# Was uns am Laufen hält: Vorhersagen von Bewegungsadhärenz durch Affekt und Attributionsstile

Enno Winkler

Lehrgebiet Gesundheitspsychologie, Externer Betreuer Dr. Sascha Leisterer (Humboldt-Universität zu Berlin), Fernuniversität Hagen

# Author Note

Enno Winkler  http://orcid.org/0000-0000-0000-0001

# Zusammenfassung

This document is a template.

*Schlüsselwörter*: keyword1, keyword2, keyword3

# Was uns am Laufen hält: Vorhersagen von Bewegungsadhärenz durch Affekt und Attributionsstile

Die Empfehlungen zu regelmäßiger physischer Aktivität (PA, [Caspersen et al., 1985](#ref-caspersen1985physical)) der WHO ([World Health Organization, 2010](#ref-WHO2010)) werden von nur etwa 26% der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland in Bezug auf Muskel- und Ausdauertraining erreicht ([Robert Koch-Institut, 2022](#ref-RKI_2022)). Das hat großen gesundheitlichen und finanziellen Schaden zur Folge. Ding et al. ([2016](#ref-Ding2016)) gingen der Frage nach, welche Kosten sich jährlich und weltweit durch Produktivitätsausfälle und Behandlungskosten als Folge von Inaktivität ergeben. Als Endergebnis nennen die Autor:innen, dass der Gesamtbetrag einer konservativen Schätzung nach zwischen 19 und 182 Milliarden, einer weniger konservativen Schätzung nach allerdings zwischen 47 und 339 Milliarden Dollar liegt. Dabei sind die gesundheitlichen Vorteile von PA ermutigend. Menschen, die ein relativ hohes Niveau an PA berichten, zeigen eine deutlich reduzierte Mortalität ([Warburton, 2006](#ref-Warburton2006)). Auch Studien mit direkten Messmethoden kommen zu diesem Ergebnis. So fanden Myers et al. ([2004](#ref-Myers2004)) in einer Analyse der Trainingskapazität von Männern im fortgeschrittenen Erwachsenenalter eine um etwa 20% reduzierte Mortalität pro Zuwachs des Aktivitätsniveaus um ein metabolisches Äquivalent. Eine Erklärung dafür ist, dass aktivere Individuen seltener an chronischen Krankheiten erkranken. Lee et al. ([2012](#ref-Lee2012)) berichten in einer Meta-Analyse, dass die Krankheitslast von Herz-Kreislaufkrankheiten, Krebs und Diabetes bei Inaktivität um 6-10% erhöht ist und dass damit eine um mehr als ein halbes Jahr verkürzte durchschnittliche Lebenserwartung einhergeht. Körperliche Aktivität bringt auch Vorteile für die psychische Gesundheit. Das geschieht sowohl durch die Veränderung physiologischer als auch psychologischer Zustände im Körper ([Mikkelsen et al., 2017](#ref-Mikkelsen2017)). Einschränkend ist anzumerken, dass sich eine solche Wirkung nicht immer zeigt. Beispielsweise zeigt sich PA effektiv in der Behandlung, nicht aber in der Prävention von Depression ([Carter et al., 2016](#ref-Carter2016); [Paluska & Schwenk, 2000](#ref-Paluska2000)).

Der Fokus von Studien zur Bewegungsförderung lag bisher auf Interventionen, die inaktive Personen dazu ermutigen, sich mehr zu bewegen und auf der Adhärenz zu solchen Interventionen (siehe z.B. [Gillison et al., 2009](#ref-Gillison2009)). Weniger Studien befassten sich mit der Frage, welche Faktoren die Aufrechterhaltung einer Bewegungsgewohnheit von Personen, die bereits gewohnheitsmäßig aktiv sind, beeinflussen (z.B. [Stetson et al., 2005](#ref-Stetson2005)). Das Rückfallpräventionsmodell (Relapse Prevention Model, Marlatt and George ([1984](#ref-Marlatt1984))) könnte einen geeigneten Rahmen zur Untersuchung dieser Fragestellung darstellen.

# Theorie

## Physische Aktivität und Bewegung

Physische Aktivität (physical activity [PA]), auch *körperliche Aktivität* (z.B. [Krug et al., 2013](#ref-Krug2013)) wird in vielen Definitionen als mechanistisch verstanden. So definiert Caspersen et al. ([1985](#ref-caspersen1985physical)) physische Aktivität als jedwede Aktivität der Skelettmuskeln, die einen Energieumsatz zur Folge hat. Andere Autor:innen unterscheiden sich in der Definition von physischer Aktivät in den Bedeutungsnuancen. So spezifizieren beispielsweise Hollmann and Strüder ([2009](#ref-hollmann2009sportmedizin)), dass die Aktivität in einer *Steigerung* des Energieumsatzes resultieren muss, um als PA zu gelten. Zweifelsohne sind klare und einfache Definitionen essenziell für den wissenschaftlichen Zugang zu diesem Phänomen. Piggin ([2020](#ref-Piggin2020)) argumentiert jedoch, dass diese reduktionistische Auffassung von PA wird dem komplexen Erleben und Verhalten im Zusammenhang mit physicher Aktivität nicht gerecht wird und steht einer ganzheitlichen Betrachtung im Wege steht. Das ist auch im Einklang mit dem Biopsychosozialen Ansatz [[[LIT]]]. Um den Zusammenhang psychischer Phänomene (Affekt, Attribution) mit PA in dem Kontext der Gesundheitsförderung zu diskutieren, übernehme ich daher die Definition von Piggin ([2020](#ref-Piggin2020)): “Physical activity involves people moving, acting and performing within culturally specific spaces and contexts, and influenced by a unique array of interests, emotions, ideas, instructions and relationships.” (S. 5).

Bewegungsadhärenz (exercise adherence, z.B. ([Mcauley et al., 1994](#ref-Mcauley1994))) beinhaltet das Einhalten von selbst-oder fremdgesetzten Zielen im Zusammenhang mit PA ([Buckworth & Dishman, 2007](#ref-Buckworth2007)) und hat in der Regel das Ziel der Bewegungsförderung in einem gesundheitlichen Kontext ([Ainsworth & Der Ananian, 2020](#ref-Ainsworth2020)).

* Empfohlene PA

Messung von Physischer Aktivität

## Affekt

## Attribution

## Das Rückfallmodell

Das Rückfallmodell von Marlatt and George ([1984](#ref-Marlatt1984)) beleuchtet die Mechanismen der Aufrechterhaltung von Gesundheitsverhalten. Es basiert auf der Theorie des Sozialen Lernens ([Bandura, 1977](#ref-bandura1977social)) und beinhaltet sowohl kognitive als auch behaviorale Komponenten. Marlatt and George ([1984](#ref-Marlatt1984)) erklären, dass in diesem Modell die Initiierung von Gesundheitsverhalten und die Aufrechterhaltung dessen als zwei komplett verschiedene Prozesse verstanden werden. Somit ist also in diesem theoretischen Rahmen irrelevant, wie ein Individuum ein Gesundheitsverhalten, wie z.B. das Nichtrauchen oder regelmäßige PA, aufgenommen hat. Es wird allein die Frage betrachtet, wie Individuen auf Ausfälle bzw. Rückfälle vorbereitet werden können. Rückfälle werden hier nicht als Versagen behandelt, sondern als Teil des Prozesses zu einem stabilen Gesundheitsverhalten. Das Modell ist ist auch auf den Kontext von Sport und Bewegung anwendbar (z.B. [Marcus et al., 1997](#ref-Marcus1997)). Es wurde in Bezug auf Populationen mit bewegungsarmer Lebensweise ([Marcus & Stanton, 1993](#ref-Marcus1993); [Martin et al., 1984](#ref-Martin1984)); und bereits aktive Populationen ([Stetson et al., 2005](#ref-Stetson2005)) angewendet.

Zentrale Konstrukte in diesem Modell sind nach Marlatt and George ([1984](#ref-Marlatt1984)) Hochrisikosituationen (high risk situations), wahrgenommene Kontrolle (perceived control), Coping-Reaktion (coping response), Positive Erwartungen (positive outcome expectancies), und der Verstoß gegen Abstinenz (abstinence violation effect).

Hochrisikosituationen sind Situationen, in denen die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls erhöht ist. Die drei im Sample von Marlatt and George ([1984](#ref-Marlatt1984)) am häufigsten berichteten Situationen sind negative emotionale Zustände (55%), sozialer Druck (20%),und zwischenmenschliche Konflikte (16%). Im Kontext von PA könnte ein solcher Zustand von negativen Gefühlen nach dem Sport herrühren.

Individuen erleben wahrgenommene Kontrolle, wenn sie erfolgreich Abstinenz ausüben oder, im Kontext von PA also von sedentärem Verhalten absehen. Wahrgenommene Kontrolle steigt, je länger die Abstinenz andauert und sinkt in einer Hochrisikosituation.

Coping-Reaktionen verbessern die wahrgenommene Kontrolle in einer Hochrisikosituation allerdings erheblich. Hierbei handelt es sich um ein Repertoire von Verhaltensweisen, um mit Hochrisikosituationen umzugehen. Als Beispiel in Bezug auf Sport und Bewegung sei die Angewohnheit genannt, trotz schlechten Wetters mit entsprechender Kleidung laufen zu gehen.

Positive Erwartungen stammen von der erwarteten sofortigen Belohnung durch das Unterlassen von Gesundheitsverhalten, wie z.B. wenn das Unterlassen einer Lauf-Einheit kurzfristig belohnend erscheint.

Verstöße gegen die Abstinenz werden von persönlicher Attribution begleitet. Das Rückfallmodell postuliert, dass eine internal-variable Attribution dienlich ist. Nach einem Rückfall zu sedentärem Verhalten wäre es demnach dienlich, die Ursache bei sich selbst zu sehen und als veränderbar zu betrachten.

Innerhalb dieses Modells ist die wichtige Rolle der Selbstwirksamkeit bereits gut untersucht, in Bezug auf andere Variablen ist die Studienlage allerdings noch dünn ([Amireault et al., 2013](#ref-Amireault2013)).

## Hypothesen und Forschungsfrage

Es ergibt sich die Forschungsfrage, inwiefern situationaler Affekt (jeweils nach der Trainingseinheit) und der Attributionsstil den Trainingsausfall vorhersagen. Wenn negatives Gefühlserleben und eine undienliche Attribution nach einem Rückfall häufiger zum schlussenlichen Unterlassen des Gesundheitsverhaltens fühlen, dann sollten ein tendenziell negatives Affekterleben und ein external - stabiler Attributionsstil weniger Trainingseinheiten und eine schwächer ausgeprägte Erreichung des gesetzen Ziels erreichen.

H1: Ein internal - variabler Attributionsstil sagt weniger Trainingsausfälle (H1.1), sowie eine geringere Zielerreichung vorher (H1.2)

H2: Ein tendenziell negativeres Affekterleben sagt mehr Trainingsausfälle (H2.1) und eine geringer Zielerreichung vorher (H2.2).

# Methode

## Instrumente

Da es sich um ein Sample mit internationalen studierenden handelte, wurde bei allen Fragebögen die englische Version verwendet.

*Demografische Variablen:* In der Baseline-Erhebung wurden das Alter, das Geschlecht, die Sportart und das Sportziel (z.B. “Marathon”) abgefragt.

*Session RPE:* Die Session Rate of Perceived Exhaustion (Sessionn-RPE, [Foster et al., 2001](#ref-Foster2001)) misst die wahrgenommene körperliche Belastung einer Trainingseinheit auf einer Skala von 0-10. Das Item lautet “How was your workout?” und die Skala soll etwa 30 Minuten nach Beenden des Trainings ausgefüllt werden. Auf den Stufen ß-5 ist jeder Wert beschriftet (0 = Rest, 1 = Very, Very Easy; 2 = Easy; 3 = Moderate; 4 = Somewhat hard; 5 = Hard). Auf den Stufen 6-10 sind nur Stufe 7 (Very Hard) und der Maximalwert (10 = Maximum) beschriftet. Diese Methode der Messung der Trainingsintensität wurde vielfach validiert und die Reliabilität der Skala ist gut ([Foster et al., 2021](#ref-Foster2021)). Die Übereinstimmung mit Messungen der Herzfrequenz bei vielen verschiedenen Arten von Sport ist hoch ([Day et al., 2004](#ref-Day2004); [Foster et al., 2001](#ref-Foster2001)).

*Attributionsstil:* Zur Erfassung des Attributionsstils wurde das Attribution Style Questionnaire ([Peterson et al., 1982](#ref-Peterson1982)) eingesetzt. Den Versuchspersonen wurden 16 verschiedene Szenarien präsentiert, die einen Erfolg oder Misserfolg schilderten, z.B. “You meet a friend who compliments you on your appearance.” Es wurde dann die Ursache für den Erfolg oder Misserfolg in einer offenen Frage abgefragt, damit die Teilnehmenden sich beim Antworten auf die darauffolgenden Fragen nur auf diese eine Ursache beziehen. Danach wurden auf einem semantischen Differenzial mit Werten von 1-7, z.B. mit den Polen “Totally due to other people or circumstances” und “totally due to me” die drei Dimensionen Internalität, Stabilität und Globalität erfasst. Der Mittelwert aller 16 Situationen wurde für jede Dimension gebildet. Die Reliablität und Validität der Daten aus diesem Fragebogen wird u.a. von ([Corr & Gray, 1996](#ref-Corr1996)) unterstützt.

*Positive and Negative Affect Scale (PANAS):* Die Positive and Negative Affect Scale (Panas, ([Watson et al., 1988](#ref-Watson1988))) erfasst auf einer Skala von 1 (“not at all”) bis 5 (“extremely”) den positiven und negativen Affekt, mit jeweils 10 Items für positiven und 10 Items für negativen Affekt. Jedes Item ist nur ein einzelnes Wort, z.B. “interested” für positiven Affekt, oder “distressed” für negativen Affekt. Da es keine negativ gepolten Items gibt, werden die einzelnen Werte zu einem Gesamtwert für positiven und negativen Affekt gemittelt. Neben der Originalstudie von Watson et al. ([1988](#ref-Watson1988)) wurde die die Skala auch in neueren Studien als reliabel und valide erklärt ([Crawford & Henry, 2004](#ref-Crawford2004)).

*Trainingsbezogene Variablen:* Im Baseline-Fragebogen wruden die wöchentliche Trainingszeit in Stunden und die Lauf-Kilometerzahl abgefragt. Zu jeder Trainingseinheit wurden ebenso die Trainingszeit und Kilometerzahl, bezogen auf das einzelne Training, abgefragt. Dazu wurden die Versuchspersonen gefragt, wie sehr die Intention, das Trainingsziel zu erreichen, ausgeprägt war (Commitment, visuelle Analogskala von 1-100), und zu wieviel Prozent sie ihr Trainingsziel erreicht war (Goal Attainment)

*Weitere Instrumente:* In diesem Forschungsprojekt wurden außerdem authentischer und überheblicher Stolz (authentic and hubristic pride, Tracy and Robins ([2007](#ref-Tracy2007))), und implizite Motive ([Sokolowski et al., 2000](#ref-Sokolowski2000); [Winter, 1994](#ref-winter1994manual)) erfasst. In dieser Arbeit werden diese Daten nicht berücksichtigt.

## Stichprobe:

Um ein aussagekräftiges Modell zu bekommen, wird eine Korrelation von 0,5 empfohlen [LIT]. Basierend auf einer Poweranalyse mit 1 – β = 0.95, α = 0.05, und *r* = 0.5 ergab sich eine ideale Teilnehmerzahl von 38. *N* = 39 Fälle ergaben sich in dem Rohdatensatz. *n* = 0 wurden von der Analyse und weiteren Befragungen ausgeschlossen, weil sie angaben, nicht an einem systematischen Trainings- oder Bewegungsprogramm teilzunehmen. Die deskriptiven Statistiken zu den demografischen Daten sind in Tabelle 1.

Daten von aktiven, erwachsenen Freizeitsportler:innen (Alter ± Standardabweichung: 35.85 ± 12.89 Jahre; 6 weiblich; 12 männlich; 3 divers) liegen bereits aus dem Forschungsprojekt vor.

Die Teilnehmenden waren durchschnittlich 34.69 alt (*SD* = 13.7)

## Durchführung:

### *Prozedur*

Die Teilnehmenden waren in einem Kurs für

Die Freizeitsportler:innen berichteten vor der Studie ihr generelles Affekterleben innerhalb der letzten zehn Tage mit der Positive and Negative Affect-Scale (PANAS) von Watson et al. ([1988](#ref-Watson1988)). Der Prä-Test enthielt außerdem die Skala von Peterson et al. ([1982](#ref-Peterson1982)) zum Attributionsstil und die Items zu demografischen Daten.

Darauf folgte die Trainingsphase, in der die Trainierenden über einen Zeitraum von maximal zwei Monaten sechs Trainingseinheiten dokumentieren sollten. In den Befragungen dazu wurde nach einer Trainingseinheit die wahrgenommene Trainingsintensität mithilfe des Session-RPE-Fragebogens von Foster et al. ([2021](#ref-Foster2021)) erfasst. Nach jeder Trainingseinheit wurde der Affekt mit der PANAS erhoben. Außerdem wurde das Kilometerziel sowie die Dauer des Laufs und die tatsächlich erreichten Kilometer erfasst. Bezüglich des Vorgehens beim Verfassen der Arbeit ist ein Zeitplan am Ende des Dokuments angehängt. ([Amireault et al., 2013](#ref-Amireault2013))

### *Statistische Analyse*

Diese Arbeit wurde mit R (Version 4.3.0 ) und Quarto (Version 1.6.32) erstellt. Die reproduzierbare Version dieses Artikels ist auf GitHub unter <https://github.com/Enno-W/BAEW> verfügbar.

Zur Bereinigung der Daten wurden zunächst die Versuchspersonen von der Analyse ausgeschlossen, die angaben, dass sie nicht aktiv an einem Sportprogramm teilnehmen. Die Variablen zu Stolz und der Motivstruktur wurden eliminert, da sie in dieser Arbeit nicht berücksichtigt werden. Für Werte, bei denen die Versuchspersonen einen Bereich (z.B. 10-15 km) angegeben hatten, wurde der Durchschnitt der beiden Werte gebildet. Da die Skalen von Affekt und Attribution keine gegensätzlich gepolten Items beinhalten, wurde keine Umpolung vorgenommen.

Die Daten bestanden aus einem Baseline-Test und Angaben aus einem Fragebogen zu sechs darauffolgenden Trainingseinheiten. Diese wöchentlichen Angaben wurden zu Mittelwerten zusammengefasst (siehe [Tabelle 2](#tbl-corrtable)). Außerdem wurde ausgezählt, wie viele Trainingseinheiten eine Person ausgefüllt hatte.

Eine Überprüfung der Voraussetzungen für weitere Analyse erfolgte anhand von visueller Inspektion von Histogrammen und Q-Q-Plots aller numerischen Variablen, sowie Shapiro-Wilk-Tests der Normalität. Die Variablen Age, WeeklyKM\_base, WeeklyH\_base, WeeklyRPE\_base, Dynamics, Globality, Controlability\_self, Controlability\_others, Meaning, PA\_base, NA\_base, Goal\_ave, Commit\_ave, SessionKM\_ave, SesseionH\_ave, SessionRPE\_ave, PA\_ave, NA\_ave, completed\_count, ID waren signifikant, was auf eine Abweichung von der Normalverteilung hindeutet.

# Ergebnisse

Tabelle 2

Korrelationstabelle der gemittelten durchschnittlichen Werte aus den Werten der einzelnen Sessions

|  | **Descriptive Statistics** | | **Correlations** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Measure** | **Mean** | **SD** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |
| Average Goal Attainment | 86.67 | 11.09 |  |  |  |  |  |  |  |
| Average Commitment | 88.63 | 8.41 | 0.65\*\* |  |  |  |  |  |  |
| Average KM per Session | 20.10 | 23.64 | 0.24 | -0.04 |  |  |  |  |  |
| Average hours per Session | 85.32 | 48.66 | 0.2 | -0.07 | 0.86\*\* |  |  |  |  |
| Average SessionRPE | 5.37 | 1.82 | -0.21 | -0.28 | -0.07 | 0.21 |  |  |  |
| Average Positive Affect | 3.39 | 0.59 | 0.13 | 0.12 | 0.12 | 0.35 | 0.38\* |  |  |
| Average Negative Affect | 1.32 | 0.35 | -0.34 | -0.52\*\* | -0.12 | 0.01 | 0.35 | 0.08 |  |

*Hinweis*. \*p < 0.05; \*\*p < 0.01

# Diskussion

# Literaturverzeichnis

Ainsworth, B. E., & Der Ananian, C. (2020). Physical Activity Promotion. In G. Tenenbaum & R. C. Eklund (Hrsg.), *Handbook of Sport Psychology: Bd. II* (4th Aufl., S. 773–794). John Wiley & Sons, Inc. <https://doi.org/doi.org/10.1002/9781119568124.ch37>

Amireault, S., Godin, G., & Vézina-Im, L.-A. (2013). Determinants of physical activity maintenance: a systematic review and meta-analyses. *Health Psychology Review*, *7*(1), 55–91. <https://doi.org/10.1080/17437199.2012.701060>

Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Prentice-Hall.

Buckworth, J., & Dishman, R. K. (2007). Exercise adherence. In G. Tenenbaum & R. C. Eklund (Hrsg.), *Handbook of Sport Psychology* (S. 509–536). John Wiley & Sons, Inc. <https://doi.org/10.1002/9781118270011>

Carter, T., Morres, I. D., Meade, O., & Callaghan, P. (2016). The Effect of Exercise on Depressive Symptoms in Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Academy of Child &; Adolescent Psychiatry*, *55*(7), 580–590. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.04.016>

Caspersen, C. J., Powell, K. E., & Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*, *100*, 126–131.

Corr, P. J., & Gray, J. A. (1996). Structure and Validity of the Attributional Style Questionnaire: A Cross-Sample Comparison. *The Journal of Psychology*, *130*(6), 645–657. <https://doi.org/10.1080/00223980.1996.9915038>

Crawford, J. R., & Henry, J. D. (2004). The Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): Construct validity, measurement properties and normative data in a large non‐clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, *43*(3), 245–265. <https://doi.org/10.1348/0144665031752934>

Day, M. L., McGuigan, M. R., Brice, G., & Foster, C. (2004). Monitoring Exercise Intensity During Resistance Training Using the Session RPE Scale. *The Journal of Strength and Conditioning Research*, *18*(2), 353. <https://doi.org/10.1519/r-13113.1>

Ding, D., Lawson, K. D., Kolbe-Alexander, T. L., Finkelstein, E. A., Katzmarzyk, P. T., Mechelen, W. van, & Pratt, M. (2016). The economic burden of physical inactivity: a global analysis of major non-communicable diseases. *The Lancet*, *388*(10051), 1311–1324. <https://doi.org/10.1016/s0140-6736(16)30383-x>

Foster, C., Boullosa, D., McGuigan, M., Fusco, A., Cortis, C., Arney, B. E., Orton, B., Dodge, C., Jaime, S., Radtke, K., Erp, T. van, Koning, J. J. de, Bok, D., Rodriguez-Marroyo, J. A., & Porcari, J. P. (2021). 25 Years of Session Rating of Perceived Exertion: Historical Perspective and Development. *International Journal of Sports Physiology and Performance*, *16*(5), 612–621. <https://doi.org/10.1123/ijspp.2020-0599>

Foster, C., Florhaug, J. A., Franklin, J., Gottschall, L., Hrovatin, L. A., Parker, S., Doleshall, P., & Dodge, C. (2001). A New Approach to Monitoring Exercise Training. *Journal of Strength and Conditioning Research*, *15*(1), 109–115.

Gillison, F. B., Skevington, S. M., Sato, A., Standage, M., & Evangelidou, S. (2009). The effects of exercise interventions on quality of life in clinical and healthy populations; a meta-analysis. *Social Science &; Medicine*, *68*(9), 1700–1710. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.02.028>

Hollmann, W., & Strüder, H. K. (2009). *Sportmedizin. Grundlagen für physische Aktivität, Training und Präventivmedizin* (5th Aufl.). Schattauer.

Krug, S., Jordan, S., Mensink, G., Müters, S., Finger, J., & Lampert, T. (2013). Körperliche Aktivität. In *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* (Bd. 56). Robert Koch-Institut, Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung. <https://doi.org/10.1007/s00103-012-1661-6>

Lee, I.-M., Shiroma, E. J., Lobelo, F., Puska, P., Blair, S. N., & Katzmarzyk, P. T. (2012). Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *The Lancet*, *380*(9838), 219–229. <https://doi.org/10.1016/s0140-6736(12)61031-9>

Marcus, B. H., Bock, B. C., & Pinto, B. M. (1997). Initiation and Maintenance of Exercise Behavior. In *Handbook of Health Behavior Research II* (S. 335–352). Springer US. <https://doi.org/10.1007/978-1-4899-1760-7_18>

Marcus, B. H., & Stanton, A. L. (1993). Evaluation of Relapse Prevention and Reinforcement Interventions to Promote Exercise Adherence in Sedentary Females. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, *64*(4), 447–452. <https://doi.org/10.1080/02701367.1993.10607598>

Marlatt, G. A., & George, W. H. (1984). Relapse Prevention: Introduction and Overview of the Model. *British Journal of Addiction*, *79*(4), 261–273. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1984.tb03867.x>

Martin, J. e., Dubbert, P. M., Katell, A. D., Thompson, J. K., Raczynski, J. R., Lake, M., Smith, P. O., Webster, J. S., Sikora, T., & Cohen, R. E. (1984). Behavioral control of exercise in sedentary adults: Studies 1 through 6. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *52*(5), 795–811. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.52.5.795>

Mcauley, E., Courneya, K. S., Rudolph, D. L., & Lox, C. L. (1994). Enhancing Exercise Adherence in Middle-Aged Males and Females. *Preventive Medicine*, *23*(4), 498–506. <https://doi.org/10.1006/pmed.1994.1068>

Mikkelsen, K., Stojanovska, L., Polenakovic, M., Bosevski, M., & Apostolopoulos, V. (2017). Exercise and mental health. *Maturitas*, *106*, 48–56. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2017.09.003>

Myers, J., Kaykha, A., George, S., Abella, J., Zaheer, N., Lear, S., Yamazaki, T., & Froelicher, V. (2004). Fitness versus physical activity patterns in predicting mortality in men. *The American Journal of Medicine*, *117*(12), 912–918. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2004.06.047>

Paluska, S. A., & Schwenk, T. L. (2000). Physical Activity and Mental Health: Current Concepts. *Sports Medicine*, *29*(3), 167–180. <https://doi.org/10.2165/00007256-200029030-00003>

Peterson, C., Semmel, A., Baeyer, C. von, Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., & Seligman, M. E. P. (1982). The attributional Style Questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, *6*(3), 287–299. <https://doi.org/10.1007/bf01173577>

Piggin, J. (2020). What Is Physical Activity? A Holistic Definition for Teachers, Researchers and Policy Makers. *Frontiers in Sports and Active Living*, *2*. <https://doi.org/10.3389/fspor.2020.00072>

Robert Koch-Institut. (2022). *Dashboard zu Gesundheit in Deutschland aktuell - GEDA 2019/2020*. Robert Koch-Institut. <https://doi.org/10.25646/9362>

Sokolowski, K., Schmalt, H.-D., Langens, T. A., & Puca, R. M. (2000). Assessing Achievement, Affiliation, and Power Motives All at Once: The Multi-Motive Grid (MMG). *Journal of Personality Assessment*, *74*(1), 126–145. <https://doi.org/10.1207/s15327752jpa740109>

Stetson, B. A., Beacham, A. O., Frommelt, S. J., Boutelle, K. N., Cole, J. D., Ziegler, C. H., & Looney, S. W. (2005). Exercise slips in high-risk situations and activity patterns in long-term exercisers: An application of the relapse prevention model. *Annals of Behavioral Medicine*, *30*(1), 25–35. <https://doi.org/10.1207/s15324796abm3001_4>

Tracy, J. L., & Robins, R. W. (2007). Authentic And Hubristic Pride Scales. *PsycTESTS Dataset*. <https://doi.org/10.1037/t06465-000>

Warburton, D. E. R. (2006). Health benefits of physical activity: the evidence. *Canadian Medical Association Journal*, *174*(6), 801–809. <https://doi.org/10.1503/cmaj.051351>

Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, *54*(6), 1063–1070. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1063>

Winter, D. G. (1994). *Manual for scoring motive imagery in running text:(Version 4.2)*. Winter.

World Health Organization (Hrsg.). (2010). *Global Recommendations on Physical Activity for Health*. World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44399/9789241599979_eng.pdf?sequence=1>

# Anhang

Tabelle 1

Tabelle der Absoluten und Relativen Häufigkeiten Demografischer Variablen in der Stichprobe

| Characteristic | Overall, N = 29 | Divers, N = 2 | Männlich, N = 8 | Weiblich, N = 19 | p-value |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Age | 31 (24, 43) | 22 (21, 23) | 40 (26, 52) | 31 (24, 40) | 0.14 |
| Sport |  |  |  |  | 0.8 |
| Body & Mind Fitness | 1 (3.4%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 1 (5.3%) |  |
| CrossFit/Funktionale Fitness | 1 (3.4%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 1 (5.3%) |  |
| Kanurennsport | 1 (3.4%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 1 (5.3%) |  |
| Kraftsport | 5 (17%) | 0 (0%) | 2 (25%) | 3 (16%) |  |
| Laufen | 10 (34%) | 1 (50%) | 3 (38%) | 6 (32%) |  |
| Parkour | 1 (3.4%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 1 (5.3%) |  |
| Partnerakrobatik | 1 (3.4%) | 0 (0%) | 1 (13%) | 0 (0%) |  |
| Schwimmen | 1 (3.4%) | 1 (50%) | 0 (0%) | 0 (0%) |  |
| Stand Up Paddeling | 1 (3.4%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 1 (5.3%) |  |
| Trampolinturnen | 1 (3.4%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 1 (5.3%) |  |
| Triathlon | 6 (21%) | 0 (0%) | 2 (25%) | 4 (21%) |  |

*Hinweis*. Die Sportarten wurden in einer offenen Frage erfragt. Eine männliche Person gab zwei Sportarten an — Kraftsport und Laufen. Es wurde hier die erste Antwort (Kraftsport) gezählt. Vier Personen gaben keine demographischen Daten an.