (1997). Kognitive Grundlagentheorien des Gesundheitsverhaltens. *Journal für Psychologie*, 5(3), 22-33.
<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-29093>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Zusammenfassung

Angesichts einer immer wieder aufgestellten Forderung nach komplexen Theorien des Gesundheitsverhaltens wird zunächst auf eine Klassifikation von sechzehn Theoriengruppen zum gesundheitsbezogenen Entscheidungsverhalten durch McGuire (1989) verwiesen. Für bevölkerungsbezogene Interventionen hat sich darüber hinaus die von Tversky & Kahneman (1981) entwickelte »prospect theory« als recht vielversprechend erwiesen. Im vorliegenden Artikel wird daher versucht, die Klassifikation einschlägiger Theoriengruppen zum Gesundheitsverhalten mit Hilfe der prospect theory zu erklären. Es ergibt sich daraus eine kognitive Rahmentheorie zum Gesundheitsverhalten, die einerseits die Grundlagentheorien integriert und andererseits die Anwendungsbedingungen der Grundlagentheorien modifiziert.

EINFÜHRUNG

Umfassende und kompetente Übersichtsarbeiten zu den kognitiven Grundlagentheorien des Gesundheitsverhaltens sind in jüngster Zeit veröffentlicht worden (zum Beispiel Schwarzer 1992; Weber 1994; Stroebe & Stroebe 1995). Ich will diesen überzeugenden Reviews kein neues hinzufügen, zumal es sich dabei im wesentlichen um die Wiederholung bekannter Grundlagen- und angewandter Theorien handeln würde. Neuerungen sind auf dem Gebiet der kognitiven Theorien zum Gesundheitsverhalten eher selten (für Ausnahmen siehe Eiser 1996; Schulz-Hardt & Frey 1997) und beziehen sich meist nur auf die unspezifische Hoffnung auf eine komplexe Theorie des Gesundheitsverhaltens (beispielsweise Schwarzer 1992; Faltermaier 1994).

Nach den vorliegenden Übersichtsarbeiten dürfte die überragende Bedeutung der Kognitionen für gesundheitsrelevantes Handeln ohnedies ganz unstrittig sein. Ich will daher zunächst anhand individueller Entscheidun-

gen für oder gegen gesundheitsförderliches Verhalten die Bedeutung kognitiver Prozesse noch einmal veranschaulichen (vergleiche Eiser 1983). Derartige individuelle Entscheidungen bestimmen auch über die Wirksamkeit bevölkerungsbezogener Maßnahmen zur Gesundheitsförderung (Haisch, Weitkunat & Kessler 1997). Mit Hilfe einer Klassifikation einschlägiger kognitiver Theoriengruppen auf der Grundlage individueller Entscheidungsvariablen (McGuire 1989; Tversky & Kahneman 1981) werde ich dann einen Vorschlag zur Theorienintegration und Entwicklung eines komplexen Theorieansatzes zum Gesundheits- und Krankheitsverhalten machen.

ENTSCHEIDUNGSPROZESSE ZUM GESUNDHEITSVERHALTEN

Um die kognitiven Variablen des Gesundheits- und Krankheitsverhaltens anschaulich zu gruppieren, bietet sich eine von McGuire entwickelte Eingabe/Ausgabe-Matrix an (McGuire 1989).

Unter Eingabe werden diejenigen Variablen aufgelistet, die auf der objektiven Seite einer individuellen Entscheidung beobachtbar sind und mit der Information, die eine Entscheidung bedingen soll, im Zusammenhang stehen. Diese sind die Quelle einer Information, der Inhalt einer Information, der Informationskanal, der Empfänger der Information und die mit der Information verfolgte Absicht. Unter den Ausgabevariablen sind subjektive Reaktionsweisen zusammengefaßt, die die Wirkungsweise der objektiven Variablen modifizieren. Dazu zählt das Ausmaß, in dem man sich der Information aussetzen will, auf sie achtet, sich für sie interessiert und sie versteht; das Ausmaß, in dem man sich der Information entsprechend verhalten will und kann; das Ausmaß, in dem die Information im Gedächtnis gespeichert, gesucht und wiedergefunden wird, das Ausmaß, in dem man

sich entsprechend der gespeicherten Information entscheiden und verhalten will; und schließlich das Ausmaß, in dem die erwünschten Verhaltensweisen verstärkt werden und sich konsolidieren können.

Anhand der Entscheidung eines Krebspatienten im finalen Krankheitsstadium, sich nicht an die ärztlichen Ratschläge zu halten, können diese Eingabe- und Ausgabe-Variablen illustriert werden. Der inzwischen verstorbene Patient hatte vor 5 Jahren die Diagnose eines Rectum-Karzinoms gestellt bekommen. Durch kurative operative Therapie sei er dem Tod noch einmal von der Schippe gesprungen, glaubte er. Seitdem lebte er nach eigenen Angaben bewußter. Dann trat plötzlich eine Gelbfärbung der Haut auf. Beim stationären Aufenthalt wurde die Verdachtsdiagnose Pankreas-Tumor im fortgeschrittenen Stadium histologisch gesichert. Der Patient wurde aufgeklärt, daß eine kurative Therapie nicht mehr möglich sei. Eine eventuelle Chemotherapie habe noch keine wissenschaftlich gesicherte Lebensverlängerung gezeigt. Der Patient wollte daraufhin zunächst seinen Hausarzt konsultieren.

Eine Woche später wurde er erneut stationär aufgenommen mit dem Wunsch, die Chemotherapie durchführen zu lassen. Sein Hausarzt habe ihn darüber aufgeklärt, daß er höchstens noch sechs Monate zu leben habe. Nach den ersten Stößen der Chemotherapie verschlechtert sich der Zustand des Patienten zusehends. Auch der Patient sieht eine Verschlechterung seiner Lebensqualität seit dem Beginn der Therapie. Da die Chemotherapie seinen Körper so stark schwächt, mußte sie auch gegen den Krebs wirken, folgert er. Die bisher beliebten langen Spaziergänge waren dem Patienten von einem Tag auf den anderen nicht mehr möglich. Seine große Hoffnung sei die Chemotherapie, betont er immer wieder. Als die Chemotherapie wegen fulminanter Progredienz des Tumors abgebrochen werden soll, droht der Patient mit Selbstmord. Die

Chemotherapie wird entgegen ärztlichem Rat fortgesetzt, und der Patient verstirbt drei Wochen später.

Dem Patienten standen zunächst unterschiedlich vertrauenswürdige Informationsquellen (Klinikärzte, Hausarzt) zur Verfügung, die ihn allerdings gleichlautend hinsichtlich seiner Überlebenschancen unterrichteten. Die ärztliche Mitteilung eines Tumors, bei dem eine kurative Therapie nicht mehr möglich sei, wurde ausführlich und wiederholt dem Patienten gegenüber gemacht. Diese Mitteilung erfolgte in verschiedenen situativen Zusammenhängen, einmal in der Klinik durch eine Gruppe von Ärzten, einmal in der hausärztlichen Praxis. Der Patient als Empfänger der ärztlichen Information hat diese aufnehmen und verstehen können, die kurz- wie die längerfristigen Folgen der Information sind dem Patienten klargemacht worden. Dennoch wünscht der Patient die Chemotherapie und nach deren offenkundigem Mißerfolg sogar ihre Fortsetzung. Die individuellen Reaktionsweisen des Patienten auf die ärztliche Information sind dafür verantwortlich:

Durch ein bedrohliches Krankheitssymptom gezwungen, setzt sich der Patient aufmerksam und interessiert der ärztlichen Information aus und versteht sie. Hat er aber die Fähigkeit, die Information in Verhalten umzusetzen? Dazu müßte er gelernt haben, sich auf seinen nahen Tod einzurichten.

Ärztliche Information steht ihm dazu jedenfalls nicht zur Verfügung. Die Abspeicherung und das Abrufen der Information aus dem Gedächtnis dürfte daher beim Patienten unter dem Blickwinkel geschehen, daß er sich auf seinen nahen Tod nicht eingestellt hat und daß er deshalb Information über (vage) Überlebenschancen einseitig bevorzugt und sich aufgrund dessen auch einseitig entscheidet und verhält. Wegen des Ausbleibens der positiven Folgen seiner Entscheidung wird der Patient nur noch einseitig die ärztlichen Informationen verarbeiten. Solche Entscheidungsprozesse zum Ge-

Konsistenz	Kategorisierung	Autonomie	Problemlösung
Erkenntnis	Schlußfolgerung	Stimulation	Überzeugung
Spannungsreduktion	Ich-Stärke	Anspruch	Identität
Expressive	Wiederholung	Empathie	Imitation

Tabelle 1: Klassifikation Kognitiver Theorien zum Gesundheits- und Krankheitsverhalten
 (Nach Mc Guire 1989, S. 54)

sundheits- und Krankheitsverhalten (und ihr Variantenreichtum) lassen sich aufgrund einer ganzen Reihe unterschiedlicher kognitiver Theorien erklären und vorhersagen. McGuire (1989) hat dazu eine zusammenfassende Übersicht erstellt, die auch die entscheidenden kognitiven Theorien umfaßt. Sie klassifiziert die einschlägigen Theorien anhand von vier Dimensionen (1) Stabilität versus Veränderung (strebt eine Person nach Homöostase oder nach Fortentwicklung); (2) aktive versus reaktive Handlungsinitiierung (handelt eine Person aktiv auf interne Vorgänge oder reaktiv auf externe Kräfte hin); (3) Kognition versus Emotion (geht es um gefühlsmäßige oder kognitive Zustände) und (4) internale versus externale Orientierung (wird eine Handlung wegen eines befriedigenden internalen oder wegen eines befriedigenden Zustandes im Verhältnis zur Umwelt durchgeführt).

Wendet man diese Klassifikation auf das Fallbeispiel an, dann ist das Verhalten des Patienten eher auf Stabilität ausgerichtet, stellt eher eine aktive Handlungsinitiierung dar, ist eher um Kognitionen zentriert und hat eher eine internale Orientierung. Zur Erklärung dieses Patientenverhaltens wären nach dem Ordnungsschema von McGuire Konsistenztheorien (wie etwa die Dissonanztheorie, Festinger 1957) heranzuziehen. Danach wäre die einseitige Informationsverarbeitung des Patienten als Prozeß der Dissonanzreduktion zu verstehen. Auf ähnliche Weise erlaubt es das Schema von McGuire (1989), sechzehn Theoriengruppen zur Erklärung und Prognose von Gesundheits- und Krankheitsverhalten zu klassifizieren.

Würde beispielsweise das Verhalten des Patienten aus dem Fallbeispiel anders verstanden werden, etwa als ein auf Stabilität ausgerichtetes Verhalten, das reaktiv auf äußere Kräfte (Diagnose des Arztes) erfolgt, kognitive Inhalte hat und um eine internale Orientierung zentriert ist, dann wäre laut

McGuires Schema die Theoriengruppe zur Wahrnehmungskategorisierung (zum Beispiel Bruner 1957) einschlägig, wonach nachfolgende Wahrnehmungen an zuvor existierende Wahrnehmungen »hypothesen« angepaßt werden.

Die in Tabelle 1 zusammengefaßten Theoriengruppen (unter jeder Gruppe sind also mehrere Einzeltheorien wiederum zusammengefaßt) zur Erklärung und Prognose von Gesundheits- und Krankheitsverhalten lassen sich mit McGuire (1989) folgendermaßen kurz charakterisieren:

Konsistenz-Theorien betrachten Kognitionen des Individuums als untereinander stark verwoben und unterstellen, daß sich das Individuum um interne Konsistenz der Kognitionen bemüht, indem es Diskrepanzen vermeidet oder reduziert (zum Beispiel Festinger 1957).

Kategorisierungs-Theorien gehen davon aus, daß sich das Individuum angesichts eines Reiz-Überangebotes die Orientierung ermöglicht, indem es neue Information vor dem Hintergrund vorher existierender kognitiver Kategorien sortiert (zum Beispiel Asch 1946).

Erkenntnis-Theorien gehen davon aus, daß das Individuum durch unerwartete und unerklärliche Ereignisse irritiert wird, weshalb es sich bemüht, Erklärungen zu konstruieren, die das Ereignis einschließen (zum Beispiel Kelley 1967).

Schlußfolgerungs-Theorien nehmen an, daß das individuelle Bedürfnis nach Erklärung nur aufgrund eines äußeren Drucks entsteht, einen Vorgang erklären zu müssen (zum Beispiel Festinger 1954).

Autonomie-Theorien betonen das individuelle Bedürfnis nach Freiheit bei der Bestimmung des eigenen Schicksals und der eigenen Umgebung (zum Beispiel Brehm 1966).

Problemlösungs-Theorien betrachten die Person als Problemlöser, der seine Probleme mit dem Ziel der bestmöglichen Verwirklichung seiner persönlichen Ziele löst und aus der Nutzung und Optimierung seiner Fähigkeiten Befriedigung erhält (zum Beispiel Ajzen & Fishbein 1980).

Stimulations-Theorien sehen das Individuum als stimulationsdurstigen Neugierstlicher, der von seiner Neugier nach neuen Erlebnissen angetrieben wird (zum Beispiel Berlyne 1967).

Überzeugungs-Theorien nehmen an, daß das Individuum sich selbst und seine Umgebung so manipuliert, daß beide seinem bevorzugten Weltbild entsprechen (zum Beispiel Abelson 1976).

Spannungsreduktions-Theorien unterstellen, daß Spannungsreduktion belohnend wirkt und Triebreduktion die grundlegende positive Verstärkung ist (zum Beispiel Miller & Dollard 1941).

Theorien zur Ich-Stärke behaupten eine Verzerrung der Aufmerksamkeit, der Wahrnehmung und der Phantasie, um ein positives Selbstbild und die Selbstachtung zu erhalten (zum Beispiel Adorno, Frenkel-Brunswick, Levinson & Sanford 1950).

Expressive Theorien betonen den belohnenden Aspekt körperlicher Aktivität, von riskantem Verhalten und des Auslebens verschiedener Facetten der Person (zum Beispiel Geen & Quanty 1977).

Wiederholungs-Theorien argumentieren, daß ein vergangenes Verhalten aktuell wiederholt wird, vor allem, wenn es sich um ähnliche Situationen handelt und wenn das frühere Verhalten belohnt worden ist (zum Beispiel Skinner 1938).

Anspruchs-Theorien heben die macht- und leistungsorientierten Aspekte von Personen

hervor, die nach Erfolg und Anerkennung streben (zum Beispiel McClelland 1975).

Identitäts-Theorien betonen das individuelle Bedürfnis nach Herstellung und Entwicklung einer eigenen Identität, nach originären Gedanken, Gefühlen und Handlungen (zum Beispiel Newcomb 1959).

Empathie-Theorien konzentrieren sich auf das Bedürfnis nach Zuneigung, das sich grundlegend im Bedürfnis nach menschlicher Nähe zeigt (zum Beispiel Berscheid & Walster 1974).

Imitations-Theorien betonen die Bereitschaft zur Nachahmung, zur Aneignung der Gefühle, Gedanken und Verhaltensweisen von Modellen (zum Beispiel Bandura 1977).

Alle diese Theoriegruppen gehen zwar nicht explizit auf Gesundheits- und Krankheitsverhalten ein (insoweit unterscheidet sich auch das hier vorliegende Review von denen zu kognitiven Theorien des Gesundheitsverhaltens, die sich auf solche kognitiven Theorien beziehen, die ausdrücklich Gesundheit und Krankheit in ihrer Wenn- oder Dann-Komponente anführen), haben aber als allgemeine Theorien eine erhebliche Bedeutung für diese Verhaltensweisen, wie sich unter gesundheitsaufklärerischem Blickwinkel aus der Arbeit von McGuire (1989) und sehr umfassend aus Stroebe & Stroebe (1995) ergibt.

BEVÖLKERUNGSBEZOGENE INTERVENTIONEN BEI GESUNDHEITSRISKANTEN ENTSCHEIDUNGEN

Bevölkerungsweite Interventionen gegen gesundheitsriskante Entscheidungen bleiben erfolglos, wenn sie die individuellen Entscheidungsgrundlagen unberücksichtigt lassen. Rothman & Salovey (1997) schlagen daher ein kognitives »Framing« der Gesundheitsinformationen vor, um individuelle Entscheidungen für oder gegen ein gesundheitsriskantes Verhalten erfolgreich zu beeinflussen. Ausgehend von Tversky & Kah-

nemans (1981) »prospect theory« zeigen Rothman & Salovey, daß je nach praktischer Entscheidung im Rahmen von Prävention, Krankheitsbewältigung oder Rehabilitation eine Intervention mit Betonung eines »Gesundheits-Gewinns« (beispielsweise mehr Lebensfreude) oder eines »Gesundheits-Verlusts« (beispielsweise eine Folgeerkrankung) erfolgversprechender ist. Darüber hinaus ergibt sich aus der prospect theory, daß die Präferenz für eine (gesundheits-) riskante Entscheidungsalternative davon abhängt, ob die riskante Alternative Gewinn oder Verlust verspricht. So meiden die Versuchspersonen von Tversky & Kahneman im Rahmen eines fiktiven Gesundheitsproblems das Risiko (wählen also die sichere Entscheidungsalternative), wenn es um gesundheitliche Gewinne geht, und bevorzugen die riskante Alternative, wenn es um Gesundheits-Verluste geht.

Symptomwahrnehmung und Prävention
Verhalten, das unter präventivem Blickwinkel auf die möglichst frühzeitige Entdeckung möglicher Krankheitssymptome (wie beispielsweise die Brust-Selbstuntersuchung) gerichtet ist, kann Personen über eine mögliche Krankheit informieren, ist also riskant. Gerade weil Verhaltensweisen häufig auf ihre kurzfristigen Konsequenzen hin betrachtet werden, bedeutet ein solches präventives Verhalten das (kurzfristige) Risiko, ein Krankheitssymptom zu entdecken (Rothman & Salovey 1997). Soll ein riskantes präventives Verhalten bevölkerungsweltweit erzielt werden, ist es vorteilhaft, das erwünschte Verhalten im Zusammenhang mit Verlusten darzustellen. Tatsächlich konnten positivere Einstellungen zur Brust-Selbstuntersuchung erzielt werden, wenn das entsprechende Verhalten eher im Zusammenhang mit gesundheitlichen Verlusten (und nicht mit gesundheitlichen Vorteilen) dargestellt worden war (Meyerowitz & Chaiken 1987). Dieser Zusammenhang gilt aber nur für solche Frauen, die die Brust-Selbstuntersuchung als Risiko für die Ent-

deckung eines Krankheitssymptoms sehen. Frauen gegenüber, die die Brust-Selbstuntersuchung dagegen als ein gesundheitssicherndes Verhalten sehen, sollte das erwünschte Verhalten eher als Gewinn dargestellt werden, um eine positive Einstellung zur Selbstuntersuchung zu erzielen.

Im Gegensatz zu Verhaltensweisen, die auf die frühzeitige Entdeckung von Krankheitssymptomen gerichtet sind, sind primärpräventive Verhaltensweisen darauf ausgerichtet, den gegenwärtigen Gesundheitszustand zu erhalten und Gesundheitsrisiken in der Zukunft zu minimieren. Insoweit resultiert primärpräventives Verhalten mit relativer Sicherheit in einem Gewinn. Rothman & Salovey (1997) illustrieren dies anhand eigener Untersuchungen zum Gebrauch von Sonnenschutzmitteln zur Verhinderung von Hautkrebs. Die Entscheidungsalternative, keine Sonnencreme mit einem Schutzfaktor von mindestens 15 zu benutzen, stellt die riskante Alternative dar, sie erhöht das Hautkrebsrisiko. Die Creme hingegen regelmäßig zu benutzen, ist die relativ sichere Alternative, sie erhält die Gesundheit. Eine Information zum Gebrauch von Sonnenschutzcreme mit einem Hinweis auf Gesundheits-Verluste sollte demnach den Gebrauch der Creme verhindern, ein Hinweis auf gesundheitlichen Gewinn dagegen sollte den Gebrauch fördern.

Krankheitsbewältigung und Rehabilitation
Angesichts einer Krankheit kann die Einleitung einer Maßnahme zur Krankheitsbewältigung als die sicherere Alternative gegenüber derjenigen angesehen werden, nichts gegen die Krankheit zu tun. Eine Operation beispielsweise soll eine krankhafte Veränderung beseitigen und zu einem längeren Leben führen. Eine Operation sollte daher von Patienten dann eher die gewählte Alternative sein, wenn sie den Patienten mit dem Hinweis auf die gewonnene Lebenszeit nahegelegt wird (ein Gewinn) und seltener gewählt werden, wenn sie mit dem Hinweis auf einen krankheits-

Konsistenz	Kategorisierung	Autonomie	Problemlösung
Erkenntnis	Schlußfolgerung	Stimulation	Überzeugung
Spannungs-Reduktion	Ich-Stärke	Anspruch	Identität
Expressive	Wiederholung	Emphathie	Imitation

Tabelle 2: Klassifikation Kognitiver Theorien zum Gesundheits- und Krankheitsverhalten nach Tversky & Kahneman (1981)

bedingten Tod dem Patienten empfohlen wird (Rothman & Salovey 1997). Darüber hinaus wählen Personen zur Bewältigung einer schweren körperlichen Erkrankung eher diejenige Alternative mit den größeren längerfristigen Vorteilen, wenn sie mit dem Hinweis auf den Gesundheitsgewinn aufgeklärt wurden, und zwar auch dann, wenn der längerfristige Vorteil mit einem kurzfristigen Nachteil erkaufte wurde.

PROSPECT THEORY ALS RAHMENTHEORIE INDIVIDUELLER GESUNDHEITSENTSCHEIDUNGEN

Tversky & Kahneman (1981) gehen davon aus, daß jede Entscheidung davon abhängt, ob Entscheidungsalternativen als persönlicher Gewinn oder Verlust konzipiert sind. Stehen sichere Verhaltensergebnisse im Vordergrund, dann sollen nach Tversky & Kahneman besonders gesundheitliche Gewinne entscheidungsbestimmend sein, bei riskanten Verhaltensergebnissen sind dagegen vor allem Gesundheits-Verluste maßgebend für eine individuelle Entscheidung. Ich will daher im folgenden prüfen, ob die in Tabelle 1 im Anschluß an McGuire (1989) zusammengestellten Theoriengruppen sich unter die Dimensionen der Prospect Theory »Gewinn versus Verlust« und »Risiko versus Sicherheit« einordnen lassen. Sollte der Versuch gelingen, könnte die Prospect Theory als Integrations- und Rahmentheorie der vorgestellten kognitiven Theorien zum Gesundheits- und Krankheitsverhalten angesehen werden. Ich werde daher versuchen, Tabelle 1 in Tabelle 2 mit den unabhängigen Variablen der Prospect Theory zu überführen.

Tabelle 2 umfaßt dieselben Theoriengruppen in gleicher Einordnung wie in Tabelle 1. Es lassen sich aber die von McGuire (1981) eingesetzten Klassifikationsgesichtspunkte der Theorie von Tversky & Kahneman (1981) zuordnen, wodurch für die enthaltenen Theoriengruppen bei der Anwendung auf Gesundheit und Krankheit ein neues System von Erklärung und Prognose entsteht. So kann die Frage nach der Handlungsiniti-

ierung wegen Stabilität versus Veränderung (bei McGuire) verstanden werden als Frage, ob eine Handlung unternommen wird, um Sicherheit oder um Risiko zu erzielen, denn mit dem Stabilitätsziel scheint eher ein Sicherheitsstreben und mit dem Veränderungsziel eher ein Interesse am Risiko verbunden zu sein. Kognitive Theorien würden also unter dem Sicherheitsziel Aussagen über Verhalten machen, das subjektiv sichere gesundheitliche Folgen hat, und unter Risiko Aussagen über Gesundheitsverhalten mit riskanten Gesundheitsfolgen enthalten. Aufgrund von Tversky & Kahnemans Theorie kann damit auch gesagt werden, daß unter den Theorien mit Sicherheitsziel besonders diejenigen gut auf Gesundheits- und Krankheitsverhalten anzuwenden sind, die das Verhalten als Gewinn darstellen, während unter Risiko die Theorien mit besonderem Augenmerk auf Gesundheitsverluste zusammengefaßt sind.

Die Frage, ob eine Handlung mit einem kognitiven oder einem emotionalen Ergebnis abgeschlossen wird (McGuire), läßt sich überführen in die Frage, ob eine Handlung mit einem gesundheitlichen Gewinn oder Verlust auf kognitiver oder emotionaler Ebene beendet wurde. Beispielsweise kann sich der regelmäßige Anwender von Sonnenschutzcreme mit hohem Schutzfaktor kognitiv den gesundheitlichen Gewinn seines Handelns klarmachen, zum Beispiel kann sich der Nichtanwender der Sonnencreme die soziale Isolation infolge eines entstehenden Hautkrebses emotional verdeutlichen. Sieht dann eine Person den kognitiven oder emotionalen Gesundheitsgewinn oder Verlust im Zusammenhang mit einem befriedigenden internalen Zustand, dann ist für diese Person vermutlich Sicherheit im gesundheitlichen Zusammenhang wichtiger als für eine Person, die Gewinn oder Verlust im Zusammenhang mit einem leicht veränderlichen, also riskanten, aber befriedigenden externalen Zustand anstrebt. Demnach sind die in Tabelle 2 aufgeführten Theorien dann besonders geeig-

net, auf Gesundheits- und Krankheitsverhalten angewandt zu werden, wenn sie sich im Falle eines kognitiven oder emotionalen Handlungsergebnisses und eines befriedigenden internalen Zustandes auf gesundheitliche Gewinne beziehen und sich im Falle eines befriedigenden Zustandes im Verhältnis zur Umgebung auf gesundheitliche Risiken beziehen.

Die Frage schließlich, ob eine Handlung aktiv von einer Person aufgrund innerer Vorgänge oder reaktiv aufgrund äußerer Prozesse vorgenommen wird (McGuire), läßt sich überführen in die Frage, ob eine Handlung aufgrund innerer oder äußerer gesundheitlicher Gewinn/Verlust-Hinweise veranlaßt ist. In den entsprechenden Spalten der Tabelle sollten solche Theorien erfolgreich auf Gesundheits- und Krankheitsverhalten angewandt werden können, die sich im Falle einer Handlungsinitiierung wegen Sicherheit mit gesundheitlichen Gewinnen bei innerer und äußerer Veranlassung befassen, und die im Falle einer Handlung wegen Risiko bei innerer und äußerer Veranlassung von gesundheitlichen Verlusten handeln.

Ich will diese - zugegebenermaßen spekulativen - Zusammenhänge nun für jede der in Tabelle 1 und Tabelle 2 enthaltenen sechzehn (und in der Folge von Tabelle 1 kurz erklärten) Theoriengruppen veranschaulichen. Es ergeben sich für jede Theoriengruppe spezifizierte Empfehlungen, in welchem gesundheitlichen Rahmen (gesundheitliche Gewinne oder Verluste) eine Theorie der Gruppe besonders erfolgreich anzuwenden ist.

Konsistenz-Theorien. Diese Theorien sind auf individuelles gesundheitsbezogenes Entscheidungsverhalten dann mit besonderem Erfolg anzuwenden, wenn sie hinsichtlich Handlungsinitiierung und Handlungsergebnis auf gesundheitliche Gewinne angewandt werden. (Beispiel: Kognitive Dissonanz und Prozesse der Dissonanzreduktion

sind insbesondere dann erfolgreich auf gesundheitsbezogenes Verhalten anzuwenden, wenn sie im Rahmen gesundheitlicher Vorteile, wie das Wissen um die Gesunderhaltung, stehen.)

Kategorisierungs-Theorien. Sie versprechen auf Gesundheits- und Krankheitsverhalten erfolgreich angewandt werden zu können, wenn sie hinsichtlich Handlungsinitiierung und kognitivem Handlungsergebnis auf gesundheitliche Gewinne bezogen werden.

Erkenntnis-Theorien. Anwendungserfolge sind bei dieser Theoriengruppe hinsichtlich der Handlungsinitiierung im Falle von gesundheitlichen Gewinnen und hinsichtlich der Handlungsergebnisse bei gesundheitlichen Verlusten zu erwarten (Beispiel: Attributionsprozesse sind auf die Initiierung gesundheitsbezogener Verhaltensweisen besonders erfolgreich anzuwenden, wenn sie im Zusammenhang von Gesundheits-Gewinnen stehen, und spielen hinsichtlich kognitiver gesundheitlicher Handlungsergebnisse vor allem bei Gesundheits-Verlusten eine Rolle.)

Schlußfolgerungs-Theorien. Hinsichtlich der Handlungsinitiierung versprechen die Theorien dieser Gruppe erfolgreich angewandt werden zu können, wenn sie sich auf Gesundheits-Gewinne beziehen. Hinsichtlich der Handlungsergebnisse sollten bei der Anwendung dieser Theorien hingegen Gesundheits-Verluste im Vordergrund stehen.

Autonomie-Theorien. Bei der Handlungsinitiierung sollten diese besonders erfolgversprechend auf gesundheitliche Verluste, hinsichtlich des Handlungsergebnisses erfolgreich im Zusammenhang mit Gesundheits-Gewinnen angewandt werden.

Problemlösungs-Theorien. Im Zusammenhang mit der Handlungsinitiierung sollten bei der Anwendung dieser Theoriengruppe

gesundheitliche Verluste im Vordergrund stehen, beim Handlungsergebnis Gesundheits-Gewinne.

Überzeugungs-Theorien. Sowohl im Zusammenhang mit einer Handlungsiniiierung als auch im Rahmen von Handlungsergebnissen sollten gesundheitliche Verluste bei einer erfolgreichen Anwendung im Vordergrund stehen.

Spannungsreduktions-Theorien. Sowohl bei Handlungsbeginn als auch bei Handlungsabschluß sollten gesundheitliche Gewinne bei einer erfolgreichen Theorieanwendung im Vordergrund stehen.

Ich-Stärke Theorien. Auch bei dieser Theoriengruppe sollten bei einer erfolgreichen Anwendung sowohl bei der Handlungsveranlassung wie beim Handlungsergebnis Gesundheits-Gewinne vorrangige Bedeutung haben.

Expressive Theorien. Bei dieser Theoriengruppe sollten bei der Handlungsveranlassung Gesundheits-Gewinne und beim emotionalen Handlungsergebnis Gesundheits-Verluste Vorrang haben.

Wiederholungs-Theorien. Bei Anwendungen auf Handlungsveranlassungen sollten Gesundheits-Gewinne, bei Anwendungen auf Handlungsergebnisse Gesundheits-Verluste im Vordergrund stehen.

Anspruchs-Theorien. Bei Handlungsveranlassungen sind für eine erfolgreiche Theorieanwendung Gesundheits-Verluste, bei Handlungsergebnissen Gesundheits-Gewinne in den Vordergrund zu stellen.

Identitäts-Theorien. Die Theorieanwendung sollte im Falle einer Handlungsiniiierung im Rahmen von Gesundheits-Verlusten und im Falle eines Handlungsergebnisses im Rahmen von Gesundheits-Gewinnen geschehen. Empathie-Theorien. Bei Handlungsiniiie-

rungen und Handlungsergebnissen müssen Gesundheits-Verluste in den Vordergrund gestellt werden.

Imitations-Theorien. Sowohl Handlungsiniiierungen als auch Handlungsergebnisse sollten im Rahmen von Gesundheits-Verlusten dargestellt werden, um den Erfolg der Theorieanwendung zu sichern.

Auf dem Wege zu einer komplexen kognitiven Theorie des Gesundheitsverhaltens:

DISKUSSION

Faltermaier (1994) betont, daß zur Entdeckung gesundheitsbezogener kognitiver Vorgänge beim Individuum qualitative Forschungsmethoden einzusetzen seien, um möglichst unvoreingenommen die komplexen subjektiven und objektiven Einflüsse auf Gesundheitsverhalten aufdecken zu können. Schwarzer (1992) hofft auf die Entwicklung einer komplexen kognitiven Theorie zum Gesundheitsverhalten. Ich habe diesen Hoffnungen auf die Entdeckung komplexer theoretischer Zusammenhänge vorhandenes theoretisches und empirisches Wissen gegenübergestellt. Sicherlich ist die hier vorgestellte Prospect Theory von Tversky & Kahneman (1981) als Rahmen-theorie für unterschiedliche Gruppen kognitiver Theorien mit Bezug zum Gesundheitsverhalten noch zu wenig im Rahmen praktischer Gesundheitshandlungen untersucht, doch geht es hier zunächst einmal darum zu zeigen, daß komplexe Theorierahmen für die Erforschung von Gesundheitsverhalten durchaus existieren. Und mit diesen Theorierahmen könnte empirisch und auch gezielt praktisch gearbeitet werden.

Gerade weil das individuelle Gesundheitsverhalten von dermaßen unterschiedlichen Variablen beeinflusst wird, erweist sich die Vielzahl unterschiedlicher kognitiver Grundlagentheorien als Vorteil. Stellt man nämlich gerade diese interindividuell verschiedenen Einflußgrößen gesundheitlicher Entschei-

dungen ins Zentrum praktischer Überlegungen (zum Beispiel Haisch 1996), dann erlaubt ein an der hier vorgestellten Rahmentheorie orientiertes Vorgehen, allgemeine und spezifische Faktoren des individuellen Entscheidungsverhaltens zu bestimmen. Und damit sind auch die interindividuell sehr unterschiedlichen Variablen (natürlich vorbehaltlich der empirischen Überprüfung) bekannt, die im Falle gesundheitsriskanten Verhaltens zu verändern oder im Falle gesundheitsförderlichen Handelns zu unterstützen sind. Insgesamt gilt damit, daß es die Stärke der vielfältigen kognitiven Grundlagentheorien ist, bei der Füllung individueller Modelle von Gesundheit und Krankheit der Komplexität möglicher Einflußfaktoren gerecht zu werden.

Was die Prospect Theory als Rahmentheorie für Gesundheitsverhalten angeht, so steht insbesondere ihre empirische Prüfung im praktischen Rahmen noch weitgehend aus. Bisher sind die Vorhersagen der Theorie im wesentlichen im Rahmen experimenteller Simulationen mit studentischen Probanden überprüft worden, hier allerdings mit sehr großem Erfolg. Es ist aber ganz unstrittig, daß sich die Theorie erst einmal auch im praktischen Zusammenhang empirisch bewähren muß, bevor sie als Rahmentheorie für Gesundheitsverhalten gelten kann. Interessant erscheint mir, daß mit der Rahmentheorie auch die Anwendungsbedingungen der kognitiven Grundlagentheorien modifiziert werden, so daß eventuell auch empirische Widersprüche im Zusammenhang mit der Prüfung einer Grundlagentheorie aufgehoben werden können. Und interessant scheint mir, daß mit der Rahmentheorie gleichzeitig kognitive und nicht-kognitive Theorien mitumfaßt werden, wengleich der Schwerpunkt bei den kognitiven Theorien liegt. Dies alles setzt natürlich voraus, daß sich die hier vorgeschlagene Überführung der Theorienklassifikation durch McGuire (1989) in die inhaltliche Theorie von Tversky & Kah-

neman (1981) bestätigen läßt. Es entsteht mit anderen Worten ein intensiver Forschungs- und Diskussionsbedarf, wenn man vorhandene komplexe kognitive Theorien zum Gesundheits- und Krankheitsverhalten praktisch nutzen will.

Literatur

- ABELSON, R.P. (1976): Script processing in attitude formation and decision making. In: Carroll, J.S., Payne, J.W. (Hg.). *Cognition and social behavior*. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum
- ADORNO, T.W., FRENKEL-BRUNSWICK, E., LEVINSON, D.J., SANFORD, R.N. (1950): *The authoritarian personality*. New York: Harper & Row
- AJZEN, I., FISHBEIN, M. (1980): *Understanding attitudes and predicting behavior*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall
- ASCH, S.E. (1946): Forming impressions of personality. *Journal of Abnormal and Social Psychology* 41, 258-290
- BANDURA, A. (1977): *Social learning theory*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall
- BERLYNE, D.E. (1967): Arousal and reinforcement. In: Levine, D. (Hg.). *Nebraska symposium on motivation*, Bd. 15. Lincoln: University of Nebraska Press
- BERSCHIED, E., WALSTER, E. (1974): Physical attractiveness. In: Berkowitz, L. (Hg.). *Advances in experimental social psychology*, Bd. 7. New York: Academic Press
- BREHM, J.W. (1966): *A theory of psychological reactance*. New York: Academic Press
- BRUNER, J.S. (1957): On perceptual readiness. *Psychological Review* 64, 123-152
- EISER, J.R. (1983): Smoking, addiction, and decision-making. *International Review of Applied Psychology* 32, 11-28
- EISER, J.R. (1996): Reconnecting the individual and the social in health psychology. *Psychology & Health* 11, 605-618
- FALTERMAIER, T. (1994): *Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitshandeln*. Weinheim: Psychologie Verlags Union
- FESTINGER, L. (1954): A theory of social comparison processes. *Human Relations* 7, 117-140
- FESTINGER, L. (1957): *A theory of cognitive dissonance*. Stanford: Stanford University Press
- GEEN, R.G., QUANTY, M.B. (1977): *The catharsis of*

- aggression: An evaluation of a hypothesis. In: Berkowitz, L. (Hg.). *Advances in experimental social psychology*, Bd 10. New York: Academic Press
- HAISCH, J.** (1996): Gesundheitserziehung. In: Hentschel, H.-D. (Hg.). *Naturheilverfahren in der ärztlichen Praxis*. Köln: Deutscher Ärzte Verlag
- HAISCH, J., WEITKUNAT, R., KESSLER, M.** (1997): Prävention in Public Health und Gesundheitspsychologie. In: Weitkunat, R., Haisch, J., Kessler, M. (Hg.). *Public Health und Gesundheitspsychologie*. Bern: Huber
- KELLEY, H.H.** (1967): Attribution theory in social psychology. In: Levine, D. (Hg.). *Nebraska symposium on motivation*, Bd 15. Lincoln: University of Nebraska Press
- MCCLELLAND, D.** (1975): *Power. The inner experience*. New York: Irvington
- MCGUIRE, W.** (1989): Theoretical foundations of campaigns. In: Rice, R.E., Paisley, W.J. (Hg.). *Public communication campaigns*. Beverly Hills, CA.: Sage
- MEYEROWITZ, B.E., CHAIKEN, S.** (1987): The effect of message framing on breast self-examination attitudes, intentions, and behavior. *Journal of Personality and Social Psychology* 52, 500-510
- MILLER, N.E., DOLLARD, J.** (1941): *Social learning and imitation*. New Haven: Yale University Press
- NEWCOMB, T.M.** (1959): Individual systems of orientation. In: Koch, S. (Hg.). *Psychology: A study of science*, Bd. 3. New York: McGraw-Hill
- ROTHMAN, A.J., SALOVEY, P.** (1997): Shaping perceptions to motivate healthy behavior: The role of message framing. *Psychological Bulletin* 121, 3-19
- SCHWARZER, R.** (1992): *Psychologie des Gesundheitsverhaltens*. Göttingen: Hogrefe
- SCHULZ-HARDT, S., FREY, D.** (1997): *Gelernte Sorglosigkeit und umweltbewußtes Verhalten am Beispiel Müllvermeidung*. In: Weitkunat, R., Haisch, J., Kessler, M. (Hg.): *Public Health und Gesundheitspsychologie*. Bern: Huber
- SKINNER, B.E.** (1938): *The behavior of organisms*. New York: Appleton
- STROEBE, W., STROEBE, M.** (1995): *Social psychology and health*. Pacific Grove: Brooks-Cole
- TVERSKY, A., KAHNEMAN, D.** (1981): The framing of decisions and the psychology of choice. *Science* 211, 453-458.
- WEBER, H.** (1994): *Veränderung gesundheitsbezogener Kognitionen*. In: Schwenkmezger, P., Schmidt, L.R. (Hg.). *Lehrbuch der Gesundheitspsychologie*. Stuttgart: Enke