

# **Warum sind krankheitsfördernde Gewohnheiten so schwer zu verändern? – Sozialpsychologische Erklärungsansätze**

**Gedanken zur Veränderung von Gewohnheiten aus der Sicht der Gesundheitspsychologie und wissenschaftlich überprüfte verfügbare Ansätze**

**Autor: Lic. phil. Clemens M. Breitschaft**

**30. März 2006 – [www.psychosophia.ch](http://www.psychosophia.ch)**

**© beim Autor**

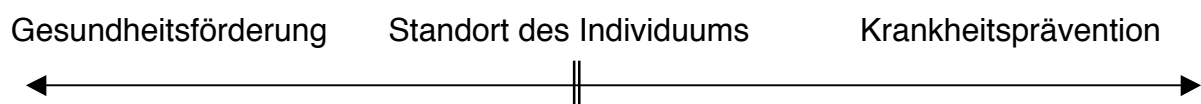
**Praxis Psychosophia<sup>®</sup>, Postfach 4011, CH-6002 Luzern**

<b>Inhaltsverzeichnis</b>	<b>Seiten</b>
<b>1. Einleitung. Problematik der »offenen Definitionen«</b>	<b>3</b>
<b>2. Gesundheitsmodelle und die Veränderung von Intention, Motivation und Selbstwirksamkeit</b>	<b>5</b>
- <b>Health Belief Model (Hochbaum &amp; Rosenstock)</b>	<b>6</b>
- <b>Model of Reasoned Action/Planned Behavior (Ajzen &amp; Fishbein)</b>	<b>7</b>
- <b>Selbstwirksamkeit (Bandura)</b>	<b>9</b>
- <b>Protection Motivation Theory (Rogers &amp; Practice-Dunn)</b>	<b>10</b>
- <b>Transtheoretical Model of Change TTMC (Prochaska &amp; DiClemente)</b>	<b>11</b>
<b>3. Persönlichkeitsfaktoren</b>	<b>12</b>
- <b>Modell von Friedmann &amp; Di Mateo</b>	<b>13</b>
- <b>Kognitive Dissonanz</b>	<b>13</b>
- <b>Reaktanztheorie</b>	<b>14</b>
- <b>Sensation Seeking</b>	<b>15</b>
- <b>Typ-A</b>	<b>15</b>
- <b>Optimistischer Fehlschluss</b>	<b>15</b>
- <b>Extraversion</b>	<b>16</b>
<b>4. Schlussbemerkungen</b>	<b>16</b>

## 1. Einleitung

Diese Arbeit entstand am 30. März 2006 als vierstündige Klausurarbeit (ohne Materialbenutzung) in Gesundheitspsychologie; an der Universität Zürich ein Spezialisierungsfach der Sozialpsychologie der Professoren Heinz Gutscher und Rainer Hornung. Prüfer war Prof. Dr. phil. Heinz Gutscher. Die Arbeit wurde mit 5.5 (Bestnote 6) benotet und in der vorliegenden Form nur leicht überarbeitet zum Zwecke einer Online-Publikation auf <http://www.psychosophia.ch/>. Sie bietet für Interessierte einen kurzen und einfachen wissenschaftlichen Überblick und kann sowohl für dialogische Auseinandersetzungen als auch für den eigenen Wandel dienlich sein.

Gesundheitspsychologie – ein interdisziplinär orientiertes Fachgebiet der Sozialpsychologie – widmet sich in ihrer Forschung und Anwendung dem gesundheitsfördernden wie auch dem gesundheitsschädlichen Verhalten des Menschen. Dass diese Unterscheidung bereits problematisch ist im Bezug auf die Definition von Gesundheit bzw. Krankheit, zeigt das einfache Schaubild nach Becker (1996):



Die Idee dieses Schaubildes ist, durch Erforschung von krankheits- wie gesundheitsfördernden Massnahmen und Möglichkeiten, das Individuum »in Richtung Gesundheit« zu verschieben. Was aber ist Gesundheit und Krankheit? Wer kann dies genau bestimmen?

Die Weltgesundheitsorganisation WHO schlug vor, Gesundheit als umfassenden Zustand des Wohlbefindens hinsichtlich sozialer, körperlicher, psychischer und materieller Dimensionen zu definieren. Das ist freilich weit gegriffen – und schafft auf einen (Definitions-) Schlag Millionen von Kranken, denn ausdrücklich in ihrer Definition schliesst sie »nur die Abwesenheit von Krankheit« aus.

Aus solcherart skizzierter Sicht sind auch »krankheitsfördernde Gewohnheiten« weit aufzufassen. Eine Gesundheitspsychologie, die sich der Veränderung dieser Gewohnheiten widmet, ist gleichzeitig eine Positive Psychologie oder Wellness-Psychologie, wie sie auch eine Krankheitsbewältigungs-Psychologie ist – mit entsprechender Themenvielfalt und letztlich integralem Anspruch.

In der Tat finden sich im Fach Gesundheitspsychologie solche Unterscheidungen: So wird nach Caplan (1964) die Prävention unterschieden in *primäre* Prävention, die die Inzidenzraten (Anzahl Neuerkrankungen in einem bestimmten Zeitraum) senken will, in *sekundäre* Prävention (Senkung der Prävalenzraten – Anzahl Erkrankungen in einem bestimmten Zeitraum), weiterhin *tertiäre* (Rehabilitation und Verminderung von Folgeschäden von Krankheiten) und schliesslich in *primordiale* Prävention, die Risikofaktoren verhindern, beziehungsweise senken will. Dies mag aufzeigen, welchen grossen Einfluss die Gesundheitspsychologie – zu Recht – beansprucht.

Gerade aber dieser grosse Einfluss ruft auch *Probleme* hervor. Einerseits auf Seiten der Gesundheitspsychologie selbst: Etwa bezüglich der Frage nach klarer *Definitionsfindung* und *Operationalisierungen*, um durch eine Gesundheitskampagne in einer Organisation, kleineren Firma, Gruppe u.ä. die krankheitsfördernden Gewohnheiten zu senken versuchen. Denn nur mit brauchbaren Operationalisierungen kann eine Kampagne – methodisch korrekt – auch evaluiert werden (nebst dem *Konzept* der Kampagne auch deren *Durchführung* – und eben: die *Wirkung*, die sie ausübt). Weitere Probleme sind – je nach Präventionsform – *Healthism* (»Gesundheitswahn«), eine ausgesprochene *Lustfeindlichkeit* und ein *autoritäres Auftreten*, das sich hinter dem Gesicht der Forschung zu verbergen sucht – was natürlich vielfältige Abwehr hervorruft (Oppositionismus, psychoanalytische Abwehr, Reaktanz, usw.).

Wir sehen, dass neben individuellen Schwierigkeiten, krankheitsfördernde Gewohnheiten zu verändern, nicht vernachlässigbare Schwierigkeiten im Fach und den Vertretern der Gesundheitspsychologie selbst liegen sowie in der Definitionsfindung und Operationalisierung – und der Kommunikation »nach Aussen«. Wir werden uns später noch kurz dem Thema der Reaktanz – der Abwehr

(Brehm 1966, 1972) – widmen zur Begründung, weshalb »menschlicher Wandel in Sachen Gesundheit/Krankheit« so schwierig zu vollziehen ist.

Was die *Definitionsfrage* anbelangt, gibt es Versuche (z.B. Lazarus, Taylor, Friedmann & DiMateo), nicht Krankheit oder Gesundheit, sondern sogenannte *moderierende Variablen* zu fassen suchen, also Persönlichkeit, Stressbewertung und Stressbewältigung u.a. Daraus ergibt sich ein vielfältiges Bild, das sich teilweise auch überschneidet mit den unterschiedlichen Konzeptualisierungen, sich aber der Frage der Problematik der »offenen Definitionen« so auf indirekte Weise zu stellen versucht. Was genau Krankheit, beziehungsweise Gesundheit *ist* – ist eine offene Frage – und damit auch, was *genau* gesundheits- respektive krankheitsfördernde Gewohnheiten sind. Eine Problematik, wie wir sie in der Stressdiskussion vorfinden können.

Wichtig scheint mir indes die Unterscheidung zwischen *Intention(sbildung)*, *Verhalten(sänderung)*, *Selbstattribution*, *soziale Gruppenprozesse* (z.B. soziale Vergleichsprozesse nach Festinger) und *Sozialisierungsbedingungen und - einflüsse* sowie allgemeine wichtige *Risikoverhaltensweisen* wie Rauchen als Gewohnheit, soziale Unterstützung, Persönlichkeitsfaktoren sowie die Konzepte der Reaktanz (Brehm) und der optimistische Fehlschluss nach Weinstein (1992). Aber eins nach dem andern.

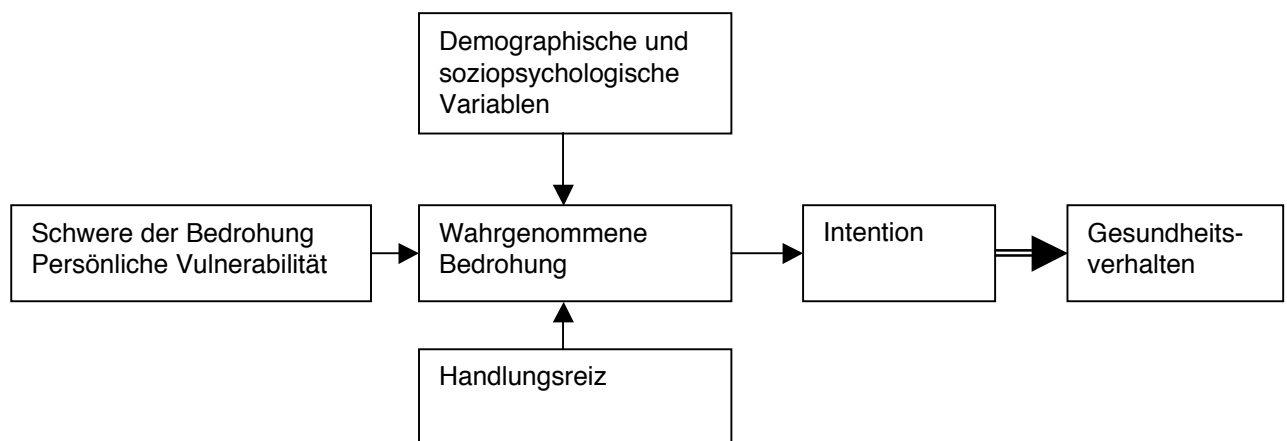
## **2. Gesundheitsmodelle und die Veränderung von Intention, Motivation und Selbstwirksamkeit**

Um krankheitsfördernde Gewohnheiten zu verändern, ist *Ursachenwissen* notwendig sowie insbesondere die Bildung respektive Veränderung der *Intention*, um ein bestimmtes Verhalten auszulösen.

Das wohl erste wichtige Gesundheitsmodell, das sich der Intensionsfrage zuwandte, beziehungsweise vor allem der Frage des Umgangs mit wahrgenommener Bedrohung (durch Krankheit), war das Modell von Hochbaum & Rosenstock, das in den 50-er Jahren entwickelt wurde. Den beiden Sozialpsychologen, die im

Gesundheitswesen tätig waren, wurde die Frage gestellt, warum sich Menschen nicht einer Massnahme unterzogen, die als gesundheitsförderlich betrachtet wurde – gemeint war z.B. das Impfen. Ob jedoch Massnahmen wie das Impfen für alle Menschen gleichermaßen ein *gesundheitsförderliches* Verhalten ist, bleibt auch heutzutage freilich noch fraglich. Das Modell von Rosenstock sieht wie folgt aus:

### Health Belief Model (Hochbaum & Rosenstock):



Dieses vereinfachte Schaubild nach Hochbaum und Rosenstock zeigt, dass in ihrem Modell die *Bedrohung* im Vordergrund steht: Um eine Intention zu bilden für ein gesundheitsförderndes Verhalten, muss ich die Gefahr der Krankheit sowie meine eigene Vulnerabilität erkennen.

Entsprechend wird, beziehungsweise wurde, nach diesem Modell eine *persuasive Kommunikationsform* gewählt, die vor allem aus Angstappellen besteht/bestand. Inzwischen hat man erkannt, dass dies diverse unerwünschte Folgen haben kann:

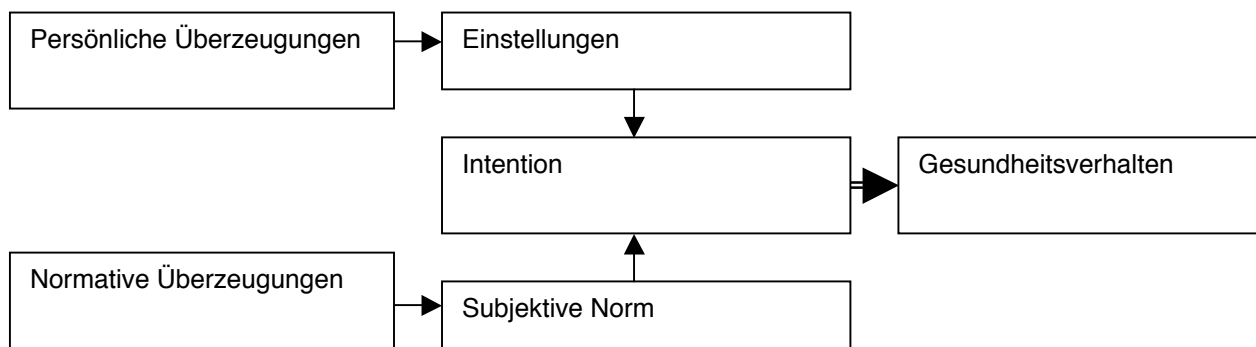
- Reaktanz – eine bestimmte Abwehrform (Brehm)
- Kognitive Dissonanz (Festinger)
- Optimistische Fehlschlüsse (Weinstein).

Diese Folgen erschweren oder verhindern die erwünschte Intentionsbildung durch Implementierung von Angst – aber auch durch andere Appelle, die die *Wirksamkeit* in den Vordergrund stellen. Die zentrale Frage ist daher: Wie kann ich eine

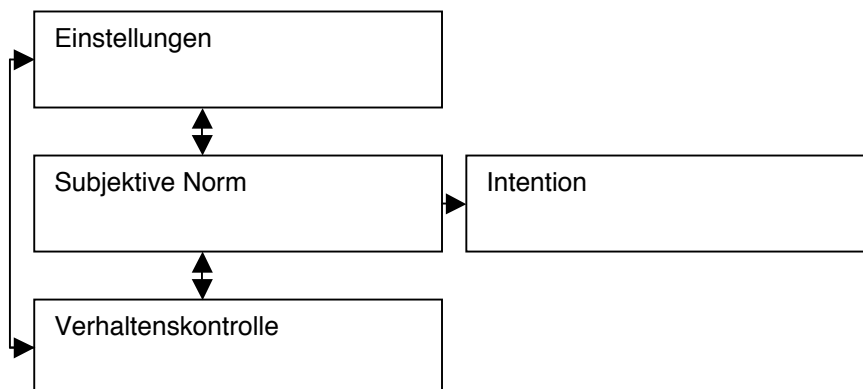
(vermutete/behauptete/erkannte) »Tatsache« kommunizieren, um Intentionsbildung, Ursachenwissen, Know-how, Verhaltensänderung und damit auch »sinnvolle« – sprich: entfaltungsermöglichende (und damit viable, nach Glasersfeld) – Gewohnheitsbildung zu bewirken?

Das Modell von Ajzen & Fishbein (1975/ 1980) – Reasoned Action Model beziehungsweise Planed Behavior Model (beide vereinfacht und verkürzt dargestellt) – sieht so aus:

### Reasoned Action (Fishbein & Ajzen):



### Planed Behavior (Ajzen):



Das Modell von Fishbein & Ajzen zeigt weitere Schwierigkeiten, krankheitsfördernde Gewohnheiten zu verändern. Nicht nur die Wahrnehmung eigener Vulnerabilität und des Schweregrades einer Bedrohung, sondern auch die Tatsache, dass unsere Intentionen eingebettet sind in persönliche Einstellungen (Gewohnheiten bezüglich bestimmter Verhaltensweisen) und insbesondere in »Überzeugungs-Cluster«

(Anhäufungen), die wiederum aus der Einbettung in gruppenspezifische, kulturelle und persönliche soziale Strukturen stammen: So meint etwa »normative Überzeugungen« solche Überzeugungen meiner Bezugspersonen – wichtiger sozialer Personen –, die Einschätzungen meines Verhaltens betreffen, wobei nebst der Bewertungsstärke auch die persönliche Einwilligungsstärke mitspielt.

Wollen wir also als Gesundheitspsychologen gesundheitsförderndes Verhalten – das meint nun intentionales Gesundheitsverhalten – provozieren, muss(t)en wir auch die normativen Überzeugungen von jeweiligen *Gruppen* sowie *spezifischere* Überzeugungen beachten.

Sowohl in einer gut durchdachten Gesundheitskampagne – »versuchter Wandel von Aussen« –, wie auch in einer selbstintendierten »inneren Gesundheitskampagne«, spielen daher gruppenspezifische Mechanismen der Meinungsbildung eine wichtige Rolle. So wies etwa Festinger darauf hin, dass die Meinungsbildung gerade auch eine soziale Angelegenheit ist: Wir vergleichen uns mit anderen und kommen so zu verschiedenen Bewertungen und Beurteilungen von Selbst und Welt (soziale Vergleichsprozesse).

Das Modell von Ajzen (planned behavior model) weist auch auf einen sehr wichtigen Faktor, der bei der Veränderung von Krankheits- und Gesundheitsverhalten wichtig ist: Die *Verhaltenskontrolle*. Gemäss Schwarzer (1999) weisen die Autoren Ajzen und Fishbein darauf hin, dass die Verhaltenskontrolle »im Grossen und Ganzen« die *Selbstwirksamkeit* von Bandura bedeutet. Schwarzer weist jedoch diesbezüglich auf einige Widersprüche hin.

Was bezeichnet das Konzept der *Selbstwirksamkeit* nach Bandura? Bandura schrieb im Jahre 1997 sein zusammenfassendes Spätwerk über das Konzept der Selbstwirksamkeit (vgl. Schwarzer, 1999), das über 1000 Seiten umfasst. Hier sei es nur kurz erwähnt inklusive kurzem Aufweis seiner Bedeutungen bezüglich der Verhaltensänderung.



Die **Selbstwirksamkeit nach Bandura** (1977, 1997), weist folgende *drei Komponenten* auf

- 1) Niveau der Herausforderung
- 2) Allgemeinheitsgrad
- 3) Gewissheit der Selbstwirksamkeit

und führt zu folgenden *drei Verhaltenskomponenten*:

- 1) Annäherung (versus Vermeidung)
- 2) Anstrengung
- 3) Aufrechterhaltung.

Wollen wir uns also fragen, wie, beziehungsweise warum, krankheitsfördernde Gewohnheiten so schwer zu verändern sind, müssen wir auch das Selbstwirksamkeitskonzept von Bandura einbeziehen, das vielfach erforscht wurde und dessen Nutzen erwiesen ist, etwa in Situationen der *Stressbewältigung* und *Stressbewertung* (vgl. Lazarus, 1991), in verschieden möglichem *Krankheitsumgang* und der *compliance*.

Die Selbstwirksamkeit einbeziehen zu wollen in Kampagnen der Gesundheitsförderung erfordert verschiedene *Trainings zur Förderung von Kompetenz und Bewertung* (Attribution, vgl. Kelly, Weiner) sowie der Einbeziehung von *Bewältigungssituationen* (Handlungs- und Situationsalternativen). So sollten etwa Erfolge bezüglich der Verhaltensänderung internal und global attribuiert werden, Misserfolge eher variabel und external.

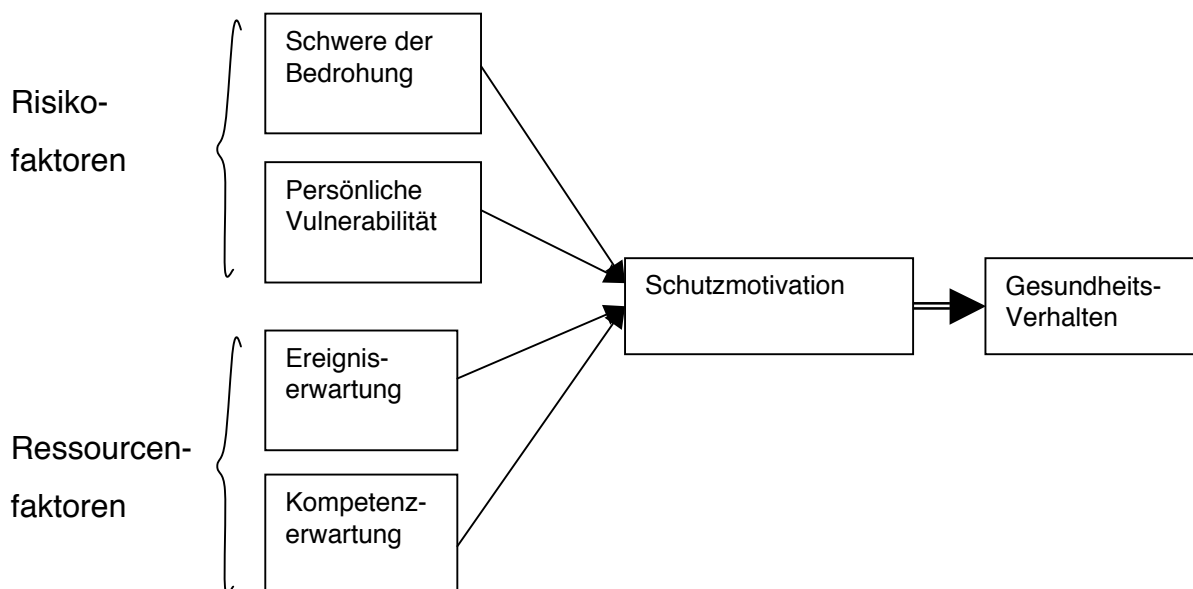
Wer aber kann solches überprüfen in einer grossangelegten Gesundheitskampagne? Margraf et al. etwa versuchten kürzlich mit dem Gesundheits-Präventions-Programm »Go!« eine Kombination aus Vermittlung von Wissen, Training in sozialer Kommunikation und weiterer sozialer Kompetenz (soziale Immunisierung: Gegenargumente bei Gruppendruck/Verhaltensimpfung) mittels Rollenspiele,

Diskussionen, um diese verschiedenen Faktoren »näher an das Individuum« zu bringen.

Dies zeigt die Selbstwirksamkeit: Eine Änderung von krankheitsfördernden Gewohnheiten nur durch Intentionsbildung reicht bei weitem nicht aus! Im Gegenteil: Selbst gänzlich individualisierte Projekte, die sich doch der Intentionsbildung genügend widmen können – therapeutische oder gesundheitspsychologische – haben ihre grosse Mühe, individuellen Wandel zu bewirken. Klar ist: Einfach ist dies beileibe nicht. Die Selbstwirksamkeitserwartung indes *muss* beachtet werden. Ist sie tief, werden wichtige Anstrengungen vermieden, gar Annäherung an problematische Verhaltensweisen nicht in Betracht gezogen (»ich kanns ja eh nicht!«).

Rogers & Practice-Dunn (1984) haben versucht, die bisher besprochenen Faktoren zu kombinieren.

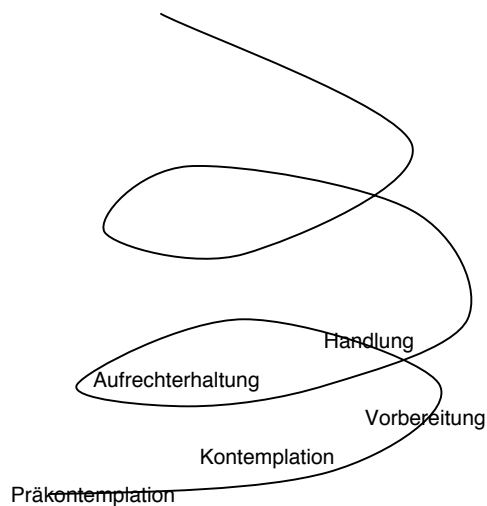
### Protection Motivation Theory (Rogers, 1984):



Wir sehen in diesem sehr stark vereinfacht dargestellten Modell, dass die erwartete Bedrohung und die erwartete Effektivität in einem multiplikativen Verhältnis steht (während die anderen Faktoren in einem additiven Verhältnis stehen), dass sowohl Risikofaktoren, wie auch Ressourcenfaktoren als wesentliche Faktoren zu beachten sind.

Das Transtheoretical Model of Change von Prochaska, DiClemente & Norcross schliesslich weist auf eine zusätzliche Schwierigkeit hin. Sehr reduziert sei es kurz dargestellt und besprochen:

### TTMC (Prochaska et al.):



Menschen – beziehungsweise ihr Wandel – lassen sich nicht (nur) statisch festlegen in Bezug auf zu verändernde »Faktoren«: Vielleicht ist die Sprache, die von Faktoren handelt eine »mehr wissenschaftliche«, die von *Gegebenheiten* (in ihrem Sprachspiel, vgl. Wittgenstein) ausgeht, als dies in *Wirklichkeit des Geschehens* der Fall ist? Zumindest in diese *Richtung* weist m. E. das Modell von Prochaska et al.. Es beschreibt fünf für die Veränderung von Verhalten wichtige Stadien:

1. Präkontemplation: Über ein bestimmtes Verhalten wurde noch gar nicht nachgedacht. *Verhaltensgewohnheiten* bezüglich der Gesundheit, so definiert dies die Gesundheitspsychologie, ist *unbewusstes Verhalten*. Dies meint in einem nicht psychoanalytischen Verständnis *nicht gewusstes Verhalten*, eingebettet, wie bereits gesagt, in sozialer Struktur und Lebensstil/Lebensgewohnheiten. Auf diese Tatsache des Nicht-gewussten macht das Stadium der Präkontemplation aufmerksam – und fordert nach spezifischen Ansätzen zur Verhaltensänderung. Wird dies nicht beachtet, so werden Menschen – so Prochaska et al. – nicht angesprochen.

2. Kontemplation: Die Phase der kognitiv-emotionalen Beschäftigung beginnt – die persönliche Auseinandersetzung.
3. Vorbereitungsphase: Caesars Rubicon ist überschritten: In dieser Phase sieht sich das Individuum nach konkreten Möglichkeiten um.
4. Handlungsphase: Mindestens einmal pro Tag bis 6 Monate lang wird das zu ändernde Verhalten ausgeführt.
5. Aufrechterhaltung: Gemäss den Autoren Mindest-Zeitdauer von 6 Monaten bis einem Jahr.

Das TTMC-Modell zeigt uns die Wichtigkeit der Beachtung verschiedener Phasen, die unterschiedliche Massnahmen verlangen. Angewandt wird es etwa im Bereich des Sportes (vgl. Fuchs: Berliner Phasenmodell; Magglingen) oder im Bereich der Prävention von Rauchen/KH-Krankheiten und ist vielversprechend.

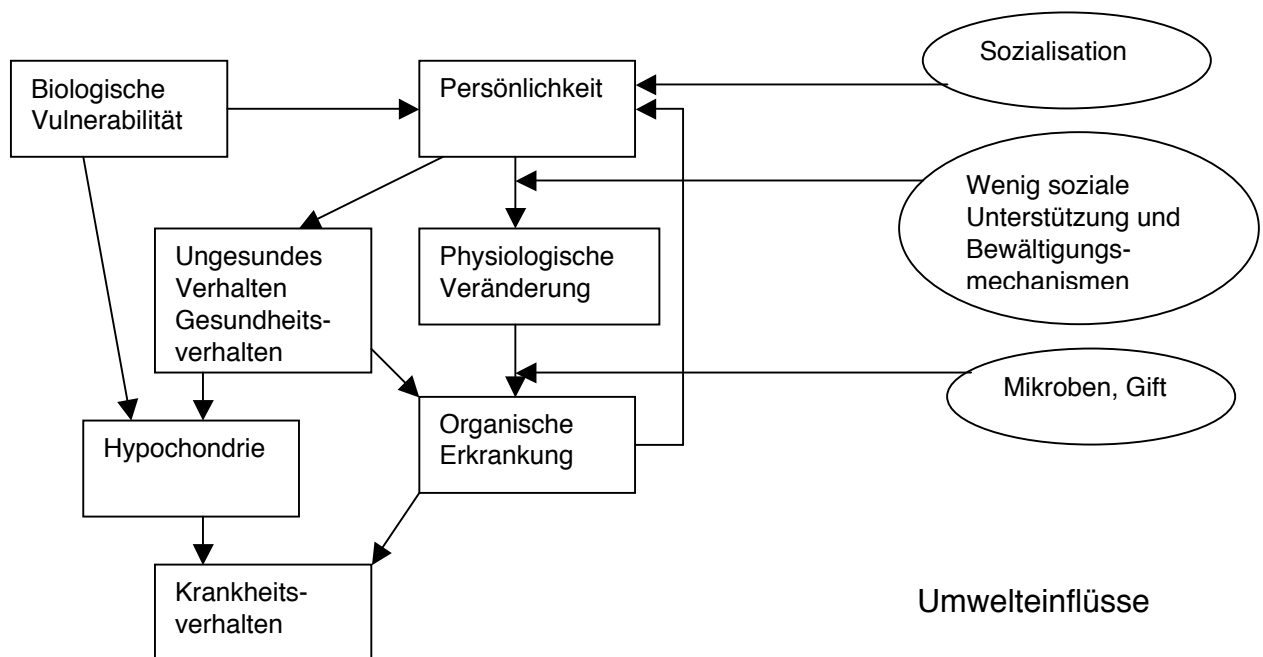
Als Problem erscheint in diesem Modell die Frage, *wie* einzelne Menschen in die verschiedenen Phasen eingeordnet werden können. In Gesundheitskonzepten, die auf eine grosse Bevölkerungsanzahl ausgerichtet sind, erscheint dies vielleicht als unproblematisch.

Aus dem bisher Besprochenen sollte jedoch deutlich geworden sein, dass Massnahmen zur Veränderung krankheitsfördernder Gewohnheiten sowohl bezüglich der Kommunikation, wie auch im Hinblick auf das Verhalten und den zu erwartenden Wandel inklusive der Änderung der Selbstattribution, *individualisiert* ausgerichtet sein sollte. Das gut belegte Modell von Ajzen etwa beweist dies: Verhaltensänderungen aufgrund Intentionsänderungen funktionieren nur, wenn sie sich konkret auf das jeweilige Verhalten beziehen (Vgl. bspw. die Kampagne »5 Früchte/Gemüse am Tag«). Allgemeine Massnahmen und Kommunikationen bewirken kaum etwas – ausser, es ist eine *wirklich* neue Information, die vermittelt wird, wie Untersuchungen zeigten. Wenden wir uns daher auch dem Einzelnen, seiner Persönlichkeit, zu.

### 3. Persönlichkeitsfaktoren

Wir haben bisher gesehen, dass Intentionsbildung, Verhaltenskontrolle/Selbstwirksamkeit und verschiedene Stadien Schwierigkeiten darstellen, die mit sozialpsychologischen Erklärungsmodellen aufgewiesen werden können. Fehlend sind nun freilich Persönlichkeitskonzepte. Denn wie etwa Friedmann & Di Mateo (1989) hinweisen, spielt die Persönlichkeit in der Verhaltensänderung eine wichtige Rolle – die bisher besprochenen Konzepte sind denn auch in diesem Zusammenhang der individuellen Persönlichkeit einzuordnen:

#### Modell des Zusammenhanges von Person-Gesundheitsverhalten-Krankheit von Friedmann & Di Mateo (1989):



Dieses sehr komplexe Modell – hier ebenfalls sehr vereinfacht und reduziert dargestellt – zeigt sehr schön, wie verschiedene Faktoren hineinspielen in ein zu änderndes Verhalten und es weist auf die Bedeutung der Persönlichkeit. *Persönlichkeit* ist definiert als Gesamt (trait) von Verhalten, Emotion, Motivation und Kognition einer Person, das sich über eine bestimmte Zeit aufrechterhält – also nicht verändert. Was sind die dahinter stehenden Faktoren? Nach Leon Festinger ist es die **kognitive Dissonanz** beziehungsweise die von Fritz Heider bezeichnete *Konsistenztheorie*, die identitätsbildende Funktionen ausübt – wichtige Funktionen

freilich: Der Mensch erlebt sich wohl auch aufgrund des Wirkens dieser identitätsbildenden Funktionen als Einheit, Ganzheit.

Freilich bedroht vieles diese Einheit. Festinger definiert Konsonanz so: Kognitionen (i.w.S.) über Selbst und/oder Welt stehen in Beziehung zueinander oder nicht. Stehen sie in Beziehung zueinander, so sind sie miteinander im Widerspruch – dissonant – oder konsonant. Trifft also eine Information neu hinzu und ist sie dissonant (»du verhältst dich aus den Gründen xy gesundheitsschädigend«) – so wird versucht, mit dieser umzugehen, wobei sich folgende Varianten ergeben können:

- Verleugnen/ beiseite schieben
- Die Bedrohung herunterspielen (z.B.: »die Bedeutung des Ozonloches ist vernachlässigbar«)
- Ignorieren
- Änderung der Gesamtkognition, in der die Dissonanz herrscht.

Die kognitive Dissonanz weist auf die Schwierigkeit der Intentionsbildung hin, die nicht einfach zu handhaben ist!

Auch die **Reaktanztheorie von Jack Brehm** (1966, 1972) geht in diese Richtung: Wird – kognitiv-emotional oder verhaltens-spezifisch – der (erlebte) Freiheitsgrad einer Person eingeschränkt (dies ist z.B. möglich über eine persuasive Kommunikation), so versucht diese Person ihre subjektiv eingeschränkte Freiheit unmittelbar wiederherzustellen. Dabei spielen subjektiv vorhandene Handlungsalternativen sowie der subjektiv erlebte Generalisierungsgrad auch eine wichtige Rolle.

Folge der Reaktanz ist etwa: Opposition, Zorn (vor allem, wenn viele Freiheitseinschränkende dafür als Verantwortliche wahrgenommen und die Einschränkung der Freiheit in diffuser Weise wahrgenommen werden), Aggression.

Die Reaktanz hat aber nicht nur Nachteile: Genutzt wird sie etwa in der Psychotherapie als paradoxe Intervention, was jedoch für Gesundheitskampagnen eher nicht dienlich ist, ja teilweise auch ins Gegenteil umschlagen kann (und bezüglich ethischen Aspekten nicht unproblematisch ist). In der individuellen Beratung/im Training kann Reaktanz freilich besser genutzt werden.

In der grossangelegten Gesundheitsprävention kann sie jedoch auch hilfreich sein: Durch die Achtsamkeit auf *nicht*-reaktanz-erzeugende Kommunikationsform («Möglichkeits-Kommunikation«, das Aufweisen von Vor- und Nachteilen, das Aussprechen von Einladungen in gewisse Erfahrungen etc., wie es etwa die hypnosystemische Psychotherapie nach Milton Erickson kennt und in der Weiterentwicklung etwa durch Gunther Schmidt).

**Weitere Faktoren**, die persönlichkeitspezifisch schwierig anzugehen sind:

- **Sensation seeking:** Personen, die nach Neuinformationen, immer stärkeren Stimulierungen und Aufregungen lechzen, laufen eher Gefahr, gesundheitsschädigendes Verhalten zu zeigen. Aber: Wenn sensation seeking mit Selbstwirksamkeit und Gewissensbildung (für die eigene Gesundheit aktiv sein) verbunden wird, kann dieser Faktor durchaus auch nützlich sein. Er steigert durch das Suchen von Anforderungen eventuell auch die Selbstwirksamkeit(serwartung) und kann so vielleicht auch gesundheitsförderlich wirken!
- **Typ-A-Verhalten:** Typ-A meint besonders feindliche, zynische Einstellung und ist in Verbindung mit Wettbewerbsorientiertheit u.a. beobachtet worden. Es existieren gut erwiesene Zusammenhänge mit KH-Krankheiten (Herzinfarkte!).
- **Optimistischer Fehlschluss:** Weinstein (1992) unterschied den funktionalen und dysfunktionalen optimistischen Fehlschluss. *Funktional:* Die eigene Selbstwirksamkeit wird *höher* eingeschätzt. *Dysfunktional:* Die Bedrohung wird geringgeschätzt («betrifft mich nicht, nur andere!«).

Gerade bei Rauchern zeigt sich dieser Faktor wiederholt als blockierender Faktor für Wandel.

- **Extraversion:** Asendorpf zeigte, dass Extraversion als Persönlichkeitsfaktor soziale Unterstützung begünstigt. Das bedeutet: Wer tiefe Extraversionswerte entwickelt hat, kann weniger von der sozialen Unterstützung profitieren. Damit fällt sowohl der Hauptwirkungseffekt (direkte Wirkung), wie auch der Puffereffekt (indirekte Wirkung) weg, die beide für soziale Unterstützung festgestellt wurden – und damit steigt auch die Krankheitsanfälligkeit, beziehungsweise sinkt sie nicht.

#### 4. Schlussbemerkungen

Sozialpsychologische Modelle, die verschiedene Faktoren aufweisen bezüglich der Schwierigkeit der Verhaltensänderung von krankheitsfördernden Gewohnheiten, sind sehr wichtig und müssen beachtet werden in der Anwendung wie in der Erforschung von Wandel. Beide – Anwendung wie Forschung – weisen auf die grosse individualisierte und persönlichkeitspezifische Bedeutung. Dabei spielen auch situations- wie persönlichkeitspezifische Bewertungen eine wichtige Rolle (Lazarus).

Für die Thematik ist selbstverständlich vieles nur angeschnitten und bedürfte detaillierterer Analysen – und vieles wäre aus gesundheits- bzw. sozialpsychologischer Sicht noch beizufügen, etwa die Schwierigkeiten des Rückfalls (Marlatt, 1985), wo Selbstattribution und kognitive Dissonanz sowie die Attribution von »Fehlverhalten« eine wichtige Rolle spielen.

Auch der Vergleich von Selbstkontroll-Modell versus Krankheitsmodell (welches noch in vielen Köpfen herumgeistert), wurde in dieser kurzen Überblicksarbeit nicht erwähnt und wäre mitzubedenken.

Des Weiteren wäre auch zu überlegen, wie eine Theorie des Wandels entwickelt werden könnte, die unbedingt auch Bezug nimmt auf die praktische und theoretische Philosophie des Wandels, der Lebensgestaltung und der spirituellen Lebenskunst.