

Schwarzer, Ralf

Ressourcen aufbauen und Prozesse steuern: Gesundheitsförderung aus psychologischer Sicht

Unterrichtswissenschaft 25 (1997) 2, S. 99-112

urn:nbn:de:0111-opus-78742



in Kooperation mit / in cooperation with:

BELTZ JUVENTA

<http://www.juventa.de>

Nutzungsbedingungen / conditions of use

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. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: 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.

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. Use of this document does not include any transfer of property rights and it is conditional to the following limitations: 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.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.
By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Kontakt / Contact:

peDOCS
Deutsches Institut für Internationale Pädagogische Forschung (DIPF)
Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft
Informationszentrum (IZ) Bildung
Schloßstr. 29, D-60486 Frankfurt am Main
E-Mail: pedocs@dipf.de
Internet: www.pedocs.de

Digitalisiert durch DIPF

Unterrichtswissenschaft

Zeitschrift für Lernforschung
25. Jahrgang / 1997 / Heft 2

Thema: Gesundheitsförderung

Verantwortlicher Herausgeber:
Ralf Schwarzer

- Ralf Schwarzer:
Einführung 98
- Ralf Schwarzer:
Ressourcen aufbauen und Prozesse steuern:
Gesundheitsförderung aus psychologischer Sicht 99
- Gabriele E. Dlugosch:
Grundlagen der Gesundheitsförderung bei Kindern
und Jugendlichen 113
- Matthias Jerusalem, Waldemar Mittag:
Schulische Gesundheitsförderung:
Differenzielle Wirkungen eines Interventionsprogramms 133
- Petra Kolip:
Das gleiche ist nicht dasselbe:
Zur Notwendigkeit geschlechtsspezifischer Suchtprävention
im Jugendalter 150
- Arnold Lohaus, Johannes Klein-Heßling:
Zur Eignung von Entspannungsverfahren für Kinder
im Grundschulalter 161
- Britta Renner, Reinhard Fuchs:
Vier Effekte der Risikokommunikation:
Konsequenzen für die Praxis der Gesundheitsförderung 172
- 97

Ralf Schwarzer

Ressourcen aufbauen und Prozesse steuern: Gesundheitsförderung aus psychologischer Sicht

Resource Building and Process Control:
Health Promotion Within a Psychological Framework

Gesundheitsförderung sollte theoretisch wohlbegründet sein und die aktuellen Erkenntnisse aus Psychologie und Gesundheitswissenschaft berücksichtigen. Dennoch ist die heutige Praxis der Gesundheitsförderung an veralteten Konzepten der Gesundheitsaufklärung orientiert, nach denen versucht wird, mit Wissen und Bedrohung oder gar Belohnung und Strafe das Verhalten zu ändern. Dagegen wird in der Gesundheitspsychologie die Änderung von Verhalten als ein komplexer Motivations- und Regulationsprozeß aufgefaßt, in den zahlreiche Bestimmungsstücke eingehen. In der anfänglichen Motivationsphase spielen Kognitionen, insbesondere Risikowahrnehmungen, Ergebniserwartungen und Selbstwirksamkeitserwartungen, eine Rolle. In der nachfolgenden Volitionsphase, in der es um die Umsetzung einer Absicht in einen Handlungsversuch sowie um die Aufrechterhaltung des Gesundheitsverhaltens gegen Widerstände geht, erweist sich die Selbstwirksamkeitserwartung wiederum als eine zentrale Einflußgröße.

Für die Gesundheitsförderung läßt sich daraus ableiten, daß man vor einer Intervention herausfinden muß, auf welcher Regulationsstufe sich die Adressaten befinden, um die herkömmliche Risikokommunikation durch eine gezielte Ressourcenkommunikation ergänzen zu können.

Health promotion should be based on theory and recent findings in psychology and public health. However, in practical settings, health promotion is still based too much on older educational concepts that focus on information and fear appeals or even reinforcement and punishment to change behaviors. In contrast, modern health psychology interprets the adoption and maintenance of health behaviors as a complex motivational and volitional process governed by multiple determinants. During the initial decision phase, cognitions such as risk perceptions, outcome expectancies, and perceived self-efficacy are most influential. In the subsequent volition phase, when a behavioral intention is being translated into action, perceived self-efficacy emerges appears as a key variable. This is also true for the maintenance of health behaviors in face of barriers and for recovery from relapse. Conclusions for health promotion are to first identify the actual stage of change and, then, to enrich risk communication by well-targeted resource communication.

Der vorliegende Beitrag soll nicht die empirischen Daten und konkreten Handlungsempfehlungen vorwegnehmen, die in den nachfolgenden Beiträgen zum Ausdruck gebracht werden. Vielmehr soll er die Thematik auf verständliche Weise einleiten und zugleich neue theoretische Perspektiven eröff-

nen, die aus der Sackgasse traditioneller Gesundheitsaufklärung führen und eine moderne, psychologisch fundierte Gesundheitsförderung entwickeln helfen können. Vieles von dem, was hier dargestellt wird, gilt für alle Menschen, nicht nur für Kinder und Jugendliche.

Bei der Gesundheitsförderung geht es allgemein darum, Menschen jeden Alters dazu zu veranlassen, für die eigene Gesundheit in proaktiver Weise Sorge zu tragen, das heißt, ihnen zu einer Lebensweise zu verhelfen, die sich auf Dauer in einer besseren Gesundheit bzw. einer höheren Lebenserwartung auswirkt. Das Ziel liegt im Abbau von Risikoverhalten, im Aufbau von Gesundheitsverhalten sowie in der Aufrechterhaltung von bereits erworbenen gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen. Gesundheitserzieher haben versucht, auf zwei Wegen zum Ziel zu gelangen: Wissen vermitteln und Angst erzeugen. Diese beiden traditionellen Prozeduren („information appeal“ und „fear appeal“) haben sich allerdings für das Präventionsziel als wenig tauglich erwiesen. Sie können allenfalls dazu dienen, nachfolgende Motivationsprozesse einzuleiten, insbesondere wenn beide Methoden wohl dosiert miteinander kombiniert werden (Taylor, 1991). Dies ist der Grundgedanke der Risikokommunikation. Man liefert Informationen über Gesundheitsrisiken, betont die Gefährlichkeit des möglichen Schadens sowie die eigene Verwundbarkeit der Adressaten und hofft, damit psychische Veränderungen zu erzeugen, die eines Tages im erwünschten Gesundheitsverhalten zum Ausdruck kommen.

Dieser Erziehungsprozeß ist von Schwierigkeiten gekennzeichnet und zeigt bei der Mehrheit der Adressaten offenbar nicht die gewünschten Erfolge, denn viele Risikoverhaltensweisen haben sich als sehr hartnäckig erwiesen, und pädagogische Eingriffe stoßen hier überhaupt auf nur geringe Akzeptanz. Es erscheint daher lohnenswert, vor dem Hintergrund moderner psychologischer Theorien insbesondere den motivationalen Prozessen nachzugehen, die zwischen der erzieherischen Botschaft und dem gesundheitlichen Handeln liegen. Die Frage ist also, wie aus pädagogischen Interventionen das erwünschte Zielverhalten entsteht und an welchen Nahtstellen dieses Prozesses die Wahrscheinlichkeit eines Scheiterns erhöht ist.

Im vorliegenden Beitrag soll zunächst die Motivations- oder Entscheidungsphase untersucht werden, dann vor allem das Geschehen, das zeitlich und kausal jenseits von Intentionen liegt, um einen Eindruck davon zu vermitteln, warum Menschen trotz guter Absichten nicht das erwünschte Gesundheitsverhalten ausführen. Für diese Betrachtung hilft die Unterscheidung zwischen Motivation und Volition (Heckhausen, 1989). Die Motivationsphase ist die des Wählens und Wollens, in der man sich zwischen alternativen Handlungszielen entscheidet. Man kann sich das so vorstellen, als fände ein innerer Kampf statt, bei dem sich widersprechende Wünsche und Bestrebungen um Durchsetzung ringen. Man kämpft zum Beispiel mit sich selber, ob man sich in Zukunft gesünder ernähren möchte und dafür auf ungesunde Köstlichkeiten zu verzichten bereit ist. Solche Prioritätensetzung geschieht angesichts von Wertvorstellungen, Rahmenbedingungen, Realisierungs-

chancen usw. Eine der Optionen setzt sich schließlich durch und wird damit zur Zielintention. Dieser kann man somit die Funktion zuschreiben, Entscheidungskonflikte zu beenden und die damit verbundene Spannung zu verringern.

Hat man sich schließlich zu einer Zielintention durchgerungen (z.B. „Ich will mich gesünder ernähren“), tritt man in die sogenannte Volitionsphase ein. Hier geht es um die mögliche Realisierung der Intention. „Der Geist ist willig, aber das Fleisch ist schwach“ ist eine treffende Formulierung, die angibt, daß zwar eine Intention gebildet wurde, aber die Realisierung auf Widerstand stößt. Die Umsetzung der Intention in eine Handlung ist also das primäre Problem. Später kommt die Frage nach der Aufrechterhaltung der initiierten Handlung hinzu. Die klassischen Motivationsvariablen Anstrengung und Ausdauer sind demnach eigentlich Volitionsvariablen, wenn man sich dem neueren Sprachgebrauch anschließt.

Die Volitionsphase läßt sich wiederum unterteilen in eine präaktionale und eine aktionale Phase: bevor es zur eigentlichen Handlung kommt, gilt es nämlich, diese vorzubereiten, indem man sich die Bedingungen und Realisierungsmöglichkeiten für die gewählte Handlung planerisch vor Augen führt. Die Planungsphase endet mit einer oder mehreren handlungsnahen Ausführungsintentionen, die zur Konkretisierung der vorher gebildeten Zielintention beitragen („Ich esse jetzt Müsli statt Eier und mache mir schon morgen ein gesundes Frühstück“). Vor der Handlung kommt es auf die Handlungsplanung, während der Handlung dagegen auf die Handlungskontrolle an. Es reicht nicht, sich zu einer allgemeinen Entscheidung durchzuringen, man muß auch konkret werden und die resultierenden Handlungselemente im Detail vorausplanen. Im folgenden wird nun genauer auf diese Prozesse eingegangen.

1. Gesundheitliche Ziele setzen: Subjektive Erwünschtheit und Machbarkeit

Die Frage, wie man zu einer Entscheidung zum Gesundheitsverhalten gelangt, hat viel mehr wissenschaftliche Aufmerksamkeit erfahren als die Frage, wie man diese Entscheidung in tatsächliches Handeln umsetzt. Dabei streiten sich die Gelehrten vor allem über die vorhersagemächtigsten psychologischen Konstrukte und über deren kausale Ordnung. Einige Psychologen haben dazu beigetragen, die „black box“ zwischen der pädagogischen Risikokommunikation und dem fraglichen Gesundheitsverhalten aufzuhellen. Ein Meilenstein auf diesem Weg war die *Theorie des rationalen Handelns* (*Theory of Reasoned Action*) von Fishbein und Ajzen (1975). Die Autoren vertraten die heute allgemein übliche Auffassung, daß ein sehr großer Teil unseres Verhaltens zielgerichtet und internal gesteuert ist und daß Menschen ganz bestimmte Intentionen entwickeln, die das nachfolgende Handeln bestimmen. Die Intention bildet den Endpunkt eines Motivationsprozesses und mündet dann in die beabsichtigte Handlung, sofern sich nicht unerwartet ir-

gendwelche inneren oder äußeren Barrieren aufstun, die diese Umsetzung verhindern. Intentionen kommen ihrerseits dadurch zustande, daß Einstellungen und soziale Erwartungen miteinander ins Kalkül gezogen werden. Einer der beiden Begründer dieser Theorie hat inzwischen ein erweitertes Modell mit dem Namen *Theorie des geplanten Verhaltens* vorgelegt (Ajzen, 1991). Neu ist daran die Berücksichtigung der „subjektiven Verhaltenskontrolle“ als einer weiteren Einflußgröße neben der Einstellung und den sozialen Erwartungen. Damit ist gemeint, daß die Person davon überzeugt sein kann, es selbst in der Hand zu haben, das Leben zu ändern. In einer Reihe von Studien hat sich vor allem diese dritte Determinante als einflußreich erwiesen. Dies gilt umso mehr, wenn man sie durch ein damit verwandtes und besser bewährtes Konstrukt ersetzt, nämlich die Selbstwirksamkeitserwartung, wie vor allem holländische Studien gezeigt haben (Kok et al., 1992).

Selbstwirksamkeitserwartung (perceived self-efficacy) wurde von Bandura (1977, 1992) als ein theoretisches Konstrukt ins Leben gerufen, das alle möglichen Verhaltensänderungen gut zu erklären und vorherzusagen vermag. Damit ist eine Überzeugung von persönlichen Handlungskompetenzen angesichts schwieriger Aufgaben gemeint. Dies wird übrigens auch als funktionaler Optimismus bezeichnet. Man ist also mehr oder weniger optimistisch davon überzeugt, mit Hilfe eigener Ressourcen, insbesondere eigener Fähigkeiten, eine Problemlage erfolgreich bewältigen zu können (vgl. auch Jerusalem, 1990). Obwohl die Theory of Reasoned Action auch in der Gesundheitspsychologie wichtige Forschungen angeregt hat, gilt sie heute jedoch gerade deswegen als überholt, weil sie die Komponente der optimistischen Selbstüberzeugungen nicht berücksichtigt hatte. Die Neuformulierung von Ajzen (1991) kann als ein Versuch angesehen werden, durch Einbezug dieser Komponente den alten Ansatz zu retten.

Bandura (1992) hat die Selbstwirksamkeitserwartungen von den *Handlungsergebnis-Erwartungen* (outcome expectancies) abgegrenzt. Dies sind bewußteinstensfähige Vorstellungen von den vielfältigen Konsequenzen diverser Handlungen. Das kommt zum Ausdruck in Formulierungen wie „Wenn man sich anstrengt, dann kann man auch eine halbe Stunde schwimmen / 3 kg Gewicht abnehmen / die Zähne vor Karies schützen usw.“ oder „Wenn man als einziger nicht raucht, dann wird man von den anderen nicht anerkannt“. Dies ist aus der traditionellen Gesundheitsaufklärung bekannt. Es entspricht dem Wissen über Zusammenhänge, das durch einfache Appelle oder systematischen Unterricht aufgebaut werden kann („information appeal“).

Solche Erwartungen von der Wirksamkeit bestimmter Handlungen sind zwar notwendig, aber nicht hinreichend, um gesundheitliche Ziele zu verfolgen. Vielmehr muß man auch daran glauben, persönlich zur erfolgreichen Ausführung dieser schwierigen Gesundheitshandlungen in der Lage zu sein. Mit *Selbstwirksamkeitserwartung* bezeichnet man explizit dieses Vertrauen in die eigene Kompetenz, auch schwierige Handlungen in Gang setzen und zu Ende führen zu können. Vor allem die Überwindung von Barrieren durch eigene Intervention kommt darin zum Ausdruck. Selbstwirksamkeitsgedan-

ken können zum Beispiel folgendermaßen lauten: „Ich bin sicher, daß ich den ganzen Nachmittag eisern für das Sportfest üben kann, auch wenn andere mich zum Spielen einladen“ oder „Ich bin sicher, daß ich eine Zigarette ablehnen kann, wenn andere mich zum Rauchen verführen wollen“. Die semantische Struktur dieser Selbstwirksamkeitserwartungen ist also charakterisiert durch die Formulierung einer subjektiven Gewißheit, eine Handlung auch dann ausführen zu können, wenn Barrieren auftreten. Die semantische Struktur der *Handlungsergebnis-Erwartungen* dagegen hat die Gestalt von Konditionalsätzen (*Wenn* etwas Bestimmtes getan wird, *dann* zieht dies bestimmte Konsequenzen nach sich). Beide Arten von Kausalbeziehungen sind mental repräsentiert und werden in bestimmten Situationen aus dem Gedächtnis abgerufen, den Gegebenheiten gemäß verändert oder ganz neu entwickelt. Diese Kognitionen sind - neben anderen Einflußgrößen - dafür verantwortlich, daß Ziele gesetzt und verfolgt werden. Nur wenn man an die grundsätzliche Machbarkeit einer Handlung glaubt und darüber hinaus die eigenen Handlungsressourcen für ausreichend hält, lohnt es sich, ein schwieriges Ziel in Angriff zu nehmen und viel Energie darauf zu verwenden.

Neben diesen beiden Einflußgrößen für die Motivation zum Gesundheitshandeln gibt es noch einen „Klassiker“, der nicht fehlen sollte: die bewußte Wahrnehmung eines gesundheitlichen Risikos. Dies wird damit begründet, daß Menschen nicht einsehen, warum sie ihr Verhalten ändern sollen, wenn ihr gegenwärtiges Verhalten risikolos ist. Somit sind es während der Motivationsphase drei Merkmale, die gemeinsam den Ausschlag für die Entwicklung einer bestimmten Zielintention geben: die Risikowahrnehmung, die *Ergebniserwartungen* und die *Selbstwirksamkeitserwartung*.

Die *Risikowahrnehmung* beruht auf einer subjektiven Einschätzung des Schweregrades von Erkrankungen sowie der eigenen Verwundbarkeit, woraus sich ein bestimmter Grad von Bedrohung ergibt („Ich fürchte, daß ich eines Tages Lungenkrebs bekommen könnte“). Es wird darüber spekuliert, ob die Wahrnehmung von Risiken nur eine Initialzündung für Motivationsprozesse liefert oder ob sich die drei Merkmale vielleicht gegenseitig aufschaukeln.

In der sozial-kognitiven Prozeßtheorie des Gesundheitsverhaltens (Schwarzer, 1996) wird von folgendem Ineinandewirken der drei Einflußgrößen ausgegangen. Danach löst die Risikowahrnehmung zunächst kognitive Prozesse aus wie z.B. die Suche nach Informationen über mögliche Gegenmaßnahmen oder die Bewertung von Handlungen und Handlungsergebnissen. Solche *Ergebniserwartungen* können präventionshinderlich („*Wenn* ich weiterrauche, *dann* mögen mich meine Freunde“) oder präventionsförderlich sein („*Wenn* ich jetzt mit dem Rauchen aufhöre, *dann* erholt sich meine Lunge bald wieder“). Risikowahrnehmung und *Ergebniserwartungen* bleiben jedoch oft wirkungslos, wenn sie nicht von *Selbstwirksamkeitserwartung* begleitet werden („Ich bin mir sicher, daß ich eine Zigarette ablehnen *kann*, auch wenn mich die anderen sehr drängen“ oder „Ich weiß ganz sicher, daß ich *trotz* der Entzugserscheinungen die Kraft aufbringen *kann*, mit dem Rau-

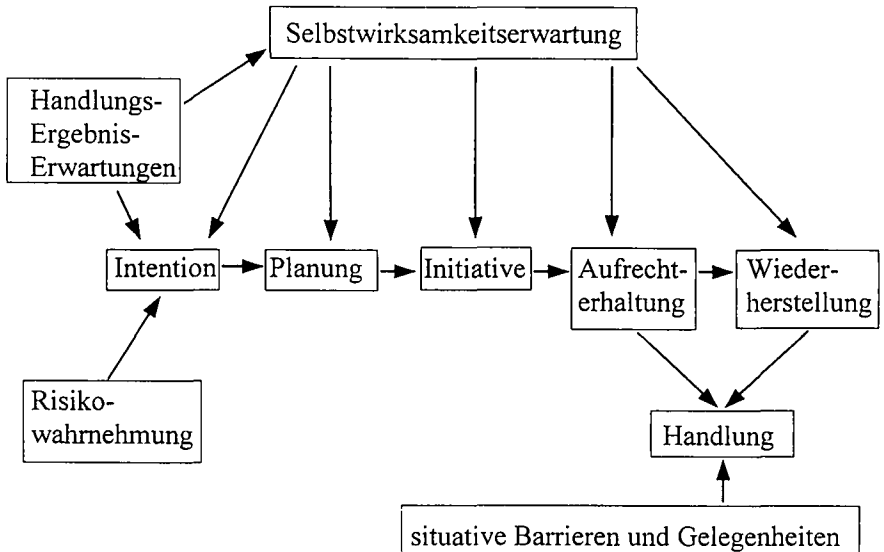
chen aufzuhören“). Die Frage nach der kausalen Ordnung der drei maßgeblichen Merkmale innerhalb des Motivationsprozesses ist jedoch bisher noch empirisch ungeklärt. Vermutlich beeinflussen die Risikowahrnehmung und die Ergebniserwartung gemeinsam mehr den Aspekt der subjektiven Erwünschtheit eines Gesundheitsverhaltens, die Selbstwirksamkeitserwartung dagegen eher dessen subjektive Machbarkeit.

2. Gesundheitliche Ziele in präventives Handeln übersetzen

Kondome zu benutzen, das Körpergewicht zu reduzieren, das Rauchen zu unterlassen oder ein hartes Sporttraining zu beginnen, sind Zielverhaltensweisen, die oft nur schwer in die Praxis umzusetzen sind. Wenn die drei genannten Einflußgrößen dafür ausreichen, eine entsprechende Zielintention zu bilden, garantiert dies keineswegs eine Verhaltensänderung. Wir gehen mit vielen Zielen, Wünschen und Vornahmen durch die Welt, ohne sie jemals in die Tat umzusetzen, weil zu viele Barrieren und Hindernisse auf dem Weg liegen oder weil sie angesichts ihrer Vielfalt sowie angesichts unzähliger konkurrierender Alltagserfordernisse einfach „untergehen“.

Abbildung 1:

Sozial-kognitives Prozeßmodell des Gesundheitsverhaltens von Schwarzer (1996)



Warum dies so ist, ist Gegenstand volitionstheoretischer Überlegungen. Wenn mit der Intentionsbildung die Motivationsphase (im engeren Sinne) beendet ist, beginnt die Volitionsphase, in der es um drei Prozesse geht, nämlich (a) die Planung und Initiierung einer Handlung, (b) ihre Aufrechterhaltung trotz Widerstände und (c) ihre Wiederherstellung, falls sie unterbrochen war (vgl. Gollwitzer & Oettingen, 1997; Heckhausen, 1989; Kuhl &

Beckmann, 1994). Veranschaulichen lassen sich diese Prozesse anhand des sozial-kognitiven Prozeßmodells des Gesundheitsverhaltens (Abbildung 1).

2.1 Initiative: Die Gelegenheit beim Schopf packen

Ein erwünschtes Verhalten aufzuschieben, ist gängige Praxis. Unter dem Schlagwort "Prokrastination" wird dies erforscht. Manche Menschen kriegen nicht den nötigen Schwung, ihnen fehlt die Basisaktiviertheit, um ihre Trägheit zu überwinden (Allmer, 1997). Man kann es aber auch als ein kognitives Phänomen ansehen: sie haben noch nicht die optimalen, spezifischen Intentionen entwickelt. Gollwitzer (1993) unterscheidet zwei Arten von Intentionen: *Zielintentionen* (goal intentions) und *Ausführungsintentionen* (implementation intentions). „Ich habe die Absicht, x zu tun“ wäre die erste, „Ich will auf folgende Weise mit x beginnen, sobald die Bedingungen dafür erfüllt sind“ wäre die zweite. Man kann das eine in das andere umwandeln, indem man zum Beispiel die Absicht, das Rauchen aufgeben zu wollen, konkretisiert und sagt „Morgen werfe ich alle Tabakwaren und Aschenbecher weg, und wenn mir jemand eine Zigarette anbietet, lehne ich sie ab“. Darin wird zum Ausdruck gebracht, inwieweit man seine Vorstellungen angesichts konkreter Situationen zu realisieren beabsichtigt. Mit der Zielintention wird ein globales Verhalten angestrebt („Ich will in Zukunft Sport treiben“), mit der Ausführungsintention dagegen wird präzise beschrieben, *wann*, *wo* und *wie* man damit beginnen will. Ausführungsintentionen schriftlich zu formulieren, hat sich in vielen Fällen bewährt. Sich selbst auf einen Zeitpunkt und Ort festzulegen, an dem das Beabsichtigte in Gang kommen soll, begünstigt offenbar die Umsetzung einer Zielintention in eine Handlung. Dies wird in der Raucherentwöhnung mit Erfolg praktiziert. Mit der Zielintention allein, sich das Rauchen abgewöhnen zu wollen, kommt man in der Regel nicht weiter, solange man keine Ausführungsintentionen formuliert. Man muß vielmehr ganz genau planen, welche Schritte man wann zu unternehmen gedenkt. Die präaktionale Volitionsphase kann dabei Wochen dauern und der Charakter eines „Count down“ tragen, bei dem man sich durch Vorbereitungshandlungen und -gedanken auf den Tag X zubewegt, den Tag, der eine wichtige Lebenszäsur bedeutet und der so unvergeßlich werden soll wie der eigene Geburtstag. Man überlegt sich, was man mit den restlichen Zigaretten tun will, wie man sich eine rauchfreie Umwelt verschafft, welchen Rauchern man dabei möglichst aus dem Weg gehen muß und an wen man sich vertrauensvoll anlehnt, wenn man Unterstützung braucht. Außerdem legt man den Tag X so, daß gerade eine Streßphase vorbei ist, in der die Versuchung zu rauchen übermächtig werden könnte.

Die Motivationsphase, in der Wünsche erwogen und Zielintentionen gebildet werden, ist nicht *realisierungsorientiert*, sondern *realitätsorientiert*, das heißt, man befindet sich in einer psychischen Verfassung, in der man für vielfältige Anregungen aus der umgebenden Wirklichkeit offen ist. Diese kognitive Orientierung bezeichnet Gollwitzer als „deliberative mindset“. In der Volitionsphase dagegen schaltet man auf ein „implemental mindset“ um, eine andere kognitive Orientierung, die weniger offen für Alternativen ist und in

der die Aufmerksamkeit auf die Handlungsrealisierung gerichtet ist. Eine solche Abschottung ist funktional für die Zielverfolgung. Darüber hinaus wird die Erwünschtheit des Ziels eher überschätzt, und seine Erreichbarkeit wird eher zu optimistisch gesehen. Wenn man sich erst einmal für eine Sache entschieden hat, engt man den Blickwinkel ein und konzentriert sich mit Zuversicht darauf, das Ziel zu verfolgen. Die Formulierung von Ausführungsintentionen geschieht also eher in einer konstruktiv-optimistischen Grundstimmung, während die Bildung von Zielintentionen schon eher mit abwartender Skepsis und mehr Realitätssicht erfolgt.

Überträgt man die Befunde von Gollwitzer auf die neuere Optimismusforschung (vgl. Schwarzer & Renner, 1997; Taylor & Gollwitzer, 1995), so ergibt sich daraus die Hypothese, daß der verbreitete unrealistische Optimismus lediglich ein phasenspezifisches Phänomen darstellt. Er müßte vor allem dann auftreten, wenn man sich gerade auf dem Wege der Zielverfolgung befindet, also eine kognitive Orientierung einnimmt, die einem „implemental mindset“ entspricht. Realistischer oder gar pessimistischer müßte man dagegen sein, wenn man - in der Motivationsphase - dabei ist, sich zwischen konfligierenden Alternativen entscheiden zu müssen (deliberative mindset).

Der Selbstwirksamkeitserwartung kommt somit eine Schlüsselrolle zu, wenn es um die Umsetzung einer Intention in eine Gesundheitshandlung geht. Wer optimistisch an die eigene Kompetenz glaubt, sich zu einem schwierigen Verhalten überwinden zu können, wird schon eher mal einen Versuch wagen als jemand, der von Selbstzweifeln geplagt wird. Die Theorien von Bandura (1992) und Gollwitzer (1993) machen hier dieselben Vorhersagen, auch wenn tendenziell die erste eher von der Persönlichkeit her argumentiert, die zweite dagegen von einem kognitiven Zustand her (trait vs. mindset). Selbstwirksamkeit beflügelt die Handlungsinitiative wahrscheinlich mehr als den vorauslaufenden Entscheidungsprozeß. Dafür gibt es empirische Hinweise (Schwarzer & Fuchs, 1996). Demnach kann man vermuten, daß in der Motivationsphase die Ergebniserwartungen stärker zum Zuge kommen, um eine Intention herauszubilden, während in der Volitionsphase die Selbstwirksamkeitserwartung dominiert.

Im folgenden soll ein weiterer Ausschnitt aus dem *sozial-kognitiven Prozeßmodell gesundheitlichen Handelns* skizziert werden, die eigentliche Handlungsphase.

2.2 Aufrechterhaltung und Wiederherstellung: ein Ziel hartnäckig verfolgen und sich von Rückschlägen erholen

In der präaktionalen Phase der Volition wird die beabsichtigte Handlung im Detail geplant. Das Wie und Wo der Handlung wird festgelegt, wobei eine ganze Reihe alternativer Ausführungsideen generiert werden kann. Dann wird die Handlung initiiert (bzw. desaktiviert, wenn es um die Unterlassung eines kritischen Verhaltens geht). Mit Handlung ist hier sowohl ein Gesundheitsverhalten gemeint (z.B. Zähneputzen) als auch die Unterlassung eines

Risikoverhaltens (z.B. Rauchen). Auf etwas Reizvolles oder Gewohntes zu verzichten, erfordert einen aktiven Bewältigungsprozeß mit der nötigen Volitionsstärke. Während der aktionalen Phase findet eine ständige *Handlungsausführungskontrolle* statt, in der es darum geht, sowohl die Handlung als auch die Intentionen gegenüber Distraktoren abzuschirmen. Metakognitive Abschirm- und Durchhaltetendenzen können dafür sorgen, daß man nicht „abdriftet“, nicht die Handlung unterbricht und nicht seine Aufmerksamkeit ständig anderen Dingen widmet. Gäbe es keine metakognitive Kontrollinstanz, würden wir den „roten Faden“ verlieren, uns von den augenblicklichen Umständen hin- und herschieben lassen und die Handlungsziele aus den Augen verlieren. Zu solchen Metakognitionen gehören auch „Durchhalteparolen“ wie z.B. „Wenn ich jetzt aufgebe, war alles umsonst, was ich bisher schon an Anstrengung in dieses Gesundheitsverhalten investiert habe“.

Um den Einfluß von Selbstwirksamkeitserwartung auf das Gesundheitsverhalten in verschiedenen Phasen zu beleuchten, haben Marlatt, Baer und Quigley (1995) die Unterscheidung von „action self-efficacy“, „coping self-efficacy“ und „recovery self-efficacy“ vorgenommen. In ihren Arbeiten zur Abhängigkeit von Nikotin, Alkohol und anderen Drogen haben sie herausgefunden, daß unterschiedliche kognitive Prozesse erforderlich sind, um Abstinenzziele hartnäckig und erfolgreich zu verfolgen. Beim ersten Versuch, das Risikoverhalten zu unterlassen, wird man von Optimismus beflügelt, indem man sich zutraut, aus eigener Kraft eine Pause von der Abhängigkeit einzulegen. Dann treten Schwierigkeiten auf, Hindernisse und Barrieren legen sich in den Weg. Hier geht es um Coping, also strategisches Bewältigungsverhalten, welches wiederum begünstigt wird, wenn man dafür entsprechende Selbstwirksamkeitserwartungen ausgebildet hat. Schließlich muß auch mit Rückschlägen oder Mißerfolgen gerechnet werden. Dafür müssen geeignete Wiederherstellungsstrategien erworben worden sein, also z.B. optimistische Interpretationsweisen, die das kritische Ereignis in einem nicht zu ungünstigen Licht erscheinen lassen.

Die Abbildung 1 enthält nicht nur mehrere zeitliche Phasen, sondern auch drei vertikale Ebenen: eine kognitive, eine handlungsbezogene und eine situative Ebene. Die Betrachtung lag hier auf den kognitiven Prozessen, weil vor allem sie eine neue theoretische Perspektive zum Ausdruck bringen. Daneben bleibt unbenommen, daß es viele andere Faktoren gibt, die ein bestimmtes Gesundheitsverhalten determinieren. Auf der situativen Ebene z.B. kommt der sozialen Unterstützung besondere Bedeutung zu (Leppin & Schwarzer, 1997).

3. Pädagogische Beeinflussung von gesundheitlicher Zielsetzung und Handeln

3.1 Vorbeugen oder Schaden begrenzen?

Pädagogen stellen sich die optimale Gesundheitserziehung vor allem als eine präventive Maßnahme vor. Die Absicht, gesundheitliches Risikoverhal-

ten nur durch Primärprävention in der Schule frühzeitig unterbinden zu wollen, hat sich allerdings als illusorisch erwiesen. Worauf es genauso ankommt, sind Maßnahmen zur Schadensbegrenzung, damit sich das Problemverhalten nicht stabilisiert oder generalisiert. Die Droge zum Beispiel darf nicht zur Einstiegsdroge werden. Rauchen und Trinken müssen vielmehr der kompetenten Selbstkontrolle unterliegen. Die Kombination mehrerer Risikoverhaltensweisen darf nicht zu einem riskanten Lebensstil entarten. Die Jugendlichen dürfen also nicht in eine ungesunde Subkultur abgleiten, die ihnen nur scheinbar Halt bietet, sondern müssen ihre entwicklungsgemäßen Erfahrungen mit Risikoverhaltensweisen machen dürfen.

Seelisch gesunde Jugendliche experimentieren normalerweise mit riskanten Aktivitäten, einfach weil dies zu den Entwicklungsaufgaben gehört. Der springende Punkt bei der Schadensbegrenzung liegt in der Erzeugung und Kultivierung vielfältiger Selbstwirksamkeitserwartungen für riskante Situationen. Die Jugendlichen müssen zunehmend Bewältigungskompetenz erwerben, um soziale und andere Versuchungssituationen in den Griff zu bekommen. Sie müssen lernen, daß nicht nur die Entstehung eines Risikos beeinflussbar ist, sondern auch das Ausmaß eines Schadens, wenn einmal etwas schiefgegangen ist.

3.2 *Risikokommunikation oder Ressourcenkommunikation?*

Man kann Jugendliche darüber aufklären, daß Rauchen die Entstehung von Lungenkrebs im späteren Leben begünstigt. Oder man mag ihnen einreden, daß sie eines Tages Karies und Parodontose bekommen, wenn sie sich jetzt nicht gründlich die Zähne putzen. Diese Aufklärung ist allerdings weitgehend wirkungslos, denn die meisten Kinder und Jugendlichen sind mit einem *defensiven Optimismus* ausgestattet. Sie hegen positive Illusionen über ihren Lebenserfolg und verzerren Informationen über drohende Gefahren. Dies wiederum kann ein durchaus funktionaler Mechanismus sein, der die Alltagsbewältigung erleichtert. Wo kämen wir hin, wenn wir ständig den Blick auf die objektiven Gefährdungen richten würden, die unser Leben und unsere Gesundheit bedrohen? Wissensvermittlung und Risikokommunikation sind herkömmliche Methoden der Verhaltensbeeinflussung. Den Jugendlichen gegenüber anschaulich die Gefahren auszumalen, die zum Beispiel durch Rauchen, Schnellfahren oder ungeschützten Geschlechtsverkehr entstehen können, mag subjektive Bedrohung erzeugen, aber das reicht bei weitem nicht aus, um präventives Handeln in Gang zu bringen. Man kann dadurch lediglich einen Motivationsprozeß ankurbeln, ohne jedoch zu einer konstruktiven Absichtserklärung zu gelangen. Forschungsarbeiten haben wiederholt gezeigt, daß die Risikowahrnehmung eine viel schwächere Motivationswirkung nach sich zieht als die Selbstwirksamkeitserwartung. Demnach spielt das Vertrauen in die eigene Fähigkeit eine deutlich größere Rolle zur Regulation schwieriger Anforderungen. Nicht das Risiko sollte daher im Vordergrund pädagogischer Bemühungen stehen, sondern die Ressourcen. Die wichtigste Ressource ist die Gewißheit eigener Handlungskompetenz.

Wer sich reich an Ressourcen glaubt, steuert sein Verhalten eher selbst, anstatt es passiv schicksalhaften Kräften zu überlassen.

3.3 *Optimismus fördern oder reduzieren?*

Damit hängt die Frage zusammen, wie man dem Optimismus begegnet. Dazu gibt es differenzierte Antworten (Schwarzer & Renner, 1997). Defensiver Optimismus ist die unrealistisch niedrige Einschätzung von Gesundheitsgefahren. Funktionaler Optimismus dagegen betont die eigene Kompetenz, auch schwierige Gesundheitsverhaltensweisen auszuführen. Beide Arten von Optimismus können in derselben Person vorhanden sein, dann aber bevorzugt zu verschiedenen Zeitpunkten innerhalb eines selbstregulativen Zielerreichungsprozesses. In der Motivationsphase, in der es um den Konflikt zwischen Alternativen geht, ist oft der defensive Optimismus stärker. Positive Illusionen von der eigenen Unverwundbarkeit verstellen den Blick auf präventives Handeln. Darum kommt in dieser Phase der Risikokommunikation durchaus eine Bedeutung zu. Ganz ohne sie geht es nicht. Jenseits der Entscheidung für ein Gesundheitsverhalten jedoch, also in der Volitionsphase, macht es keinen Sinn mehr, über Risiken zu sprechen. Dann geht es nur noch um die Förderung der Kompetenzwahrnehmung. Funktionaler Optimismus beflügelt die Handlungsausführung.

3.4 *Förderung des gesundheitsdienlichen Selbstmanagements*

Was geht dem Jugendlichen durch den Kopf, wenn er gesundheitsbezogene Selbstwirksamkeitserwartung aufbaut? Er muß sich der eigenen Ressourcen bewußt werden und kann diese auch leicht überschätzen. Er beachtet, wieviel Anstrengung für die Zielerreichung aufgewendet wird und welche Schlußfolgerungen sich daraus für die bis dahin erworbene Kompetenz ergeben. Dies wird Bestandteil von *konstruktiven Selbstgesprächen*. Seligman (1991) hat herausgefunden, wie seelisch gesunde Menschen ein positives Bild von sich, von der Welt und von der Zukunft entwickeln. Sie verfügen über einen optimistischen Interpretationsstil, indem sie positive Ereignisse (a) sich selbst zuschreiben, (b) sie für zeitstabil halten und (c) sie auch noch auf andere Bereiche verallgemeinern. Negative Ereignisse dagegen erhalten das umgekehrte Zuschreibungsmuster. Diesen „Trick“ kann man lernen und dadurch zu einem „Optimisten“ werden. Man kann sich angewöhnen, bei der Interpretation von positiven Ereignissen zunächst den Beitrag auszufiltern und hervorzuheben, der auf persönliche Kompetenz zurückgeht. Bei negativen Ereignissen wäre es dagegen günstig, das eigene Verschulden nicht zu dramatisieren. Es soll andererseits aber auch nicht geleugnet oder verniedlicht werden, denn realistische Rückmeldungen haben den Vorteil, korrigierend auf die nachfolgende Selbstregulation einwirken zu können. Eine leichte Überschätzung der Selbstwirksamkeitserwartung inspiriert zu Visionen, spornt zu neuen Taten an und wappnet gegen die Konsequenzen von Fehlschlägen. Erst wenn die Selbstillusionen zu weit von der Realität abgehoben sind, wirken sie destruktiv. Wer fälschlicherweise darauf vertraut, schwimmen zu können, und daraufhin ins tiefe Wasser springt, hat dann nicht mehr

viel Gelegenheit zur Selbstregulation. Die bekannten Allmachtsvorstellungen von Kindern sollte man daher nicht voreilig zerstören, sondern behutsam pflegen, solange nicht die Gefahr des Scheiterns zu groß wird und der Realitätsgewinn mit Schmerzen erkauft werden muß.

Wohldosierte *Erfolgserfahrungen* sind das stärkste Mittel, um Selbstwirksamkeitserwartungen aufzubauen (Bandura, 1992). Man muß den Jugendlichen Erfolge vermitteln, die sie ihrer Anstrengung und Fähigkeit zuschreiben können. Es bringt ihnen pädagogisch nichts, wenn sie in der Lotterie gewinnen, aber es fördert ihre Motivation, wenn sie sehen, daß sich Anstrengung auszahlt und daß dabei die eigene Qualifikation zunimmt. Das Vermitteln solcher Erfolge und die Sicherung ihrer angemessenen Interpretation geschieht durch das *Setzen von Nahzielen* und das Unterstützen von Bewältigungsstrategien. Zunächst können die Nahziele fremdgesetzt sein und den Charakter von Empfehlungen tragen. Später sollen die Jugendlichen in der Lage sein, sich selbstregulativ die Nahziele so zu setzen, daß sie erreichbar, aber dennoch herausfordernd sind. Mit Strategien sind solche gemeint, die das Lernen in der Schule, aber auch den Umgang mit sich selbst betreffen. Je begrenzter das Strategierepertoire der Jugendlichen ist, desto mehr Ideen müssen beratend an sie herangetragen werden.

Oft gibt es nicht genügend Gelegenheiten, Erfahrungen selbst zu machen. Dann sollten *Verhaltensmodelle* bereitgestellt werden, die zur Nachahmung empfohlen werden. Modelle erzielen dann eine gute Wirkung, wenn sie dem Jugendlichen in Alter, Geschlecht und sonstigen Attributen möglichst ähnlich sind. Eltern, Lehrer, Sportler und Schauspieler können zwar eine Modellwirkung ausüben, aber der soziale Vergleich, der Aufschluß über eigene Fähigkeiten liefert, wird durch große Distanzen erschwert. Am besten sind „selbsthüllende Bewältigungsmodelle“, also solche, die mit einem Problem zu kämpfen haben und dabei deutlich kommunizieren, wie sie damit umgehen und wie sie die einzelnen Schwierigkeitselemente durch Selbstregulation überwinden. Will sich zum Beispiel jemand das Rauchen abgewöhnen, profitiert er am besten von einem anderen, der ihm darin ein paar Wochen voraus ist. Hier liegt übrigens auch die Lehreffektivität von individueller Nachhilfe oder Tutorien begründet, wenn jemand von einem anderen Schüler unterrichtet wird, der die Mathematikaufgaben zum Beispiel selbst erst kürzlich unter Schwierigkeiten verstanden hat. Auch bei der Beobachtung und Imitation von Modellen kommt es auf die Wahrnehmung von eigenen Ressourcen, auf konstruktive Selbstgespräche, die optimistische Interpretation von Ereignissen und das Setzen von Nahzielen an. Die dritte und vergleichsweise schwächste Methode des Erwerbs von Selbstwirksamkeitserwartung liegt in der *Überredung* („Du kannst es ...“). Man redet dem Jugendlichen ein, er möge Vertrauen in seine Kompetenz haben, da ein reiches Potential in ihm schlummere, das nur geweckt und entwickelt zu werden braucht. Wenn jemand, der Autorität ausstrahlt, eine solche Überredung vornimmt (z.B. ein guter Freund), dann kann dies wirken. Eltern und Lehrer verlieren jedoch gegenüber Jugendlichen zunehmend die Autorität, die ihnen während der Kindheitsphase zugeschrieben wurde. Ihre Überredungsversu-

che werden argwöhnisch durchschaut und können dann gerade das Gegenteil von dem Beabsichtigten bewirken. Optimal wäre es, wenn ein älterer Jugendlicher einen jüngeren im Sinne von „Coaching“ individuell durch eine kritische Gesundheitsverhaltensphase hindurchsteuern könnte.

4. Fazit

Gesundheitserziehung sollte als ein Vorgang betrachtet werden, der sich in mehrere Prozesse unterteilen läßt. Dazu gehören die Motivationsphase und die präaktionale sowie die aktionale Volitionsphase. In jeder Phase gelten möglicherweise andere Erklärungs- und Vorhersagemodelle. Die Risikowahrnehmung, die vielleicht noch in der Motivationsphase stimulierend wirken mag, dürfte danach weitgehend bedeutungslos werden. Selbstwirksamkeitserwartung dagegen wirkt in allen Phasen förderlich. Zielintentionen kommen vermutlich unter dem besonderen Einfluß von Ergebniserwartungen zustande, Ausführungsintentionen mehr aufgrund von Selbstwirksamkeitserwartung.

Nachdem heute bekannt ist, daß die Vermittlung von Wissen und die Erzeugung von Bedrohung allein noch keine tauglichen Mittel darstellen, um das Gesundheitsverhalten zu fördern, muß man sich nach besseren Methoden umsehen. Dabei hilft ein Blick auf die aktuelle wissenschaftliche Debatte über Gesundheitsverhaltenstheorien. Die konkurrierenden Modelle weisen neuerdings eine Konvergenz bezüglich der verwendeten Konstrukte auf, indem sie - teils unter verschiedenen Namen - ihre Erklärungskraft mit Hilfe des Konstrukts der Selbstwirksamkeitserwartung zu verbessern suchen. Dahinter steht der Gedanke, daß der Risikobegriff zu kurz greift, um daraus pädagogische Interventionen abzuleiten. Statt dessen tritt der Ressourcenbegriff in den Vordergrund. Man muß offenbar den Adressaten vermitteln, daß sie Anlaß zu Optimismus haben, weil sie wirklich selbst über die Handlungskompetenz verfügen, um wirksame Präventionsmaßnahmen zum Schutz ihrer Gesundheit ergreifen zu können. Darüber hinaus muß deutlich werden, daß auch die Schadensbegrenzung ein wichtiges pädagogisches Ziel darstellt, für das es sich lohnt, spezifische Kompetenzen aufzubauen.

Diese Überlegungen beruhen zum großen Teil auf Grundlagenforschung in der Psychologie, weniger jedoch auf Erfahrungen in der praktischen Anwendung im pädagogischen Feld. Es bleibt zu hoffen, daß sich die gesundheitspädagogische Interventionsforschung stärker als bisher von dem gegenwärtigen Stand der psychologischen Theoriebildung leiten läßt.

Literatur

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Allmer, H. (1997). Intention und Volition. In R. Schwarzer (Hg.), *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch* (S. 67-89) (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1992). Exercise of personal agency through the self-efficacy mechanism. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 3-38). Washington, DC: Hemisphere.
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Gollwitzer, P. M. (1993). Goal achievement: The role of intentions. In W. Stroebe & M. Hewstone (Eds.), *European review of social psychology* (Vol. 4, pp. 141-185). Chichester: Wiley.
- Gollwitzer, P. M. & Oettingen, G. (1997, in press). The emergence and implementation of health goals. *Psychology and Health*.
- Heckhausen, H. (1989). *Motivation und Handeln*. Berlin: Springer.
- Jerusalem, M. (1990). *Persönliche Ressourcen, Vulnerabilität und Streßerleben*. Göttingen: Hogrefe.
- Kok, G., Den Boer, D., DeVries, H., Gerards, F., Hospers, H. J. & Mudde, A. N. (1992). Self-efficacy and attribution theory in health education. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 245-262). Washington, DC: Hemisphere.
- Kuhl, J. (1983). *Motivation, Konflikt und Handlungskontrolle*. Berlin: Springer.
- Kuhl, J. & Beckmann, J. (Eds.) (1994). *Volition and personality: Action versus state orientation*. Göttingen/Toronto: Hogrefe.
- Leppin, A. & Schwarzer, R. (1997). Sozialer Rückhalt, Krankheit und Gesundheitsverhalten. In R. Schwarzer (Hg.), *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch* (S. 349-373) (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Marlatt, G. A., Baer, J. S., & Quigley, L. A. (1995). Self-efficacy and addictive behavior. In A. Bandura (Ed.), *Self-efficacy in changing societies* (pp. 289-315). New York: Cambridge University Press.
- Schwarzer, R. (1996). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. & Fuchs, R. (1996). Self-efficacy and health behaviors. In M. Conner & P. Norman (Eds.), *Predicting health behavior: Research and practice with social cognition models* (pp. 163-196). Buckingham, UK: Open University Press.
- Schwarzer, R. & Renner, B. (1997). Risikoeinschätzung und Optimismus. In R. Schwarzer (Hg.), *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch* (S. 43-66) (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Seligman, M. E. P. (1991). *Learned optimism*. New York: Knopf.
- Taylor, S. E. (1991). *Health psychology* (2nd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Taylor, S. E., & Gollwitzer, P. M. (1995). Effects of mindset on positive illusions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 213-226.

Anschrift des Autors:

Prof. Dr. Ralf Schwarzer, Freie Universität Berlin, Institut für Arbeits-, Organisations- und Gesundheitspsychologie (WE 10)
 Habelschwerdter Allee 45, D-14195 Berlin,
 Telefon (030) 8 38 56 30, Telefax (030) 8 38 56 34
 E-Mail: fu1270ap@zedat.fu-berlin.de
 Website <http://www.yorku.ca/academics/schwarze/>