



University of Applied Sciences

APOLLON Hochschule
der Gesundheitswirtschaft

Motivation und Gesundheitsverhalten

MOTIH01



Das Studienheft und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Nutzung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen ist nicht erlaubt und bedarf der vorherigen schriftlichen Zustimmung des Rechteinhabers. Dies gilt insbesondere für das öffentliche Zugänglichmachen via Internet, die Vervielfältigung und Weitergabe. Zulässig ist das Speichern (und Ausdrucken) des Studienhefts für persönliche Zwecke.

Uta Schwarz
Susanne Liebermann
Stefan Hoffman

Motivation und Gesundheitsverhalten

MOTIH01



Dr. Uta Schwarz

(geb. 1977) studierte an der Technischen Universität Dresden Betriebswirtschaftslehre mit den Schwerpunkten Marketing, Psychologie und Personalwesen. Von 2003 bis 2013 war sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Marketing der TU Dresden tätig. Seit Mai 2013 ist Uta Schwarz Dekanatsleiterin der Fakultät Wirtschaftswissenschaften an der TU Dresden. Ihre Promotion im Fach Betriebswirtschaftslehre mit dem Schwerpunkt Marketing hat Uta Schwarz im April 2012 abgeschlossen. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen in den Bereichen Gesundheitsmarketing und Gesundheitspsychologie, Werbewirkungsforschung sowie internationales Marketing. Zu diesen Themenbereichen hat sie zahlreiche nationale und internationale Publikationen verfasst. Neben ihrer Tätigkeit an der TU Dresden arbeitet Uta Schwarz freiberuflich als Dozentin und Research Consultant. Im Rahmen dieser Tätigkeit betreute sie u. a. Projekte im Bereich des Gesundheitswesens und der Prävention (z. B. für AOK Plus Sachsen/Thüringen, TUMAINI Institut für Präventionsmanagement).



Dr. Susanne Liebermann

(geb. 1978) studierte an der Katholischen Universität Eichstätt, der University of Southern Maine (USA) und der Universität Mannheim Diplom-Psychologie mit den Schwerpunkten Arbeits- und Organisationspsychologie und Sozialpsychologie. Nach dem Studium arbeitete sie als Personalreferentin bei der Schindler Deutschland Holding GmbH in Berlin. Von 2008 bis 2014 war sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Professur für Arbeits- und Organisationspsychologie der Technischen Universität Dresden tätig. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen in den Bereichen Altersdiversität, Teamarbeit, Übergang in den Ruhestand und Gesundheitspsychologie. Zu diesen Themenbereichen hat sie mehrere nationale und internationale Publikationen verfasst.



Prof. Dr. Stefan Hoffmann

(geb. 1977) studierte an der Katholischen Universität Eichstätt, der University of Oulu (Finnland) und an der Universität Mannheim Diplom-Psychologie mit den Schwerpunkten Arbeits- und Organisationspsychologie sowie Forschungs- und Evaluationsmethodik. Im Jahr 2008 wurde er an der Technischen Universität Dresden im Fach Betriebswirtschaftslehre mit Schwerpunkt Marketing promoviert. Im Jahr 2012 habilitierte er sich im selben Fach. Nach Vertretungen der Lehrstühle für Marketing der Technischen Universität Dresden und der Universität Rostock ist er seit November 2012 Direktor des Instituts für Betriebswirtschaftslehre, insbesondere Marketing an der Christian-Albrechts-Universität Kiel. Seine Forschungsschwerpunkte liegen in den Bereichen Konsumentenverhalten, Gesundheitsmarketing, Werbewirkungsforschung sowie Internationales Marketing. In diesen Themenfeldern hat Stefan Hoffmann zahlreiche nationale und internationale Publikationen veröffentlicht.

Werden Personenbezeichnungen aus Gründen der besseren Lesbarkeit nur in der männlichen oder weiblichen Form verwendet, so schließt dies ausdrücklich alle anderen Geschlechtsidentitäten ein.

Falls wir in unseren Studienheften auf Seiten im Internet verweisen, haben wir diese nach sorgfältigen Erwägungen ausgewählt. Auf die zukünftige Gestaltung und den Inhalt der Seiten haben wir jedoch keinen Einfluss. Wir distanzieren uns daher ausdrücklich von diesen Seiten, soweit darin rechtswidrige, insbesondere jugendgefährdende oder verfassungsfeindliche Inhalte zutage treten sollten.

Motivation und Gesundheitsverhalten

Inhaltsverzeichnis

Einführung	1
1 Relevanz der Motivation für gesundheitsbewusstes Verhalten	3
1.1 Motivation und Gesundheit	3
1.2 Systematisierung von Theorien und Modellen der Motivation	5
1.3 Individuelle Ansätze vs. Setting-Ansätze der Motivation	7
Zusammenfassung	9
Aufgaben zur Selbstüberprüfung	9
2 Was ist Motivation?	10
2.1 Grundmodell der Motivationspsychologie	10
2.2 Intrinsische vs. extrinsische Motivation	13
2.3 Systematisierung von Motiven	17
2.3.1 Begriffsabgrenzung	17
2.3.2 Implizite vs. explizite Motive	19
Zusammenfassung	21
Aufgaben zur Selbstüberprüfung	21
3 Allgemeine Motivationstheorien	22
3.1 Inhaltstheorien	22
3.1.1 Bedürfnispyramide von Maslow	22
3.1.2 Motivfelder des limbischen Systems	25
3.2 Prozesstheorien	27
3.2.1 Instrumentalitätstheorie	27
3.2.2 Rubikon-Modell der Handlungsphasen	29
3.2.3 Theorie der kognitiven Dissonanz	33
3.2.4 Attributionstheorie	36
3.3 Lerntheorien	41
3.3.1 Klassische Konditionierung	41
3.3.2 Instrumentelle Konditionierung	43
3.3.3 Imitationslernen	45
Zusammenfassung	47
Aufgaben zur Selbstüberprüfung	48

4	Erklärungsansätze für Verhaltensänderungen im Bereich der Gesundheit ...	49
4.1	Lineare Modelle des Gesundheitsverhaltens	49
4.1.1	Schutzmotivationstheorie	49
4.1.2	Sozial-kognitive Theorie	52
4.2	Sozial-kognitives Prozessmodell gesundheitlichen Handelns	53
	Zusammenfassung	57
	Aufgaben zur Selbstüberprüfung	58
	Schlussbetrachtung	59
	Anhang	
A.	Bearbeitungshinweise zu den Übungen	60
B.	Lösungen der Aufgaben zur Selbstüberprüfung	62
C.	Glossar	66
D.	Literaturverzeichnis	70
E.	Abbildungsverzeichnis	75
F.	Tabellenverzeichnis	76
G.	Sachwortverzeichnis	77
H.	Einsendeaufgabe	79

Einführung

Die Anzahl an Erkrankungen, die zumindest zu einem großen Teil auf negative Gesundheitsverhaltensweisen (z.B. Rauchen, Alkoholkonsum, fettreiche Ernährung) zurückzuführen sind, steigt stetig. Immer mehr gerade auch jüngere Menschen leiden an Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus Typ 2 oder Muskel- Skelett-Erkrankungen. Um dieser Entwicklung entgegenzuwirken, appellieren die im Gesundheitssektor tätigen Akteure zunehmend an die Motivation der Bevölkerung für eine gesündere Lebensweise. Eine große Fitnesskette bewarb ihre insgesamt 170 Fitnessstudios in Deutschland, Österreich und der Schweiz mit einer großangelegten Plakatkampagne, in deren Mittelpunkt der Slogan „Der Wille in Dir“ steht. Der Landessportbund warb vor wenigen Jahren für seine Bewegungsangebote mit dem Slogan „Überwinde deinen inneren Schweinehund“ und die AOK Baden-Württemberg versucht mit der Kampagne „Gesünder leben lohnt sich“, Versicherte für ihr Bonusprogramm zu gewinnen. In der Bevölkerung ist zwar ein zunehmend größeres Bewusstsein dafür vorhanden, selbst für den Erhalt der Gesundheit verantwortlich zu sein. Dennoch gelingt es vielen Menschen oft nicht, die Motivation für gesundheitsbewusstes Verhalten in die Realität umzusetzen.

Vor diesem Hintergrund soll Ihnen das vorliegende Studienheft die Ziele und Ansatzpunkte der Motivationspsychologie näherbringen. Diese Forschungsrichtung beschäftigt sich mit den Ursachen menschlichen Verhaltens. Sie versucht Gründe für vergangenes Verhalten zu identifizieren und künftiges Verhalten vorherzusagen. Die Annahmen der Motivationspsychologie lassen sich auf die unterschiedlichsten Bereiche übertragen, u.a. auch auf das Gesundheitsverhalten. Das vorliegende Studienheft setzt sich daher mit der Frage auseinander, aus welchen Gründen sich Menschen gesundheitsbewusst verhalten und warum manchen Menschen ein proaktives Leben besser gelingt als anderen. Sie erfahren, warum die Motivation eine wesentliche Stellschraube ist, um Menschen zu Verhaltensänderungen zu bewegen. Sie lernen zentrale Begriffe der Motivationspsychologie kennen und voneinander abzugrenzen. Das Studienheft gibt Ihnen weiterhin einen Überblick über die wichtigsten Modelle und Theorien, die erklären, wie Motivation entsteht und welche Effekte sie auf Verhaltensabsichten und Verhaltensweisen ausübt.

Wir wünschen Ihnen beim Lesen des Heftes und der Bearbeitung der Aufgaben viel Spaß!

1 Relevanz der Motivation für gesundheitsbewusstes Verhalten

Dieses einführende Kapitel definiert zunächst die Begriffe Gesundheit und Gesundheitsverhalten und legt dar, warum Motivation nötig ist, damit ein Individuum gesundheitsförderliche Ressourcen aufbaut und stabilisiert. Sie lernen verschiedene Ansatzpunkte des Gesundheitsmanagements kennen, die Menschen zu gesundem Verhalten motivieren sollen. Zudem erhalten Sie einen Überblick über die grundlegenden Modelle und Theorien der Motivationsforschung.

Insbesondere werden Sie in diesem Kapitel dazu befähigt, individuelle Ansätze und Setting-Ansätze der Motivation voneinander abzugrenzen.

1.1 Motivation und Gesundheit

In den letzten Jahren ist gerade in industrialisierten Gesellschaften ein starker Anstieg von Erkrankungen festzustellen, die auf einen Wandel des Lebensstils zurückzuführen sind (z.B. Alltagsstress, Fehlernährung, Bewegungsarmut). Diese Erkrankungen (z.B. Diabetes mellitus Typ 2) sind häufig mit Folgekomplikationen verbunden, was stark steigende Gesundheitsausgaben des Staates nach sich zieht. Neben diesen gesellschaftlichen Folgen bringen es lebensstilbedingte Krankheiten mit sich, dass sie die Lebensqualität der Betroffenen wesentlich einschränken und die Lebenserwartung senken können. Um das individuelle und gesellschaftliche Wohlergehen zu sichern und zu fördern, ergreifen im Gesundheitssektor tätige Akteure zunehmend Maßnahmen, um in der Bevölkerung das Bewusstsein für einen proaktiven Lebensstil zu schaffen und Individuen zu einer gesunden Lebensweise zu motivieren.

Aus theoretischer Sicht dient das salutogenetische Modell von Aaron Antonovsky als Grundlage, um zunächst den Begriff der Gesundheit zu definieren. Während sich beispielsweise Mediziner vor allem dafür interessieren, äußere Einflussgrößen und Risikofaktoren für bestimmte Krankheiten zu identifizieren und die Ursachen für die Entstehung einer Krankheit zu identifizieren, analysiert das Salutogenese-Modell, aus welchen Gründen Menschen gesund sind und wie sie gesund bleiben. Es setzt damit bei den im Inneren einer Person ablaufenden Prozessen an, von denen angenommen wird, dass sie das Verhalten maßgeblich steuern. Die bisherige gesundheitspsychologische Forschung zeigt, dass insbesondere die Motivation eine wesentliche Bestimmungsgröße gesundheitsbewussten Verhaltens ist (vgl. Hoffmann, 2012). In das Stimulus-Organismus-Response-Modell (kurz: S-O-R-Modell) lässt sich die Motivation wie folgt einordnen (vgl. Abb. 3.6):

Trifft eine Person auf einen äußeren Reiz (z.B. einen Präventionsappell), so löst dieser bei ihr nicht unmittelbar eine Reaktion auf der Verhaltensebene aus. Vielmehr werden zunächst psychische Verarbeitungsprozesse angeregt, die im Organismus ablaufen und sowohl aktivierender als auch kognitiver Natur sein können. Die Motivation zählt zu den aktivierenden Prozessen. Hierunter werden die mit innerer Anspannung verbundenen zentralen Antriebskräfte menschlichen Verhaltens verstanden. Erst wenn ein Individuum dazu motiviert ist, ein bestimmtes Verhalten zu zeigen, wird es in Frage kommende Handlungsalternativen näher evaluieren. Informationsverarbeitungs- und Lernprozesse werden angeregt und positive Einstellungen entwickelt (= kognitive Prozesse). In der Folge bildet sich eine Verhaltensabsicht heraus, die im Idealfall in einem entsprechenden Verhalten resultiert (vgl. Schwarz; Hutter, 2012).

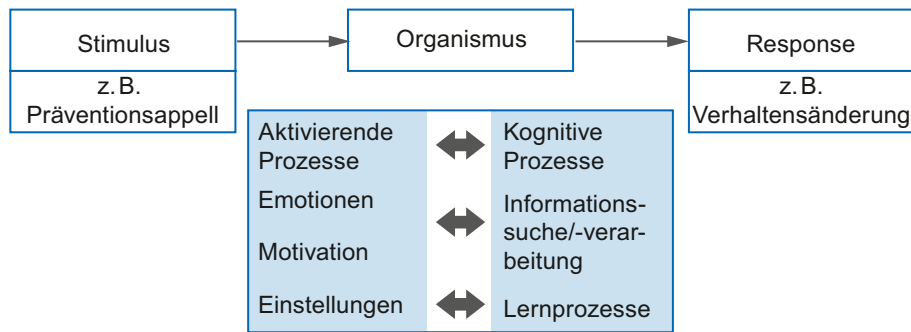


Abb. 1.1: Einordnung der Motivation in das S-O-R-Modell (Schwarz; Hutter, 2012, S. 50)

Mit dem Stellenwert der Motivation für die Steuerung menschlichen Verhaltens setzt sich im Rahmen der psychologischen Forschung die Motivationspsychologie auseinander.



Die Motivationspsychologie ist eine empirisch ausgerichtete Wissenschaftsdisziplin. Sie entwickelt theoretische Erklärungsansätze für zielgerichtetes Verhalten und überprüft diese mit Hilfe sozialwissenschaftlicher Methoden (z.B. Beobachtung von Verhalten, Befragung, Experiment).

Aufgabe der Motivationspsychologie ist es, die Ursachen menschlichen Verhaltens zu ergründen. Das Verhalten und Erleben eines Menschen wird dabei von einem festen Standpunkt aus betrachtet: den formulierten Handlungszielen. Ausgehend von diesen Zielen ist es möglich, Ursachen für vergangenes Verhalten zu identifizieren und künftiges Verhalten zu prognostizieren. Kennt man beispielsweise die Gründe, warum sich eine übergewichtige Person ungesund ernährt, ist es möglich, entsprechende Maßnahmen für eine Ernährungsumstellung abzuleiten.

Die Motivationspsychologie beschäftigt sich mit dem „Warum?“ des menschlichen Handelns (vgl. Tab. 1.1). Bezogen auf das Gesundheitsverhalten fragt sie beispielsweise danach, warum sich manche Menschen eher zu einem proaktiven Lebensstil motivieren lassen als andere. Die Motivationspsychologie versucht auch, das „Wie?“ zu ergründen, indem sie analysiert, auf welchem Wege es Menschen gelingt, sich beispielsweise gesünder zu ernähren oder nicht mehr zu rauchen. Da die Motivation eng mit Zielen verbunden ist, interessiert sich das Forschungsgebiet weiterhin dafür, wodurch einige Ziele bedeutsamer werden als andere und warum Menschen zum Teil auch an für sie mit negativen Konsequenzen verbundenen Verhaltensweisen festhalten (z.B. Rauchen, Alkoholkonsum).

Tab. 1.1: Typische Fragestellungen der Motivationspsychologie

Warum-Fragen	Wie-Fragen
<ul style="list-style-type: none"> • Warum lassen sich manche Menschen eher zu einem gesundheitsförderlichen Lebensstil motivieren als andere? • Warum werden in einer bestimmten Situation bestimmte Gesundheitsziele aktiviert und mit einer gewissen Intensität verfolgt? • Warum halten manche Menschen auch an für sie mit negativen Konsequenzen verbundenen Verhaltensweisen fest? 	<ul style="list-style-type: none"> • Wie formulieren Menschen Ziele? • Wie werden einige Ziele im Zielsystem bedeutsamer als andere? • Wie können Menschen es lernen, einmal gefasste Ziele zu realisieren? • Wie können Größen identifiziert werden, die das Erreichen eines Zieles fördern oder behindern?

Für das Verständnis des vorliegenden Studienheftes ist es notwendig, zu präzisieren, was unter Gesundheitsverhalten verstanden wird. Wie schon beim Begriff der Gesundheit liegen auch hier unterschiedliche Ansätze zur Konzeptualisierung vor. Häufig wird zwischen Gesundheitsverhaltensweisen (gesundheitsförderliche Verhaltensweisen, wie z. B. Verzehr von Obst und Gemüse, ausreichend Schlaf, viel Bewegung) und Risikoverhaltensweisen (gesundheitsschädigende Verhaltensweisen, wie z. B. Rauchen, ungeschützter Sex, Sonnenbaden) unterschieden. Wir schließen uns im vorliegenden Heft einschlägigen Definitionen an, die das Unterlassen eines gesundheitsschädigenden Verhaltens ebenfalls dem Gesundheitsverhalten zuordnen (z. B. Norman; Conner, 2005; Schwarzer, 2005; Ziegelmann, 2004). Demnach zählen sowohl das Ausführen gesundheitsförderlicher als auch das Vermeiden gesundheitsschädigender Verhaltensweisen zum Gesundheitsverhalten.

„Unter Gesundheitsverhalten versteht man eine präventive Lebensweise, die Schäden fernhält, die Fitness fördert und somit auch die Lebenserwartung verlängern kann. Körperliche Aktivität, präventive Ernährung, Kondombenutzung bei neuen Sexualpartnern, Anlegen von Sicherheitsgurten und Zahnpflege sind Beispiele dafür. Risikoverhaltensweisen wie Rauchen, Alkohol- und Drogenkonsum oder rücksichtsloses Autofahren sind das Gegenteil davon, werden aber auch unter dem Oberbegriff Gesundheitsverhalten zusammengefasst.“ (Schwarzer, 2005, S. 5)



1.2 Systematisierung von Theorien und Modellen der Motivation

In den vergangenen Jahrzehnten wurde eine Vielzahl von Theorien und Modellen der Motivation vorgeschlagen. Diese Theorien und Modelle versuchen zu erklären, wie Motivation entsteht und welchen Einfluss die Motivation auf das menschliche Verhalten hat. Eine weitere Kernfrage besteht darin, zu ergründen, wie es gelingen kann, dass eine Person Handlungspläne auch tatsächlich umsetzt.

Grundsätzlich lässt sich zwischen „allgemeinen Motivationstheorien“ und „sozial-kognitiven Modellen des Gesundheitsverhaltens“ unterscheiden (vgl. Abb. 1.2). Die „allgemeinen Motivationstheorien“ sind nicht speziell zur Erklärung von Gesundheitsverhal-

tensweisen entwickelt worden. Sie lassen sich vielmehr auf die unterschiedlichsten Fragestellungen anwenden (z.B. Mitarbeitermotivation, Lernmotivation, Leistungsmotivation). Die „allgemeinen Motivationstheorien“ können in drei große Gruppen unterteilt werden. Inhaltstheorien der Motivation beschäftigen sich mit den der Motivation zugrundeliegenden Ursachen. Sie versuchen, die Vielzahl existierender Motive zu kategorisieren und zu systematisieren. Prozesstheorien der Motivation thematisieren nicht, was einen Menschen zum Handeln antreibt. Sie interessiert vielmehr der Weg, den ein Individuum von der Zielsetzung über die Handlungsinitiierung bis hin zur Handlung durchläuft. Lerntheorien gehen schließlich der Frage nach, wie Menschen bestimmte Verhaltensweisen erlernen können. Die in Abb. 1.2 dokumentierten „allgemeinen Motivationstheorien“ werden in Kapitel 3 des vorliegenden Studienheftes näher vorgestellt und anhand praxisbezogener Beispiele auf das Gesundheitsverhalten übertragen.

„Sozial-kognitive Modelle des Gesundheitsverhaltens“ wurden im Gegensatz zu den „allgemeinen Motivationstheorien“ eigens für die Erklärung der Motivation zu gesundheitsbewusstem Verhalten entwickelt. Sie lassen sich unterteilen in motivationale Modelle und Stadienmodelle. Gemeinsam haben beide Modelltypen, dass sie versuchen, anhand von Kognitionen (insbesondere der Motivation, Einstellungen und Verhaltensabsichten) tatsächliches Verhalten vorherzusagen. Der Fokus der motivationalen Modelle liegt auf dem Prozess der Absichtsbildung. Motivationale Modelle betrachten die Verhaltensabsicht als zentrale Einflussgröße des Gesundheitsverhaltens (vgl. Ajzen, 1991) und nehmen an, dass eine Verhaltensabsicht mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit in einem entsprechenden Verhalten resultiert. Stadienmodelle postulieren hingegen, dass ein Individuum verschiedene Stadien durchläuft, bevor es ein entsprechendes gesundheitsförderliches Verhalten zeigt. Dabei sind in jedem Stadium unterschiedliche Motive verhaltensrelevant und jedes Stadium wird von unterschiedlichen Einflussgrößen bestimmt. Zentrale motivationale Modelle und Stadienmodelle des Gesundheitsverhaltens sind Gegenstand von Kapitel 4 des vorliegenden Studienheftes.

Allgemeine Motivationstheorien (Kap. 3)	Sozial-kognitive Modelle des Gesundheitsverhaltens (Kap. 4)
Inhaltstheorien (Kap. 3.1) <ul style="list-style-type: none"> • Bedürfnispyramide (vgl. Maslow, 1970) • Motivfelder des limbischen Systems (vgl. Häusel, 2005) Prozessstheorien (Kap. 3.2) <ul style="list-style-type: none"> • Instrumentalitätstheorie (vgl. Vroom, 1964) • Rubikon-Modell (vgl. Heckhausen; Gollwitzer, 1987) • Attributionstheorie (vgl. Weiner et al., 1971) • Kognitive Dissonanztheorie (vgl. Festinger, 1957) Lerntheorien (Kap. 3.3) <ul style="list-style-type: none"> • Klassische Konditionierung (vgl. Pavlov, 1928) • Instrumentelle Konditionierung (vgl. Skinner, 1938) • Imitationslernen (vgl. Bandura, 1965) 	Motivationale Modelle (Kap. 4.1) <ul style="list-style-type: none"> • Schutzmotivationstheorie (vgl. Rogers, 1975) • Sozial-kognitive Theorie (vgl. Bandura, 1986) Stadienmodelle (Kap. 4.2) <ul style="list-style-type: none"> • Sozial-kognitives Prozessmodell gesundheitlichen Handelns (vgl. Schwarzer, 1992)

Abb. 1.2: Theorien und Modelle der Motivation im Überblick

1.3 Individuelle Ansätze vs. Setting-Ansätze der Motivation

Während in den Kapiteln 1.1 und 1.2 die theoretisch-wissenschaftliche Sicht auf die Motivationspsychologie dominierte, nimmt das vorliegende Kapitel eine anwendungsbezogene Sichtweise ein. Bei der Planung und Umsetzung von auf die Motivation ausgerichteten Interventionsprogrammen sind i. d. R. verschiedene Akteure des Gesundheitssystems involviert. Um Menschen zu gesundheitsbewusstem Verhalten zu motivieren, lässt sich grundsätzlich zwischen Setting-Ansätzen und individuellen Ansätzen der Motivation unterscheiden.

Unter dem Setting-Ansatz werden all jene Interventionen zusammengefasst, deren Maßnahmen auf soziale Gruppen in speziellen Lebensräumen (z.B. Betriebe, KITAS, Schulen, Stadtteile, Einrichtungen der Altenhilfe) ausgerichtet sind. Diese sozialen Systeme üben insgesamt einen starken Einfluss auf das Gesundheitsverhalten eines Menschen aus. Gerade sozial benachteiligte Menschen sind auf diesem Weg einfacher zu erreichen und zu überzeugen als über massenmediale Kommunikationswege (z.B. Mailings, Plakatkampagnen). Motivierend wirkt bei Setting-Ansätzen insbesondere, dass Änderungsprozesse durch die aktive Teilhabe aller am sozialen System beteiligten Personen stimuliert und unterstützt werden. Unterschiedliche Zielgruppen können gemeinsam erreicht und angesprochen werden (z.B. beim Setting Kindergarten die Kinder, die Erzieher und die Eltern), wobei sich Maßnahmen, die sich an die Gruppe und das Individuum richten, gegenseitig abwechseln und ergänzen. Mit diesem Ansatz werden also nicht primär

einzelne Personen, sondern Personengruppen angesprochen. Der Setting-Ansatz dient der aktiven Förderung und Stabilisierung von Gesundheitsressourcen (= Ansatz der Gesundheitsförderung).

Individuelle Ansätze sind hingegen Maßnahmen, die einen einzelnen Menschen adressieren und ihn zu einer Verhaltensänderung oder zur Aufrechterhaltung einer gesunden Lebensweise motivieren wollen (vgl. IKK-Bundesverband, 2008). Diese Ansätze sind der Prävention zuzuordnen, die darauf abzielt, der Entstehung von Krankheitssymptomen vorzubeugen. Die Prävention lässt sich weiter unterteilen in Maßnahmen der Verhaltensprävention und Maßnahmen der Verhältnisprävention. Die Verhaltensprävention zielt auf die Veränderung von Einstellungen und Verhaltensweisen ab (z.B. Rauchen, schlechte Ernährungsgewohnheiten). Die Verhältnisprävention berücksichtigt, dass neben der handelnden Person selbst auch soziale, technische und organisatorische Rahmenbedingungen Einfluss auf die Entstehung von Krankheiten haben (vgl. Oberender et al., 2002).

Im Rahmen des individuellen Ansatzes werden Einzelpersonen angesprochen. Dieser Ansatz fasst alle Interventionen zusammen,

„die auf den einzelnen Menschen und sein Verhalten ausgerichtet sind und die die individuellen Fähigkeiten und Möglichkeiten einer gesunden, Störungen und Erkrankungen vorbeugenden Lebensführung aufzeigen.“ (Wulfhorst, 2008, S. 87).

Initiiert werden diese Maßnahmen vor allem von den Krankenversicherungen. Obwohl sich diese Präventionsangebote an den einzelnen Versicherten richten, finden die Interventionsmaßnahmen selbst in Form von Kursen und Beratungen häufig in Gruppen statt. Die Maßnahmen haben, wie bereits zu Beginn des Kapitels erwähnt, zumeist präventiven Charakter, d.h. sie zielen darauf ab, der Ausbreitung von Krankheiten mit hohem medizinischem Risiko und hohen gesellschaftlichen Kosten entgegenzuwirken (vgl. Tab. 1.2). So sollen Anti-Raucher-Kampagnen beispielsweise dazu beitragen, die Anzahl von Lungenkrebskrankungen zu reduzieren. Maßnahmen wie die Kostenrückerstattung von Sportkursen oder Ernährungsworkshops sollen die Bevölkerung zu mehr Bewegung und einer gesünderen Ernährung motivieren und so beispielsweise dazu beitragen, die Zahl der an Diabetes Typ 2 erkrankten Menschen zu senken (vgl. IKK-Bundesverband, 2008).

Tab. 1.2: Beispiele für Maßnahmen nach dem individuellen Ansatz

Krankheit	Beispiele für gesundheitsförderliche Verhaltensweisen	Beispiele für individuelle Interventionsmaßnahmen
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	Mehr Bewegung, Einschränken/Aufgeben des Alkohol- bzw. Nikotinkonsums, ausgewogene und fettarme Ernährung	Sportkurse, Ernährungsworkshops, Anti-Raucher-Trainings
Diabetes mellitus Typ 2	Mehr Bewegung, gesunde Ernährung	Ernährungsworkshops, Teilnahme an Check-ups
Krebserkrankungen	Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen	Hautcheck, Darmspiegelung

Krankheit	Beispiele für gesundheitsförderliche Verhaltensweisen	Beispiele für individuelle Interventionsmaßnahmen
Psychische Erkrankungen (insbesondere Depressionen und Angststörungen)	Vermeidung von Stress, Förderung individueller Kompetenzen bei der Belastungsverarbeitung	Entspannungskurse, Kurse zur Stressregulation

Übung 1.1:

Überlegen Sie, welche Erfahrungen Sie bisher selbst mit individuellen Maßnahmen und Setting-Ansätzen der Motivation gemacht haben. Analysieren Sie die Gründe, warum Sie an bestimmten Maßnahmen teilgenommen haben bzw. warum Sie diese Angebote bisher nicht aktiv genutzt haben.



Zusammenfassung

Zusammenfassend zeigt das einführende Kapitel die grundsätzlichen Fragen auf, mit denen sich die Motivationspsychologie im Kontext der Gesundheitsförderung und Prävention befasst. Ausgehend von einem proaktiven Gesundheitsverständnis gilt es zu analysieren, was Menschen dazu antreibt, gesundheitsbewusst zu leben. Die Motivationspsychologie interessiert weiterhin, aus welchen Gründen es einigen Menschen besser gelingt als anderen, gesunde Verhaltensweisen zu zeigen und Risikoverhaltensweisen zu unterbinden. Um diese Fragestellungen beantworten zu können, wurden verschiedene Modelle und Theorien der Motivation vorgeschlagen, die im weiteren Verlauf des Studienheftes näher vorgestellt werden sollen. Kapitel 1 verdeutlicht außerdem, dass auf gesellschaftlicher Ebene zwei grundsätzlich unterschiedliche Motivationsansätze Anwendung finden. Während Setting-Ansätze darauf abzielen, Gesundheitsförderungsprogramme in sozialen Systemen zu initiieren, sollen mit dem individuellen Ansatz einzelne Individuen zu einem präventiven Lebensstil motiviert werden.

Aufgaben zur Selbstüberprüfung

- 1.1 Erläutern Sie, wie sich die Motivation für gesundheitsbewusstes Verhalten in das S-O-R-Modell einordnen lässt.
- 1.2 Nennen Sie zwei Fragestellungen, mit denen sich die Motivationspsychologie ganz allgemein befasst. Wie lassen sich diese Fragestellungen auf das Gesundheitsverhalten übertragen?
- 1.3 Grenzen Sie den Setting-Ansatz und den individuellen Ansatz der Motivation anhand von deren Zielsetzungen voneinander ab. Nennen Sie für jeden Ansatz jeweils ein konkretes Beispiel.
- 1.4 Welchen Ansatz würden Sie empfehlen, wenn sozial benachteiligte Menschen zu gesundem Verhalten motiviert werden sollen? Begründen Sie Ihre Antwort.

2 Was ist Motivation?

In dem nachfolgenden Kapitel wird der Motivationsbegriff erklärt und die Motivation von ähnlichen Konzepten (z.B. Motive, Volition) abgegrenzt. Sie können verschiedene Arten der Motivation unterscheiden und deren Relevanz für die Entstehung gesundheitsbewussten Verhaltens einschätzen. Sie lernen, Motive von ähnlichen Begriffen abzugrenzen und implizite und explizite Motive auseinander zu halten.

Nach dem Lesen dieses Kapitels verstehen Sie, dass die Motivation, sich gesundheitsbewusst zu verhalten, unterschiedliche Auslöser und Funktionen haben kann.

2.1 Grundmodell der Motivationspsychologie

Der Begriff der Motivation leitet sich vom lateinischen Verb „movere“ (sich bewegen) ab. Ganz allgemein lässt sich die Motivation als Oberbegriff für alle Prozesse heranziehen, die körperliche sowie seelische Aktivitäten auslösen, steuern und aufrechterhalten (vgl. Zimbardo; Gerrig, 2004, S. 414). Bear et al. (2009) beschreiben die Motivation als eine Art Triebkraft für ein auf ein bestimmtes Ziel ausgerichtetes Handeln. Einer Motivation wohnt damit immer eine Zielorientierung inne.

Heckhausen (1977) beschreibt das Prinzip der Zielorientierung wie folgt: Eine Person formuliert ein Handlungsziel, das für sie mit einem positiven Anreizcharakter verbunden ist. Um das anvisierte Ziel zu erreichen, stehen ihr prinzipiell verschiedene Handlungsalternativen zur Verfügung. Aus diesen Handlungsalternativen wird die Person diejenige auswählen, mit der sie das Ziel am ehesten erreichen kann. Die auszuführende Handlung ist damit nur ein Instrument, um an das Ziel zu gelangen. Rheinberg (2010, S. 365 ff.) zeigt auf, dass diese Annahme nicht grundsätzlich gültig ist, da auch nicht konforme Anreiz-Handlungskonstellationen möglich sind (vgl. Beispiel 2.1).



Beispiel 2.1:

- a) Positiv erlebte Handlung und positives Handlungsergebnis:

Eine anreizkonforme Tätigkeit liegt zunächst dann vor, wenn ein erwünschtes Ergebnis mittels einer als positiv erlebten Tätigkeit erreicht werden kann. Dies ist beispielsweise dann der Fall, wenn eine Person mit großer Freude zum Aerobic-Kurs geht und es ihr auf diesem Wege gleichzeitig gelingt, Gewicht zu reduzieren.

- b) Positiv erlebte Handlung und negatives Handlungsergebnis:

Inkonform ist hingegen eine Situation, in der die Handlung zwar als positiv erlebt wird, die Handlungskonsequenzen aber negativ sind. Diese Anreizstruktur liegt beispielsweise bei Menschen vor, die rauchen oder zu übermäßigem Konsum von fettreichen und süßen Lebensmitteln neigen.

- c) Negativ erlebte Handlung und positives Handlungsergebnis:

Schließlich treten gerade im Bereich des Gesundheitsverhaltens häufig Situationen auf, in denen eine Person zwar das Handlungsergebnis als positiv bewertet, die Handlung selbst jedoch als negativ wahrnimmt. Eine Umsetzung der Motivation in Verhalten wird in diesem Fall oftmals verzögert oder tritt gar nicht ein.

Ein Beispiel hierfür ist, dass es viele Menschen zwar für erstrebenswert halten, Gewicht zu reduzieren, dann aber nicht bereit sind, dafür auf die geliebten Chips und das Bier am Abend zu verzichten.

Eine Motivation kann durch unterschiedliche Arten von Motiven ausgelöst werden. Puca und Langens (2002) definieren ein Motiv als eine im Laufe der Sozialisation erworbene zeitlich überdauernde Handlungsbereitschaft. Motive gehen immer mit einer Wertungsdisposition einher, sie bestimmen also, ob ein Mensch die Folgen einer Handlung positiv oder negativ bewertet. Entsprechend wohnt auch Motiven eine Handlungsorientierung inne. Schätzt eine Person ein potenzielles Ergebnis als negativ ein, so wird sie bestrebt sein, diese negativen Folgen zu vermeiden. Im umgekehrten Fall wird ein potenziell positives Ergebnis die Person dazu veranlassen, zu versuchen, die positiven Konsequenzen zu erreichen.

Eine Motivation entsteht, wenn spezifische Dispositionen (d.h. die Motive eines Individuums), situative Einflussgrößen (= äußere Anreize) und die subjektiv wahrgenommene Erfolgswahrscheinlichkeit einer Handlung zusammentreffen (vgl. Scherenberg; Greiner, 2008). Wie Abb. 2.1 verdeutlicht, resultiert eine Motivation damit immer aus einem Zusammenspiel von Personen- und Situationsvariablen.

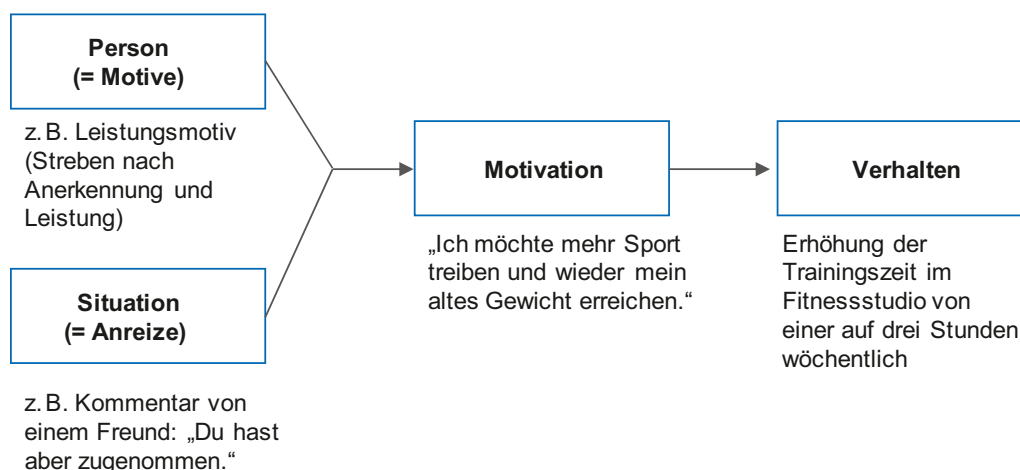


Abb. 2.1: Grundmodell der Motivationspsychologie (vgl. Rheinberg, 1995, S. 69)

Beispiel 2.2:

Der Motivation, regelmäßig wandern zu gehen, können unterschiedliche Motive zugrunde liegen: frische Luft und Natur genießen, gemeinsam aktiv sein, etwas Gutes für die Gesundheit tun, vom Alltag entspannen. Diese Motive werden am ehesten dann verhaltenswirksam, wenn bestimmte Handlungsanreize vorhanden sind (z.B. gute Einkehrmöglichkeiten, die geplante Route wird im Wanderführer als besonders reizvoll beschrieben, gute Anbindung des Wanderwegs an öffentliche Verkehrsmittel).

Ein Individuum verfügt in der Regel über ein Motivbündel (z.B. Leistungsmotiv, Anerkennungsmotiv), was dazu führt, dass es bei nahezu allen Verhaltensweisen zu Motivkonflikten kommen kann. Nimmt sich ein starker Raucher beispielsweise vor, mit dem Rauchen aufzuhören, so ist diese Verhaltensweise sowohl mit Vorteilen (Lungenkrebsrisiko sinkt) als auch mit Nachteilen (fehlende Anerkennung in der sozialen Gruppe) ver-



bunden. Das Abwägen der Vor- und Nachteile des Verhaltens führt dazu, dass sich nur bestimmte Motive durchsetzen können (Gesundheitsmotiv vs. Motiv der Anerkennung). Es lassen sich vier Arten von Motiv-Konflikten unterscheiden.

- Von einem Appetenz-Appetenz-Konflikt spricht man, wenn sich die Person zwischen zwei Alternativen mit positivem Anreizcharakter entscheiden muss. Beide Alternativen sind für die Person attraktiv. Ein solcher Fall liegt beispielsweise dann vor, wenn sich jemand, der sich gern bei schönem Wetter draußen sportlich betätigt, entscheiden muss, am Wochenende Wandern oder Inlineskaten zu gehen.
- Beim Aversions-Aversions-Konflikt muss die Person eine Entscheidung zwischen zwei als negativ bewerteten Alternativen treffen (umgangssprachlich „Wahl zwischen Pest und Cholera“). Eine Person, die unter Zahnschmerzen leidet, fürchtet zwar den unangenehmen Besuch beim Zahnarzt, sucht sie diesen nicht auf, werden sich die Schmerzen weiter verstärken.
- Ein Appetenz-Aversions-Konflikt liegt dann vor, wenn sich Motive mit positiver und negativer Bewertungsdisposition gegenüberstehen. Eine Person möchte zwar zur Darmkrebsvorsorge gehen, weil dies das Darmkrebsrisiko senken hilft, fürchtet sich aber vor dem Eingriff der Darmspiegelung. Dieser Motivationskonflikt kann bis zur Handlungsunfähigkeit der Person führen, wenn keines der Motive überwiegt.
- Schließlich kann auch ein Doppelter Appetenz-Aversions-Konflikt auftreten. Die Handlung der Person hat zwei mögliche Ergebnisalternativen, die jeweils wiederum positive und negative Aspekte haben. Diese Situation ist für das bereits beschriebene Raucher-Beispiel charakteristisch: Das Rauchen aufzugeben würde die Gesundheit fördern, man fürchtet aber, die Anerkennung der sozialen Gruppe zu verlieren. Das Rauchen nicht aufzugeben, würde gesundheitliche Einschränkungen bedeuten, man wäre aber weiterhin in der sozialen Gruppe anerkannt.



Übung 2.1:

Wenden Sie die Annahmen des Grundmodells der Motivationspsychologie (vgl. Abb. 2.1) auf die Gesundheitsverhaltensweise „gesunde Ernährung“ an. Überlegen Sie, welche äußeren Anreize und Motive dazu beitragen können, dass eine Motivation zu einer gesünderen Ernährung entsteht.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Motivation einen Zustand beschreibt, der durch unterschiedliche Motive ausgelöst werden kann und in dem ein Individuum bereit ist zu handeln. Die Phase der Motivation ist realitätsorientiert. Man wägt die Vor- und Nachteile verschiedener Handlungsalternativen ab und trifft schließlich eine Entscheidung. Aus eigenen Erfahrungen wissen wir jedoch, dass wir viele Dinge, zu denen wir motiviert sind, dann letztlich doch nicht umsetzen. Damit eine Handlung ausgelöst und auch bis zum Abschluss gebracht wird, bedarf es einer weiteren Triebkraft, der Volition. Die Volition ist zeitlich nach der Motivation einzuordnen und geht mit in die Handlungsausführung ein. Sie wird umgangssprachlich auch als Willenskraft bezeichnet und entscheidet darüber, ob man einer Motivation tatsächlich nachkommt und sie in Verhalten umsetzt. Im Gegensatz zur Motivation ist die Phase der Volition realisierungsorientiert. Nachdem die Handlungsabsicht feststeht, bemüht sich die Person, konkrete Schritte für die Umsetzung der Handlung zu planen. Die Motivation beeinflusst demnach, welches Ziel eine Person verfolgen möchte, während die Volition bestimmt, ob und auf welchem Weg das Ziel erreicht werden soll.

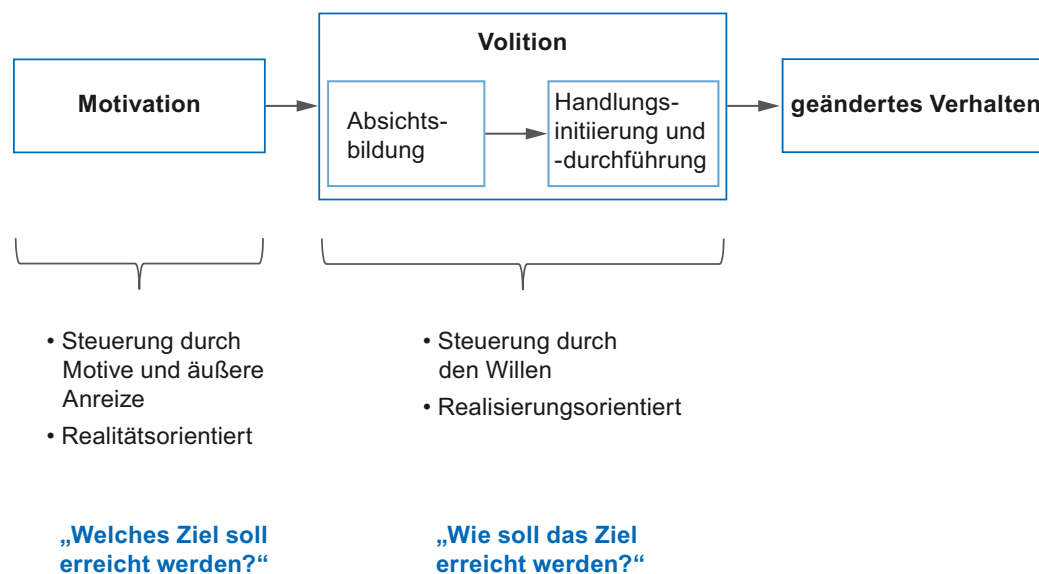


Abb. 2.2: Vermittelnde Rolle der Volition (vgl. Heckhausen, 1987)

Das Zusammenspiel von Motiven, Motivation und Volition soll in Beispiel 2.3 noch einmal an einer Alltagssituation veranschaulicht werden.

Beispiel 2.3:

Frau Meier leidet schon seit vielen Jahren an Übergewicht. Pläne, das Gewicht zu reduzieren, sind bisher immer wieder gescheitert. Eine Erklärung hierfür könnte das Genusssmotiv sein. Frau Meier möchte das Leben in allen Zügen genießen und dazu gehört für sie auch, beim Essen nicht auf Kalorien, Fettgehalt etc. achten zu müssen. Bei einer Routineuntersuchung stellt der Hausarzt bei Frau Meier jedoch hohen Blutdruck und erhöhte Blutzuckerwerte fest. Da Frau Meier auch ein genetisches Risiko mitbringt, an Typ 2-Diabetes zu erkranken, empfiehlt der Arzt ihr dringend, die Ernährung umzustellen (= äußerer Anreiz). Frau Meier fasst den Entschluss, eine Diät anzugehen. Sie wägt verschiedene Handlungsalternativen ab, wobei die ausgewählte Diät grundsätzlich mit ihrer Genusssorientierung übereinstimmen sollte (= Motivation). Frau Meier entschließt sich dazu, mehr Obst und Gemüse zu essen und stärker auf den Fettgehalt von Lebensmitteln zu achten. Außerdem möchte sie einen speziellen Kochkurs besuchen, um Anregungen für die Zubereitung von leckeren und zugleich gesunden Speisen zu erhalten (= Volition, Phase der Absichtsbildung). Sie beginnt sogleich mit der konkreten Planung der Aktivitäten und recherchiert im Internet nach entsprechenden Anbietern (= Volition, Phase der Handlungsinitiierung).



2.2 Intrinsische vs. extrinsische Motivation

Im folgenden Kapitel soll die Motivation etwas differenzierter als bisher betrachtet werden. Es werden Unterschiede zwischen der intrinsischen und extrinsischen Motivation herausgearbeitet und Anwendungsmöglichkeiten für die Praxis aufgezeigt.

Eine in der Literatur häufig vorzufindende Differenzierung der Motivation ist die Unterteilung in intrinsische und extrinsische Motivation. Von intrinsischer Motivation spricht man, wenn eine Handlung nicht durch äußere Anreize oder formulierte Auffor-

derungen ausgelöst wird. Eine Zielorientierung entsteht allein aus dem inneren Antrieb einer Person sowie dem belohnenden Effekt der Handlung an sich heraus (vgl. Abb. 2.3, Beispiel c)). Die intrinsische Motivation lässt sich in eine wertbezogene intrinsische Motivation und eine gefühlsbezogene intrinsische Motivation unterteilen (vgl. Krapp, 1999). Die wertbezogene Perspektive bringt zum Ausdruck, dass man motiviert sein kann, weil man großes Interesse an einer Handlung hat. Beispielsweise klettert jemand gerne, weil er/sie immer wieder neue Techniken ausprobieren und erlernen will. Die gefühlsbezogene Perspektive bringt hingegen die emotionale Komponente der Tätigkeit zum Ausdruck. Eine Person klettert, weil dies für sie mit positiven Emotionen wie Spaß, Kompetenzerleben und Stimulation verbunden ist.

Wird die Zielorientierung durch situative Anreize ausgelöst, spricht man von extrinsischer Motivation. Die situativen Anreize können dabei sowohl materieller Natur (= finanziell, z.B. Kostenrückerstattung bei einem Sportkurs) als auch immaterieller Natur sein (= nicht-finanziell, z.B. Aussicht auf soziale Anerkennung) sein. Eine Person handelt in diesem Fall nicht um der Handlung selbst willen, sondern aufgrund der Konsequenzen, die sie mit der Handlung verbindet.

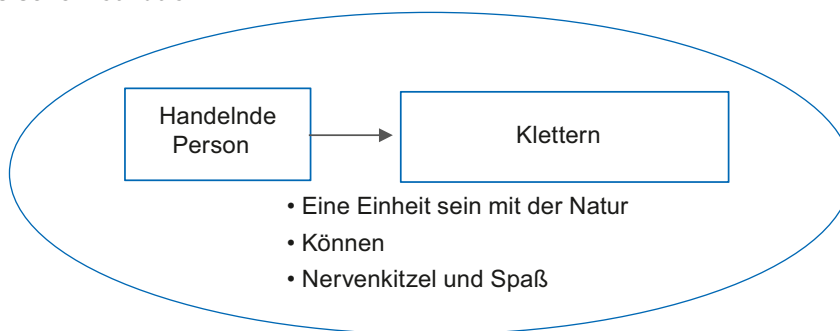
Die extrinsische Motivation lässt sich weiterhin danach differenzieren, ob nur die Person selbst oder aber weitere Akteure in die Entscheidungsfindung involviert sind. Extrinsische Motivation mit Einfluss von außen liegt beispielsweise dann vor, wenn ein Patient, bei dem Übergewicht und erhöhte Blutdruck- und Cholesterinwerte festgestellt worden sind, damit beginnt, täglich mindestens 30 Minuten in zügigem Tempo spazieren zu gehen (vgl. Abb. 2.3, Beispiel a)). Die Motivation entsteht in diesem Fall dadurch, dass der Hausarzt beim nächsten Besuch die entsprechenden körperlichen Parameter messen wird und ggf. Anerkennung ausspricht, wenn sich diese verbessert haben (bzw. ermahnt, wenn sich die Werte nicht verbessert haben). Extrinsisch motiviert ist auch das Verhalten einer Person, die regelmäßig ein Fitnessstudio besucht, um dadurch den Muskelaufbau und den allgemeinen Fitnesszustand zu verbessern. Es ist in diese Handlung zwar keine weitere Person involviert, dennoch führt die Person die Handlung aus, weil sie damit Konsequenzen verbindet, die von der Handlung selbst losgelöst sind (vgl. Abb. 2.3, Beispiel b)).

a) Extrinsische Motivation mit Druck von außen

- Kontrolle der Cholesterinwerte
- Kontrolle des Blutdrucks
- Anerkennung für Gewichtsreduktion

b) Extrinsische Motivation ohne Druck von außen

- Muskulösere Figur
- Besserer Fitnesszustand

c) Intrinsische Motivation

- Eine Einheit sein mit der Natur
- Können
- Nervenkitzel und Spaß

Abb. 2.3: Abgrenzung von intrinsischer und extrinsischer Motivation (vgl. Deci; Ryan, 1993)

Eine noch differenziertere Betrachtung der extrinsischen Motivation nehmen Deci und Ryan (1993) vor. Sie differenzieren zwischen vier Motivationsformen:

- Von der externalen Regulation spricht man, wenn eine Person durch ihre Handlung eine Belohnung erhalten oder eine Bestrafung verhindern möchte. In diesem Fall ist also eine externe Person/Institution involviert. Ein Beispiel hierfür wäre, dass eine Person regelmäßig zur Zahnarztprophylaxe geht, weil sie hierfür Bonuspunkte erhält (= Belohnungseffekt). Die Ursache für die Handlung liegt damit klar außerhalb der eigenen Person (vgl. Beispiel a) in Abb. 2.3).
- Bei der introjizierten Regulation werden die Anreize nicht von außen vorgegeben, die handelnde Person formuliert diese selbst. Sie identifiziert sich jedoch nicht völlig mit der auszuführenden Handlung. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn eine Person eine Diät beginnt, um abzunehmen und soziale Anerkennung für das äußere Erscheinungsbild zu erfahren. Die Ursache für das Handeln wohnt nicht der Person selbst inne, sondern wird z.B. durch einen wahrgenommenen sozialen Druck ausgelöst.

- Bei der identifizierten Regulation gibt es von außen vorgegebene Handlungsziele, die von der Person bewusst übernommen und als persönlich sehr wichtig empfunden werden (vgl. Beispiel b) in Abb. 2.3). So lassen sich beispielsweise Leistungssportler immer wieder zu einem Training motivieren, weil sie sich mit der Sportart identifizieren und davon überzeugt sind, dass es nur bei Einhalten des Trainingsprogramms möglich ist, eine Meisterschaft zu gewinnen.
- Nur schwer von der intrinsischen Motivation abzugrenzen ist die integrierte Regulation, bei der die Ziele, die mit einer Tätigkeit verbunden sind, vollständig verinnerlicht worden sind. Diese Form der Motivation liegt beispielsweise bei einem Jogger vor, der regelmäßig laufen geht, weil er dies für gesund und gut für die eigene Fitness hält. Im Vergleich zu einer intrinsisch motivierten Tätigkeit, die man nur um ihrer selbst willen durchführt, ist bei der integrierten Regulation jedoch immer noch ein instrumentelles Ziel vorhanden, denn die Person joggt, um damit die eigene Fitness zu verbessern.



Beispiel 2.4:

In einer Schulklasse bemerkt die Lehrerin, dass immer mehr Schüler in den Pausen heimlich rauchen. Sie konfrontiert die Schüler zunächst mit ihrer Beobachtung und spricht ein Rauchverbot aus. Gleichzeitig kündigt sie strenge Kontrollen an und kündigt an, dass ein Verstoß gegen die Regel disziplinarische Konsequenzen nach sich ziehen wird. Diese Maßnahme führt dazu, dass tatsächlich weniger Jugendliche auf dem Schulhof rauchen (= externale Regulation). Die Lehrerin möchte allerdings erreichen, dass sie mit der Zeit auf die Überwachung und Kontrolle verzichten kann und die Schüler künftig auch ohne externalen Einfluss vom Rauchen absehen. Sie erklärt den Schülern die Hintergründe ihrer Regelung, klärt über die gesundheitsschädigenden Konsequenzen des Rauchens auf und diskutiert mit den Schülern, wie es gelingen kann, nicht mehr zu rauchen. Damit lässt die Lehrerin auch nichtrauchende Mitschüler zu Wort kommen. Einige Raucher werden sich aufgrund des entstehenden sozialen Drucks durch die Lehrerin und die Mitschüler selbst das Ziel setzen, nicht mehr zu rauchen. Das Nichtrauchen wird aber noch nicht als eigenes Ziel verinnerlicht (= introjizierte Regulation). Identifizierte Regulation liegt schließlich dann vor, wenn die Schüler das Nichtrauchen als Wert für ihr eigenes Leben ansehen und als Teil ihrer Identität wahrnehmen. Das Ziel des Nichtrauchens ist zwar immer noch instrumentell (z.B. „Ich möchte gesund bleiben.“), das Nichtrauchen wird jedoch als selbstreguliertes Verhalten wahrgenommen. Um dies bei den Schülern zu erreichen, könnte die Lehrerin mit den Schülern in Kleingruppenarbeit Selbstreflexionsübungen durchführen. In diesem Zusammenhang könnte z.B. analysiert werden, warum Rauchen Spaß macht, welche sozialen Gründe für das Rauchen verantwortlich sind und welche Möglichkeiten sich bieten, um sich äußeren und inneren Zwängen zu widersetzen.

Übung 2.2:

Der Coach eines Ernährungsprogramms für übergewichtige Kinder und Jugendliche beobachtet, dass es einigen Teilnehmern nicht gelingt, die formulierten Ernährungsziele einzuhalten. Er stellt beispielsweise fest, dass einige Teilnehmer in den Pausen zum nah gelegenen Supermarkt laufen, sich dort Softdrinks und Süßigkeiten kaufen und diese ungesunden Lebensmittel heimlich verzehren. Der Coach entschließt sich dazu, die Kursteilnehmer auf seine Beobachtung aufmerksam zu machen. Er macht deutlich, dass eine Gewichtsreduktion und dauerhaft positive Umstellung der Ernährungsgewohnheiten nur möglich ist, wenn sich die Teilnehmer an die vorgegeben Regeln halten. Er kündigt an, dass ein Verlassen des Gebäudes in den Pausen erst wieder möglich sein wird, wenn sich das Verhalten der Teilnehmer ändert und er sich darauf verlassen kann, dass die Kinder und Jugendlichen nicht heimlich zu Süßwaren greifen.

Bitte reflektieren Sie die durch den Coach ergriffene Maßnahme. Welche Art der Regulation liegt vor und welche Verhaltenskonsequenzen erwarten Sie bei den Kursteilnehmern? Beschreiben Sie sodann, wie der Coach bei den Kindern und Jugendlichen eine introjizierte Regulation erreichen könnte.



Die Abgrenzung von extrinsischer und intrinsischer Motivation wird weiterhin dadurch erschwert, dass beide Motivationsformen nicht voneinander losgelöst betrachtet werden können. Eine Handlung, die ursprünglich extrinsisch motiviert war, kann sich im Zeitverlauf zu einer intrinsischen Handlung entwickeln (vgl. Rheinberg, 2010). Zudem gibt es Handlungen, die zugleich extrinsisch und intrinsisch motiviert sind. Ein Übergang von der extrinsischen zur intrinsischen Motivation liegt beispielsweise dann vor, wenn sich eine Person anfangs 30 Minuten am Tag bewegt, weil dies der Arzt dringend empfohlen hat (= extrinsische Motivation). Mit der Zeit wird der tägliche Spaziergang zum festen Bestandteil des Alltags, den man beispielsweise auch wertschätzt, um einfach mal abzuschalten (= intrinsische Motivation).

Eine Handlung, die gleichzeitig intrinsisch und extrinsisch motiviert ist, ist das Tanzen. Entscheidet sich eine Person beispielsweise dazu, Turniertanz zu betreiben, so tut sie dies einmal, weil das Tanzen Spaß und Lebensfreude bereitet (= intrinsische Motivation). Zum anderen freut sie sich aber auch über den Beifall nach einer Tanzaufführung (= extrinsische Motivation).

2.3 Systematisierung von Motiven

Ziel des folgenden Kapitels ist es, Motive von ähnlichen Begriffen abzugrenzen. Außerdem werden Ansätze zur Systematisierung von Motiven aufgezeigt.

2.3.1 Begriffsabgrenzung

Aus den Ausführungen in Kapitel 2.1 wird ersichtlich, dass einer Motivation unterschiedliche Motive zugrunde liegen können. Im Folgenden soll der Motivbegriff präzisiert werden. Bevor in Kapitel 2.3.2 auf den Unterschied zwischen impliziten und expliziten Motiven eingegangen wird, gilt es zunächst, definitorische Klarheit zu schaffen. Hierzu ist es erforderlich, Motive von den häufig synonym verwendeten Begriffen Instinkt, Trieb und Bedürfnis abzugrenzen.

In den frühen Arbeiten zur Motivationsforschung dominierte der Stellenwert von Trieben und Instinkten, wenn es darum ging, menschliches Verhalten zu erklären. Instinkte werden im Gegensatz zu Motiven nicht erworben, sie sind angeboren. Beispiele für instinktives Verhalten aus dem Tierreich sind das Netzweben von Spinnen oder das Nahrungshorten von Eichhörnchen (vgl. Weiner, 1994). Instinkte führen dazu, dass alle Mitglieder einer Spezies in einer bestimmten Situation auf ähnliche Art und Weise reagieren. Auch Menschen verhalten sich instinktiv. So sind beispielsweise das Säugen eines Babys oder Fluchtreaktionen bei Angstzuständen auf Instinkte zurückzuführen. Instinkte führen wie Motive zu einem sinnhaften und zielgerichteten Verhalten, dem handelnden Menschen selbst ist dies jedoch nicht bewusst.

Der Stellenwert des Instinkt-Konzeptes in der Motivationspsychologie wurde v. a. von McDougall (1932) geprägt. Er erstellte eine Liste aus Verhaltensweisen, die er bei sich selbst bzw. anderen Menschen immer wieder in ähnlicher Weise beobachtete (vgl. Abb. 2.4). Aus heutiger Sicht ist das Vorgehen bei der Zusammenstellung der Instinkte jedoch wenig überzeugend. Rheinberg (1995, S. 19 ff.) kritisiert beispielsweise, dass die Aufstellung zwar eine Vielzahl typisch menschlicher Verhaltensweisen erfasst, sie aber keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben kann. Zudem sind die Verhaltensweisen sehr allgemein und für alle Menschen charakteristisch, sodass deren praktische Anwendbarkeit fraglich ist.

Mit Instinkten eng verwandt sind Triebe, von denen angenommen wird, dass sie ebenfalls eine angeborene biologische Grundlage haben (vgl. Rheinberg 1995, S. 29). Triebe sind Kräfte, die ihren Ursprung in einem körperlichen Reizzustand haben. Auf psychischer Ebene werden Triebe durch einen entsprechenden Impuls repräsentiert, in dem der Wunsch bzw. das Verlangen zum Ausdruck kommt, den Reizzustand auszugleichen. In diesem Sinne sind Triebe ebenfalls zielorientiert. Die Konzeptualisierung von Trieben wurde wesentlich von Sigmund Freud (1915) vorangetrieben, der zwischen Trieben der Arterhaltung (Sexualität) und Trieben der Selbsterhaltung (z.B. Hunger, Durst) unterscheidet.

In den 1970er-Jahren kam es zu einer kognitiv ausgerichteten Neuorientierung der Motivationsforschung. Die grundlegenden biologischen Antriebskräfte wurden nun als gegeben angesehen (vgl. Krapp, 2005, S. 628). Man folgte der Ansicht, dass sich Verhaltensweisen nicht allein aus den Merkmalen einer Person ergeben, sondern dass Umwelteinflüsse existieren (äußere Anreize), die die Person kognitiv zu verstehen versucht. An dieser Stelle setzt der Bedürfnisbegriff an, der maßgeblich von Murray (1938) geprägt wurde. Er unterscheidet zwischen Primärbedürfnissen (z.B. Hunger, Durst) und Sekundärbedürfnissen (insbesondere Leistungsbedürfnis, Anschlussbedürfnis, Unabhängigkeitsbedürfnis, vgl. Abb. 2.4). Während die primären Bedürfnisse biologisch bedingt sind, bilden sich sekundäre Bedürfnisse im Rahmen von sozialen und kulturellen Lernprozessen heraus. Bedürfnisse äußern sich darin, dass ein Individuum einen physiologischen oder psychologischen Mangel wahrnimmt (z.B. Bedürfnis nach Nahrung und nach sozialer Anerkennung). Bedürfnisse haben dabei jedoch einen primär aktivierenden Charakter. Eine Person weist nach dem Sport ein Flüssigkeitsdefizit auf. Als aktivierendes Signal des Körpers empfindet sie Durst. Dieses Signal alleine veranlasst sie aber noch nicht zum Handeln. Erst die kognitive, steuernde Komponente des Motivs führt dazu, dass entsprechende Verhaltensweisen in Gang gesetzt werden, die auf die Befriedigung des Bedürfnisses abzielen (vgl. Krapp, 2005). Die durstige Person fasst also beispielsweise den Entschluss, sich eine Flasche Wasser zu kaufen.

Murray (1938) ordnete menschliche Bedürfnisse mehr oder weniger thematisch. Allerdings lässt seine Arbeit keine Rückschlüsse auf die Priorisierung und eine ggf. hierarchische Anordnung von Motiven zu (vgl. Reifegerste, 2012). Die Bedürfnispyramide von Maslow (1970), die in Kapitel 3.1.1 ausführlich diskutiert wird, setzt an diesem Kritikpunkt an.

Motivliste nach McDougall (1932)

- Hunger (Nahrung suchen/speichern)
- Ekel (schädliche Stoffe abweisen)
- Sexualtrieb (sich paaren)
- Furcht (sich vor Gefahren schützen)
- Neugier (Neues ausprobieren)
- Fürsorgetrieb (Kinder versorgen)
- Geselligkeitstrieb (gemeinsame Erlebnisse suchen)
- Selbstbehauptung (sich behaupten, leiten)
- Unterwürfigkeit (nachgeben, sich unterordnen)
- Ärger (Widerstand brechen)
- Hilfe suchen (sich aus einer ausweglosen Situation heraushelfen)
- Schaffensdrang (Obdach und Geräte schaffen)
- Besitztrieb (Wertvolles erhalten und bewahren)
- Lachtrieb (sich über etwas freuen, amüsieren)
- Behaglichkeitstrieb (Unbequemes beseitigen)
- Wandertrieb (nach neuen Plätzen suchen)
- Ruhebedürfnis (ruhen, schlafen)
- Körperliche Bedürfnisse (husten, niesen, atmen)

Motivliste nach Murray (1938)

- Leistungsmotivation
- Affiliation
- Dominanzstreben
- Ausdauer
- Geltungsstreben
- Risikomeidung
- Impulsivität
- Pflegemotivation
- Ordnungsbedürfnis
- Spieltrieb
- Anerkennungsbedürfnis
- Anlehnungsbedürfnis
- Erkenntnisstreben

Abb. 2.4: Beispiele für Motivlisten

2.3.2 Implizite vs. explizite Motive

Im Grundmodell der Motivationspsychologie sind Motive den personenspezifischen Merkmalen zuzuordnen. Es lässt sich zwischen drei Formen von Motiven unterscheiden: den universellen Bedürfnissen, den impliziten Motiven und den expliziten Motiven. Zu den universellen Bedürfnissen zählt insbesondere die Befriedigung physiologischer Grundbedürfnisse. Diese Art von Motiven ist damit dem Erbe der frühen Motivationsforschung zuzuordnen.

Implizite Motive sind bereits in früher Kindheit erworbene Wertungsdispositionen, die von Person zu Person unterschiedlich ausgeprägt sind. So unterscheiden sich Menschen beispielsweise in dem Ausmaß, wie sie soziale Nähe und Anbindung suchen (= Anschlussmotivation) und wie sie an die Lösung von als schwierig empfundenen Aufgaben herangehen (= Leistungsmotivation). Explizite Motive sind hingegen verbal repräsentierbare Ziele, die sich eine Person selbst setzt und die sie zu verfolgen bereit ist. Explizite Motive sind elementar für die Handlungssteuerung (= Phase der Volition). Sie geben eine Richtung für die geplante Handlung vor, veranlassen uns dazu, motivationale Ressourcen zu sammeln und schützen uns vor Ablenkungen bei der Zielerreichung.

Im Idealfall werden unbewusste habituelle Gewohnheiten (= implizite Motive) in konkrete, der Situation entsprechende Zielsetzungen umgesetzt. Häufig stimmen implizite und explizite Motive jedoch nicht überein, d.h. Menschen formulieren Vorstellungen, die ihren unbewussten Gewohnheiten nicht entsprechen. In Situationen, bei denen im-

plizite Motive und explizite Ziele nicht übereinstimmen, bedarf es einer besonders starken Willenskraft (= Volition), um eine Handlung erfolgreich auszuführen. Häufig reicht der Grundsatz des „eisernen Willens“ jedoch nicht aus, um eine Handlung erfolgreich auszuführen. Besteht die Diskrepanz zwischen impliziten und expliziten Motiven über einen längeren Zeitraum hinweg, kann dies im schlimmsten Fall zu physischen und psychischen Erkrankungen führen (z.B. Schlafstörungen, Alkohol- und Medikamentenmissbrauch, Stressreaktionen) (vgl. Brand; Ion, 2010, S. 229). Langfristig sind deshalb Handlungen erfolgreicher, bei denen implizite und explizite Motive eine möglichst große Schnittmenge aufweisen.



Beispiel 2.5:

Für einen Vertriebsmitarbeiter wird eine Zielvereinbarung formuliert, aus der u. a. hervorgeht, welche Umsatzzahlen er im Laufe eines Geschäftsjahres erreichen muss. Das explizite Motiv besteht damit darin, dass der Mitarbeiter die anvisierten Umsatzzahlen erreichen möchte. Ist bei dem Mitarbeiter das implizite Motiv des sozialen Anschlusses stark ausgeprägt, so gelingt ihm es durch seine Kommunikationsfähigkeit und Kontaktfreude vermutlich eher, die Umsatzzahlen zu generieren. Implizite und explizite Motive weisen in diesem Fall Überschneidungen auf. Bei einem Vertriebsmitarbeiter, der eher introvertiert ist und den Kontakt zu anderen Menschen scheut, ist die Schnittmenge von impliziten und expliziten Motiven hingegen klein. In diesem Fall ist ein vergleichsweise hoher Energieaufwand nötig, um dennoch erfolgreich zu sein. Die Gefahr, in eine Situation der Überforderung zu geraten, ist wesentlich höher als bei dem Vertriebsmitarbeiter mit hoher Anschlussmotivation.

Um in Rahmen von Interventionsprogrammen konkrete Handlungsanweisungen für eine Verhaltensänderung geben zu können, gilt es, die impliziten Motive einer Person zu kennen und messbar zu machen. Implizite Motive äußern sich in einem Verhalten, welches eigeninitiativ, spontan und wiederholt ausgeübt wird. Um die impliziten Motive eines übergewichtigen Patienten zu identifizieren, dem es nicht gelingt abzunehmen, könnte der behandelnde Arzt beispielsweise erfragen, ob es Tätigkeiten gibt, in denen der Patient aufgeht und bei denen er sich durch keine anderen Gedanken stören lässt. Auch das Führen eines Tagebuches und konkrete Fragen zu auffälligen Verhaltensmustern sind Möglichkeiten, um implizite Motive zu identifizieren. Entsprechend der Ausprägung verschiedener impliziter Motive (z.B. Leistungsmotiv, Anschlussmotiv) kann sodann gemeinsam nach Maßnahmen gesucht werden, die sowohl zum expliziten Motiv der Gewichtsreduktion als auch zu den individuellen impliziten Motivausprägungen passen.



Beispiel 2.6:

Bei einer übergewichtigen Person mit einer hohen Leistungsmotivation ist es sinnvoll, konkrete Ziele zu formulieren (z.B. Ernährungsplan) und Bestätigungen auszuwählen, die schnelle Erfolgserlebnisse und Fortschritte ermöglichen. Sportarten, in den Leistungsverbesserungen vergleichsweise schnell spürbar sind (z.B. Joggen), könnten geeignet sein, um die Person zu mehr Bewegung zu motivieren. Eventuell kann ein sozialer Wettbewerb die Motivation steigern helfen. Wenn das Anschlussmotiv stark ausgeprägt ist, sollten im Gegensatz Tätigkeiten ausgewählt werden, die es der übergewichtigen Person ermöglichen, sich auszutauschen und neue Beziehungen aufzubauen. Eine konkrete, bildhafte Vorstellung von der Ausführung der Hand-

lung (z.B. „Ich werde mich jede Woche mit einer Gruppe von Frauen treffen und gemeinsam kochen.“) erleichtert den Zugriff auf die impliziten Motive und hilft, motivierende Aktivitäten herauszufinden.

Übung 2.3:

Petra N. raucht seit vielen Jahren täglich eine halbe Schachtel Zigaretten. Seit einem Jahr hat sie einen Partner, der überzeugter Nichtraucher ist und der sie immer wieder dazu ermahnt, mit dem Rauchen aufzuhören. Frau N. hat das explizite Ziel bereits für sich selbst formuliert und mehrere Entzugsversuche unternommen. Sie beteuert ihrem Partner gegenüber, wirklich Nichtraucher werden zu wollen, und macht sich selbst Vorwürfe, dass dieses Vorhaben immer wieder scheitert.

Analysieren Sie, welche impliziten Motive bei Frau N. vorliegen könnten, die im Widerspruch zu dem expliziten Motiv, nicht mehr Rauchen zu wollen, stehen. Welche Maßnahmen könnte ein Therapeut im Rahmen eines Anti-Raucher-Programms ergreifen, um diese impliziten Motive zu identifizieren?



Zusammenfassung

Das zweite Kapitel diente dazu zu definieren, was man unter einer Motivation versteht. Zudem wurde die Motivation von ähnlichen Begriffen (insbesondere der Volition und Motiven) abgegrenzt. Kapitel 2 hat zudem die Annahmen des Grundmodells der Motivationspsychologie vorgestellt und in diesem Zusammenhang dargelegt, in welchem Wechselspiel Motive, Motivation, Volition und das Verhalten stehen.

Ziel des zweiten Kapitels war es weiterhin, die Motivation und Motive weiter zu differenzieren. Es wurden Merkmale der intrinsischen und extrinsischen Motivation herausgearbeitet und mit den Bonusprogrammen der gesetzlichen Krankenversicherungen ein konkretes Anwendungsbeispiel vorgestellt. Sie haben erfahren, worin sich die häufig synonym verwendeten Begriffe Instinkte, Triebe, Bedürfnisse und Motive unterscheiden und weshalb sowohl implizite als auch explizite Motive für ein zielorientiertes Handeln verantwortlich sind.

Aufgaben zur Selbstüberprüfung

- 2.1 Grenzen Sie die Begriffe „Motiv“, „Motivation“ und „Volition“ voneinander ab. Stellen Sie grafisch dar, welcher Zusammenhang zwischen den einzelnen Konzepten besteht.
- 2.2 Was versteht man unter extrinsischer Motivation? Nennen Sie die einzelnen Unterformen der extrinsischen Motivation und erläutern Sie diese kurz.
- 2.3 Worin unterscheiden sich Instinkte, Triebe und Bedürfnisse?
- 2.4 Warum ist es wichtig, dass implizite und explizite Motive möglichst große Überschneidungen aufweisen?

3 Allgemeine Motivationstheorien

Kapitel 3 stellt allgemeine, d. h. nicht direkt für das Gesundheitsverhalten entwickelte Motivationstheorien vor. Sie lernen, zwischen den Annahmen von Inhaltstheorien („Wie lassen sich Motive systematisieren?“), Prozesstheorien („Welche kognitiven Prozesse laufen während des Motivationsprozesses ab?“) und Lerntheorien („Wie lernen Menschen neues Verhalten?“) zu unterscheiden.

Zudem werden Sie dazu befähigt, die Annahmen von Inhaltstheorien, Prozesstheorien und Lerntheorien auf das Gesundheitsverhalten zu übertragen.

3.1 Inhaltstheorien

Zunächst lernen Sie Inhaltstheorien der Motivation kennen. Diese Theorien dienen der Klassifikation von Motiven und haben damit lediglich beschreibenden Charakter.

3.1.1 Bedürfnispyramide von Maslow

Die von Abraham Maslow (1970) entwickelte Bedürfnispyramide (vgl. Abb. 3.1) postuliert, dass zunächst physiologische Grundbedürfnisse (z.B. Hunger und Durst stillen) und Sicherheitsbedürfnisse (z.B. ein warmer Ort zum Schlafen) befriedigt sein müssen, bevor Menschen nach der Erfüllung sozialer Bedürfnisse (z.B. Zusammengehörigkeit, Freundschaft, Liebe), nach Anerkennung (z.B. Wertschätzung durch die soziale Gruppe) oder Selbstverwirklichung (z.B. Ausschöpfen von Potentialen) streben. Die Bedürfnispyramide soll im Folgenden am Beispiel der Motive für den Kauf von Bio-Lebensmitteln näher erläutert werden:

Der Kauf von Bio-Lebensmitteln dient zunächst einmal der Sicherung physiologischer Grundbedürfnisse, da diese, wie andere Lebensmittel auch, sättigen sollen. Darüber hinaus ist aber auch das Gesundheitsmotiv kaufentscheidungsrelevant, das sich in Maslows Pyramide in die Stufe „Bedürfnis nach Sicherheit“ einstufen lässt. Insbesondere der Wunsch nach rückstandsfreien, nicht mit Pestiziden belasteten Lebensmitteln und die Sorge vor Lebensmittelskandalen wirken sich motivierend auf den Käufer von Bio-Produkten aus. Das Bedürfnis nach gesunden und damit sicheren Lebensmitteln ist beispielsweise dann besonders stark ausgeprägt, wenn junge Menschen eine Familie gründen. Bio-Lebensmittel unterliegen strengen Herstellungsstandards und können deshalb dazu beitragen, eine wahrgenommene Sicherheitslücke zu schließen. Der Kauf von Bio-Lebensmitteln kann weiterhin dazu dienen, soziale Bedürfnisse und das Bedürfnis nach Anerkennung zu befriedigen. Dies ist beispielsweise dann der Fall, wenn im engeren sozialen Umfeld viele Personen Bio-Lebensmittel konsumieren und man selbst gerne zu diesem Kreis dazuzählen und Wertschätzung für sein Handeln erfahren möchte. Auch das Motiv der Selbstverwirklichung kann den Kauf von ökologisch hergestellten Nahrungsmitteln erklären: Der Konsum von Bio-Lebensmitteln kann ein Ausdruck der Genussorientierung von Menschen sein, die den Wunsch haben, sich von gewöhnlichen Massenprodukten zu distanzieren. Bio-Produkte werden als besonders qualitativ-hochwertig wahrgenommen. Sie werden deshalb häufig bewusster als herkömmliche Lebensmittel konsumiert (vgl. Faltins, 2010).

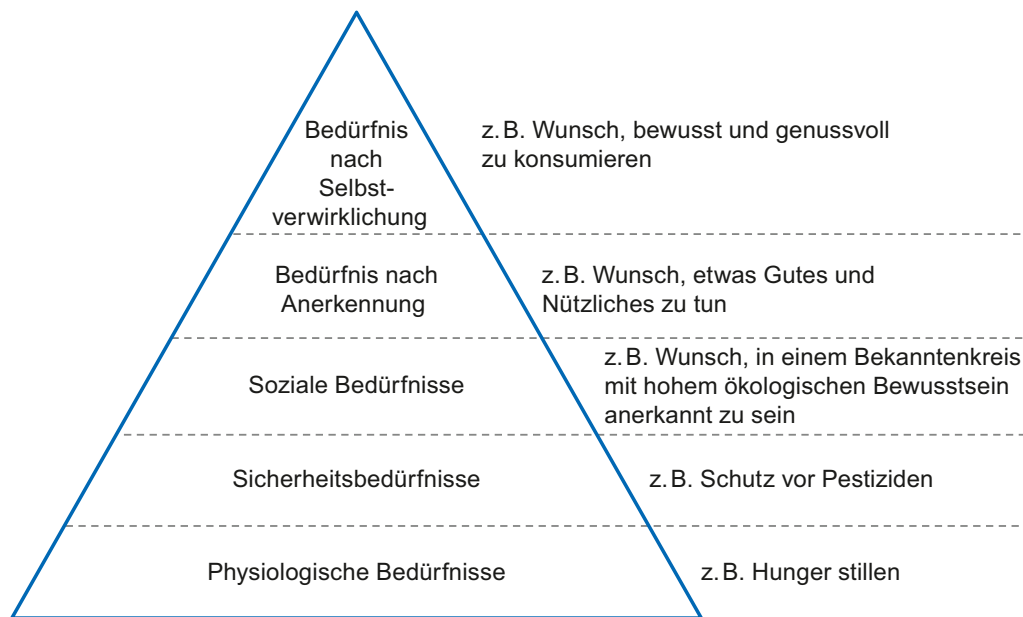


Abb. 3.1: Bedürfnispyramide nach Maslow am Beispiel des Kaufs von Bio-Lebensmitteln

Den Annahmen der Bedürfnispyramide liegen zwei grundlegende Prinzipien zugrunde: Das Defizitprinzip und das Progressionsprinzip (vgl. Steinmann; Schreyögg, 2005, S. 485).

- Das Defizitprinzip sagt aus, dass Menschen danach streben, einen bestehenden Mangelzustand (= Defizit) zu befriedigen. Ist ein Bedürfnis befriedigt, geht von ihm kein motivationaler Effekt mehr aus.
- Das Progressionsprinzip bringt zum Ausdruck, dass der Mensch zunächst danach strebt, die hierarchisch am niedrigsten angesiedelten Bedürfnisse zu befriedigen. Sind diese häufig physiologischen Bedürfnisse erfüllt, werden die auf der nächsthöheren Stufe angesiedelten Sicherheitsmotive aktiviert. Dieser Prozess setzt sich bis zu dem Bedürfnis nach Anerkennung fort. Die Stufe der Selbstverwirklichung weicht von dem beschriebenen Defizitprinzip ab. Im Vergleich zu den anderen Bedürfnisstufen nimmt Maslow für das Bedürfnis nach Selbstverwirklichung an, dass dieses nie vollständig befriedigt werden kann.

In Maslows Bedürfnispyramide spiegelt sich eine sehr optimistische Sichtweise auf das menschliche Handeln wider (vgl. Gerrig; Zimbardo, 2008, S. 421), da diese von der Annahme ausgeht, dass Menschen danach streben, sich beständig weiterzuentwickeln. Eher negativ geprägte menschliche Bedürfnisse, wie das Streben nach Macht und Dominanz, werden außer Acht gelassen. Auch die von Maslow vorgeschlagene strikte Stufenabfolge konnte nicht bestätigt werden. Dies zeigen empirische Untersuchungen ebenso wie unsere Alltagserfahrungen. So ist es sehr wohl möglich, ein Hungergefühl eine Zeit lang zu unterdrücken, um im Moment dringlicher empfundene Bedürfnisse zu erfüllen. Weinert (1998) fasst weitere Kritikpunkte an der Bedürfnispyramide zusammen:

- Die Priorisierung der fünf Bedürfnisstufen ist von Mensch zu Mensch unterschiedlich. So gibt es beispielsweise Menschen, die im Beruf primär nach Selbstverwirklichung streben und dafür auch ein geringeres Gehalt in Kauf nehmen würden.

- Einige Bedürfnisse lassen sich nicht klar nur einer Bedürfnisgruppe zuordnen. So dient ein gemeinsames Essen in der Familie zum einen der Nahrungsaufnahme (= physiologisches Bedürfnis), zum anderen aber auch dem geselligen Beisammensein (= soziales Bedürfnis).
- Nicht befriedigte Bedürfnisse können durch andere Bedürfnisse ersetzt werden. Dies ist beispielsweise dann der Fall, wenn man zugunsten eines sicheren Arbeitsplatzes auf Machtbedürfnisse verzichtet.
- Ob sich bestimmte Bedürfnisse befriedigen lassen, hängt nicht allein von der Person, sondern immer auch von äußeren Gegebenheiten ab.

Trotz der aufgeführten Kritikpunkte findet die Bedürfnispyramide in der Präventionspraxis weite Verbreitung. Die Systematisierung von Maslow kann beispielsweise dazu genutzt werden, um im Rahmen von Präventionskampagnen geeignete Gesundheitsappelle zu gestalten. Betrachtet man einmal die in Anti-Raucher-Kampagnen eingesetzten Präventionsappelle, so fällt auf, dass diese sehr häufig physiologische Bedürfnisse sowie Sicherheitsbedürfnisse ansprechen. Appelle wie „Rauchen kann tödlich sein“ oder „Rauchen schadet der Gesundheit“ sollen beim Rezipienten ein Gefühl der Bedrohung auslösen und über diesen Weg zum Nichtrauchen motivieren. Die Gesundheitsministerien vieler Länder arbeiten mit Furchtappellen, in denen sprachliche Hinweise auf die Risiken des Rauchens mit abschreckenden Bildern von Tumoren und geschwärtzten Raucherlungen verbunden werden.

Dieser Appell an die hierarchisch am niedrigsten angesiedelten Bedürfnisse muss jedoch nicht immer Erfolg versprechend sein. Neuere Befunde aus der Präventionsforschung (vgl. Reifegerste, 2012) belegen, dass Botschaften, die gesundheitliche Risiken betonen, gerade bei jugendlichen Zielgruppen auf Ablehnung stoßen. Da es Jugendlichen gemeinhin sehr wichtig ist, soziale Anerkennung von Gleichaltrigen zu erfahren, erscheint es ratsamer, soziale Bedürfnisse und Anerkennungsbedürfnisse anzusprechen. Eine Anti-Raucher-Kampagne könnte z. B. die negativen Folgen des Zigarettenkonsums auf das Aussehen (gelbe Zähne, Falten) betonen, die zu einem Verlust von Attraktivität und Beliebtheit führen. Zudem definieren sich junge Menschen oftmals über gute sportliche Leistungen. Im Rahmen von Präventionskampagnen könnte daher auch auf die schlechtere körperliche Fitness und sportliche Leistungsfähigkeit von Rauchern hingewiesen werden. Um an Selbstverwirklichungsmotive zu appellieren, könnte schließlich kommunikativ die Kostspieligkeit des Zigarettenkonsums herausgestellt und verdeutlicht werden, dass das Geld stattdessen in Produkte mit Statuscharakter (z. B. Markenkleidung, technische Geräte) investiert werden könnte.



Übung 3.1:

Überlegen Sie, wie die Bedürfnispyramide von Maslow für die Erstellung von Motivationsprogrammen in der Prävention hilfreich sein kann. Wo könnten Widersprüche bzw. Konflikte auftreten, wenn man sich bei der Gestaltung eines Motivationsprogramms von den Annahmen Maslows leiten lässt?

3.1.2 Motivfelder des limbischen Systems

Einen weiteren Ansatz, um verschiedene Motive voneinander abzugrenzen, bietet die Hirnforschung. Treffen emotionale Botschaften auf einen Menschen, durchlaufen diese im Zuge der Informationsverarbeitung zunächst das limbische System. Unter dem limbischen System versteht man diejenigen Gehirnareale, die für die Verarbeitung von Emotionen, die Entstehung von triebhaften Verhalten und die unbewusste Verhaltenssteuerung verantwortlich sind. Das limbische System wird auch als emotionales Gedächtnis bezeichnet. Es ist dafür verantwortlich, Impulse für die emotionale Bewertung von Objekten oder Personen auszulösen, und schafft damit die Grundlage für die Entstehung motivationaler Prozesse.

Das limbische System liegt oberhalb des aus evolutionärer Sicht ältesten Teil des Gehirns, des Stammhirns. Das Stammhirn dient der Steuerung körperlicher Funktionen, wie beispielsweise der Atmung oder des Blutdrucks. Nach oben hin ist das limbische System mit dem Großhirn verbunden, dem Teil des Gehirns, der sich im Laufe der Evolution zuletzt herausgebildet hat. Im Großhirn werden Wissen und Erfahrungen verarbeitet und gespeichert. Es ist zudem dafür verantwortlich, die im limbischen System ausgelösten Emotionen kognitiv zu steuern.

Das limbische System besteht aus drei großen Emotions- und Motivfeldern, die von Häusel (2005) auch als „Big 3“ bezeichnet werden: Balance, Stimulanz und Dominanz. Zur Dimension „Balance“ zählen Motive, die auf das Bedürfnis nach Sicherheit abzielen (z.B. Fürsorge, Harmonie, Geborgenheit). Das Motivfeld der „Stimulanz“ bezeichnet das Bedürfnis nach Erregung (z.B. Unterhaltung, Abwechslung). Unter „Dominanz“ sind schließlich Motive zusammengefasst, die allesamt das Bedürfnis nach Autonomie zum Ausdruck bringen (z.B. Abgrenzung, Kontrolle, Macht).

Wie stark die einzelnen Motivfelder ausgeprägt sind und wie ein Individuum diese gewichtet, ist u.a. von sozio-demografischen Merkmalen abhängig. In einer repräsentativen Untersuchung mit 20.000 Teilnehmern konnte Häusel (2007) zeigen, dass die drei Motivfelder je nach Alter und Geschlecht eines Menschen unterschiedlich stark ausgeprägt sind. Frauen streben beispielsweise eher nach Sicherheit als Männer. Männer haben hingegen ein größeres Autonomiebedürfnis. Unabhängig vom Geschlecht streben ältere Menschen eher nach Balance als jüngere Menschen. In der Praxis haben sich auch Instrumente wie die sogenannten Limbic Types® durchgesetzt, die Zielgruppen anhand von Lebensstil- und Persönlichkeitsmerkmalen noch weiter untergliedern. Aus Tab. 3.1 geht hervor, welche Emotionsfelder bei den einzelnen Persönlichkeitstypen jeweils dominant sind und wie sich der Persönlichkeitstyp allgemein sowie bezogen auf das Gesundheitsverhalten charakterisieren lässt.

Tab. 3.1: Limbische Typen und deren Charakterisierung (vgl. Häusel, 2005)

Persönlichkeitstyp (Anteil in der Stichprobe)	Dominante Emotionsfelder	Beschreibung des Persönlichkeitstyps	Merkmale des Gesundheitsverhaltens
Bewahrer (35 %)	Balance	Interesse an Sicherheit und Kontinuität	Häufige Arztbesuche; Interesse an Gesundheitsprodukten; Interesse an Beratungsangeboten/Coaching
Genießer (22 %)	Balance, Stimulanz	Genießen und sich verwöhnen lassen sowie in gewissem Maße Wunsch nach Abwechslung	Interesse an Wellnessprodukten und -angeboten
Hedonisten (16 %)	Stimulanz	Suche nach dem Neuen und Einzigartigen sowie nach Genuss und Glücklichkeit	Sport treiben aus Spaß an der Bewegung
Controller (12 %)	Balance, Dominanz	Hohes Pflicht- und Regelbewusstsein	Beim Lebensmittelkauf sind Kalorienzahl, Fettgehalt etc. wichtiger als der Geschmack
Abenteurer (9 %)	Dominanz, Stimulanz	Interesse an Spaß, Risiko und Abwechslung	Interesse an Abenteuerreisen und Risikosportarten
Performer (6 %)	Dominanz	Hohe Leistungs- und Erfolgsorientierung	Sport treiben, um damit Stärke zu beweisen

Aus praktischer Sicht können die Motivfelder des limbischen Systems herangezogen werden, um zu erklären, warum Präventionsappelle bei verschiedenen Personen unterschiedliche Emotionen auslösen. Je nachdem, welchem limbischen Typ eine Person entspricht, werden durch einen Präventionsappell unterschiedliche Emotionsfelder aktiviert, die sowohl einen belohnenden als auch einen bestrafenden Charakter haben können (vgl. Abb. 3.2). Scherenberg (2012, S. 156) veranschaulicht dies an der Kampagne „Rauchfrei – Genuss von Freiheit, Entspannung und Schönheit“: Hauptdarsteller in dem Werbespot „Der Massai“ ist ein junger Mann, der dem afrikanischen Stamm der Massai angehört. Er vermittelt, dass man ganz ohne Zigaretten viel freier und unabhängiger leben kann und Nichtrauchen sich überdies positiv auf Aussehen und Gesundheit auswirkt.

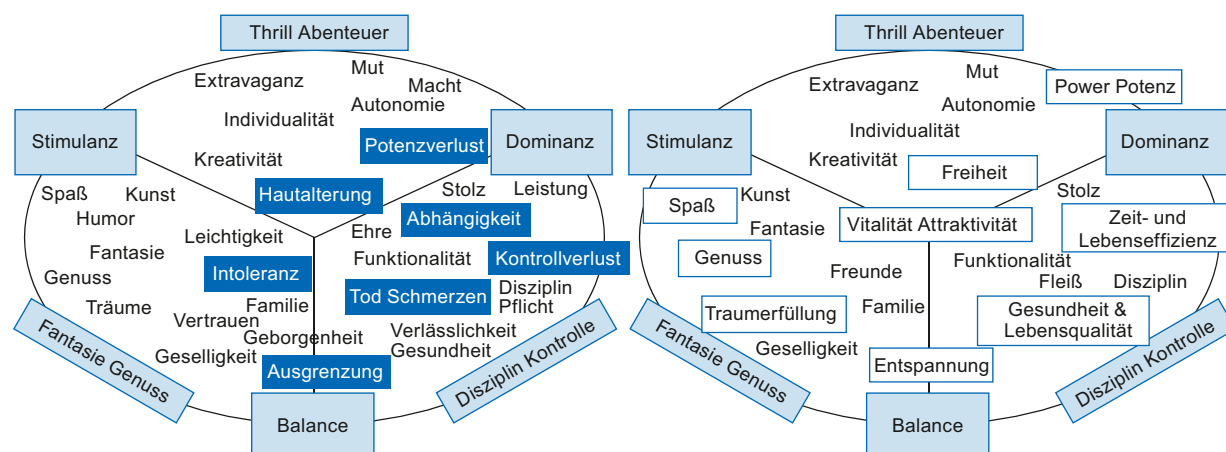


Abb. 3.2: Durch eine Präventionskampagne aktivierte Emotionen im limbischen System (Scherenberg, 2012, S. 156)

3.2 Prozesstheorien

Die folgenden Kapitel befassen sich nunmehr mit den Prozesstheorien der Motivation. Diese Ansätze werden herangezogen, um zu erklären, auf welchem Wege eine Motivation entsteht und wie die Motivation das Handeln beeinflusst.

3.2.1 Instrumentalitätstheorie

Aus Kapitel 2 geht hervor, dass das Konzept der Motivation eng mit einer Zielorientierung verbunden ist. Die Instrumentalitätstheorie von Vroom (1964) beschäftigt sich mit der Frage, welchen Einfluss die aus einer Zielsetzung abgeleiteten Verhaltenskonsequenzen auf das Ausführen einer Handlung haben. Die Theorie sieht die Ergebniserwartung, die Instrumentalitätserwartung und die Valenz der Folgen als zentral an, wenn es darum geht, die Stärke einer Verhaltenstendenz zu erklären.

- Unter der Ergebniserwartung versteht man die subjektive Einschätzung der Wahrscheinlichkeit, dass ein bestimmtes Verhalten zu einem erwünschten Ergebnis führt.
- Die Instrumentalitätserwartung bringt die subjektive Einschätzung der Wahrscheinlichkeit zum Ausdruck, dass das Ergebnis einer Handlung bestimmte Folgen nach sich zieht.
- Die Valenz der Folgen beschreibt, wie eine Person die Folgen einer Handlung subjektiv bewertet.

In der Regel verfügt eine Person über ein Set an Handlungsalternativen. Die Ergebniserwartung und die Instrumentalitätserwartung werden deshalb für alle möglichen Handlungsalternativen gebildet. Entscheiden wird sich die Person schließlich für diejenige Handlung, bei der es subjektiv gesehen am wahrscheinlichsten ist, dass sie das gesetzte Ziel erreichen kann und die Handlung die gewünschten Folgen nach sich zieht. Abb. 3.3 verdeutlicht das Zusammenspiel der zentralen Modellkomponenten am Beispiel einer Entscheidungssituation mit zwei Handlungsalternativen und jeweils zwei möglichen Folgen.

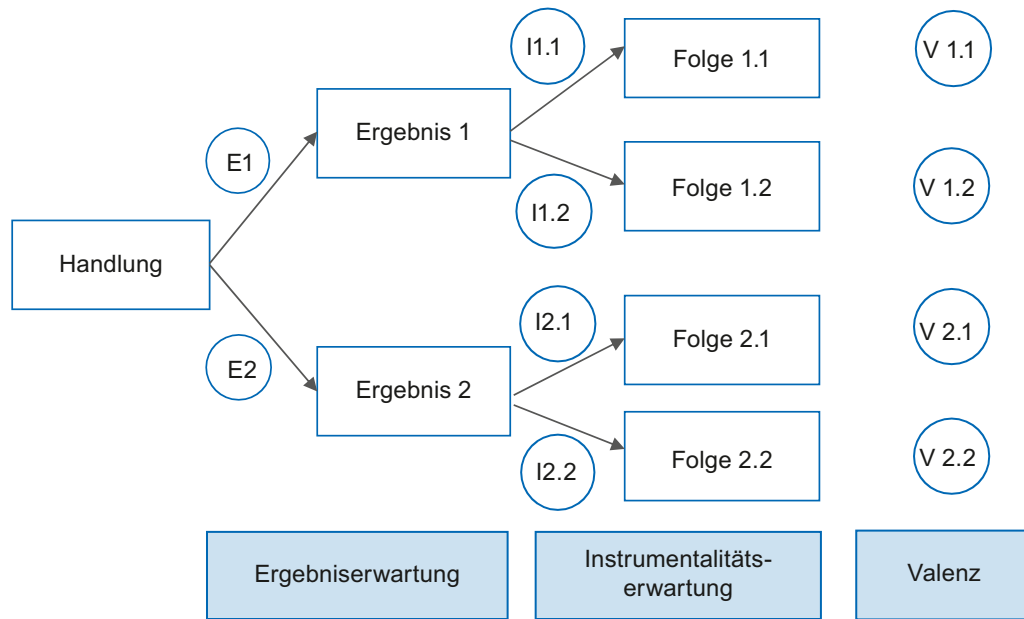


Abb. 3.3: Grundmodell der Instrumentalitätstheorie (vgl. Vroom, 1964)

Ergebniserwartung, Instrumentalitätserwartung und Valenz sind in der Theorie von Vroom multiplikativ miteinander verknüpft. Die Motivation zu handeln ist dabei umso größer, je höher die Summe der einzelnen Produkte ausfällt. Die Motivation ergibt sich nach der Formel:

$$\begin{aligned} \text{Motivation} &= \Sigma (\text{Ergebniserwartung} \times \text{Instrumentalitätserwartung} \times \text{Valenz}) \\ &= (E1 \times I1.1 \times V1.1) + (E1 \times I1.2 \times V1.2) + (E2 \times I2.1 \times V2.1) + (E2 \times I2.2 \times V2.2) \end{aligned}$$

Die Summe der Produkte wird für alle in Frage kommenden Verhaltensweisen berechnet. Am Ende wird diejenige Verhaltensweise gewählt, bei der die Motivation, d.h. der Summenwert am größten ist.

Vrooms Instrumentalitätstheorie lässt sich den Erwartungs-Wert-Theorien zuordnen. Die Erwartungs-Wert-Theorien gehen von einem rational handelnden Individuum aus, das in der Lage ist, aus verschiedenen Handlungsalternativen genau diejenige auszuwählen, die den größten Nutzen verspricht. Die zentralen Annahmen der Erwartungs-Wert-Theorien lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Jede Handlung ist mit dem Abwägen von Handlungsalternativen verbunden.
- Jede Handlung bringt bestimmte Folgen mit sich, die der Handelnde im Vorfeld versucht abzuschätzen.
- Der Handelnde erwägt, wie wahrscheinlich es ist, dass eine erwartete Handlung tatsächlich eintritt.
- Es wird stets die Alternative gewählt, bei der das Produkt aus Erwartungen und Wert der Handlung maximal ist.

Anwendungsbeispiele der Instrumentalitätstheorie sind vor allem aus dem Bereich der Mitarbeitermotivation bekannt. Mitarbeiter lassen sich über unterschiedliche Anreize zu einer guten Arbeitsleistung motivieren. Dies können beispielsweise das Einkommen, die Zusammenarbeit mit den Kollegen, das Verhältnis zum Vorgesetzten, die Arbeitszeit

ten, die Karriereaussichten oder die Work-Life-Balance sein. Die einzelnen Anreize werden von Person zu Person als unterschiedlich bedeutsam wahrgenommen. Während für einige Menschen ein hohes Einkommen besonders wichtig ist, nehmen andere Menschen für eine ausgewogene Work-Life-Balance finanzielle Einbußen in Kauf. Zudem bewerten einzelne Personen die Wahrscheinlichkeit, dass ein Ereignis eintritt, unterschiedlich. Die Wahrscheinlichkeit, befördert zu werden, wird beispielsweise höher eingeschätzt, wenn eine Person schon einige Jahre im Unternehmen erfolgreich tätig ist. Indem in einem Unternehmen systematisch die Ergebnis- und Instrumentalitätserwartungen der Mitarbeiter erfasst werden, ist es möglich, individuell auf die Arbeitnehmer abgestimmte Motivationsstrategien abzuleiten.

Im Gesundheitskontext lässt sich die Instrumentalitätstheorie beispielsweise heranziehen, um zu erklären, wie sich ein Leistungssportler zu häufigem Training motivieren kann.

Beispiel 3.1:

Leistungssportler trainieren mit dem Ziel, in einem Wettkampf so gut wie möglich abzuschneiden. Ein Platz auf dem Podest, das Preisgeld und mögliche Sponsorenverträge werden als sehr positiv bewertet (= Valenz). Um dieses Ziel zu erreichen, handelt ein Leistungssportler zweckorientiert. Er trainiert regelmäßig und gerade vor einem Wettkampf sicherlich auch mehr als üblich. Je intensiver er trainiert, umso wahrscheinlicher ist es, dass das Verhalten zu einem guten Abschneiden führt (= Ergebniserwartung) und die erhofften Folgen nach sich zieht (= Instrumentalitätserwartung). Das Sporttreiben selbst spielt den Modellannahmen zufolge hingegen keine motivationale Rolle. Die Instrumentalitätstheorie orientiert sich damit am Konzept der extrinsischen Motivation.



Die Instrumentalitätstheorie von Vroom gilt als Vorläufer vieler neuerer Prozesstheorien der Motivation. Das Abwägen von Alternativen und das Bilden von Erwartungen sind auch in den in Kapitel 3.2.2 und 4 vorgestellten Modellen zentrale Komponenten. In der empirischen Forschung und der Präventionspraxis findet das Modell dennoch vergleichsweise selten Anwendung, was u.a. auf die folgenden Kritikpunkte zurückzuführen ist (vgl. Beckmann; Heckhausen, 2010a, S. 136 ff.):

- Die Annahme, dass Menschen streng rational handeln, gilt heute als widerlegt.
- Gerade im Gesundheitsbereich führen Menschen nicht nur kalkulierte Handlungen, sondern häufig auch Routinehandlungen durch.
- Das Modell legt den Fokus auf die Phase der Handlungsauswahl. Es vermag nicht zu erklären, wie aus dem Handlungswunsch eine Handlung entsteht.
- Die im Modell enthaltenen Komponenten lassen sich schwer operationalisieren, d.h. in einem Fragebogen messbar machen. So ist es beispielsweise fraglich, wie Ergebnisse und Folgen trennscharf gemessen werden können.

3.2.2 Rubikon-Modell der Handlungsphasen

Das von Heckhausen und Gollwitzer (1987) entwickelte Rubikon-Modell bildet ab, welche Prozesse eine Person angefangen beim Abwägen verschiedener Handlungsalternativen bis hin zum Abschluss der Handlung durchläuft. Charakteristisch für das Rubikon-Modell ist ein Wechsel von motivationalen und volitionalen Phasen, die im Folgenden

näher erläutert werden. Die Übergänge zwischen den einzelnen Phasen werden von Heckhausen und Gollwitzer als Handlungsentscheidung, Handlungsinitiierung und Handlungsbeendigung bezeichnet (vgl. Abb. 3.4).



Das Rubikon-Modell der Handlungsphasen unterscheidet zwischen motivationalen und volitionalen Phasen. Es beschäftigt sich somit mit den zwei zentralen Problemen der Motivationsforschung: der Auswahl von Zielen (= motivationale Prozesse) und der Realisierung der gesetzten Ziele (= volitionale Prozesse).

Die Bezeichnung Rubikon geht zurück auf eine Begebenheit im römischen Krieg. Im Jahr 49 vor Christus überschritt Julius Cäsar mit seinem Heer den Fluss Rubikon, der Grenze zur Stadt Rom und eröffnete damit unwiderruflich den Krieg. Es gab für ihn nun kein Zurück mehr, er musste versuchen, diesen Krieg zu gewinnen. Übertragen auf die Handlungsmotivation bedeutet dies, dass ein formuliertes Ziel in gewissem Maße verpflichtet, dieses auch umzusetzen.

Phase 1: Abwägen

In dieser ersten, motivational geprägten Phase des Modells muss sich die Person zunächst bewusst werden, welche Wünsche in die Realität umgesetzt werden sollen. Es gilt, zwischen verschiedenen Handlungsalternativen abzuwägen und deren Realisierbarkeit zu prüfen. Die Person versucht, die positiven und negativen Konsequenzen einer Handlung vorherzusagen, und fragt sich, wie wahrscheinlich es ist, dass die erwarteten Konsequenzen tatsächlich eintreten. Hat die Person nach ausführlichen Abwägen eine Entscheidung getroffen, ist es notwendig, den bestehenden Wunsch mit einer konkreten Zielsetzung zu verbinden. Gelingt dieser Schritt, so ist der sogenannte Rubikon überschritten.

Phase 2: Planung

Ein formuliertes Ziel lässt sich zumeist nicht unmittelbar realisieren. Ein vielbeschäftigter Manager, der plant, mehr Zeit mit der Familie zu verbringen, muss hierfür beispielsweise zunächst gewisse organisatorische Vorkehrungen schaffen. Im Mittelpunkt dieser volitional geprägten Phase steht deshalb die Entwicklung von Strategien, mit denen das anvisierte Ziel erreicht werden kann. Im Idealfall entwickelt die Person konkrete Pläne. Ist die Planung abgeschlossen, folgt die Handlungsinitiierung.

Phase 3: Handlung

In dieser aktionalen und ebenfalls volitionalen Phase versucht die Person, ihre Pläne in die Realität umzusetzen. Dies gelingt umso besser, je detaillierter die Planung ist. Pläne, denen „Wenn-dann“-Formulierungen zugrunde liegen, lassen sich schneller und unkomplizierter umsetzen als abstrakte Pläne. Ein „Wenn-dann“-Plan liegt vor, wenn eine Person genau definiert, wie sie sich verhalten will, wenn eine ganz konkrete Situation eintritt.

Rubikon-Modell

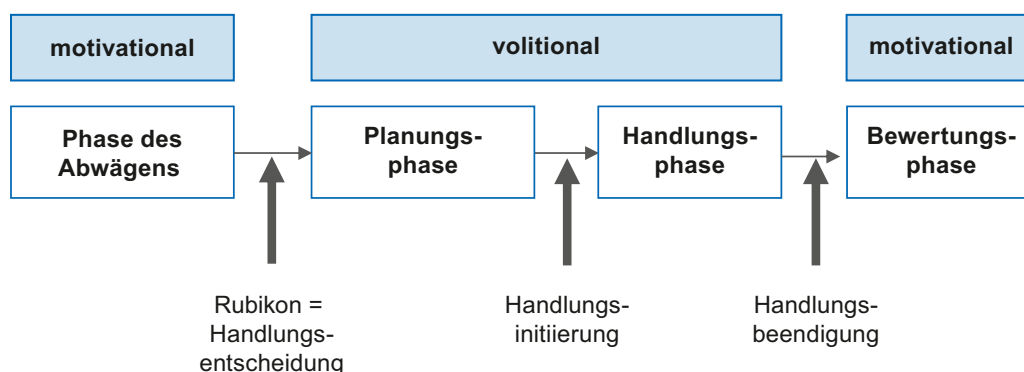


Abb. 3.4: Rubikon-Modell der Handlungsphasen (vgl. Achtziger; Gollwitzer, 2010, S. 311)

Beispiel 3.2:

Eine Person, die gerade mit dem Rauchen aufgehört hat und zu einer Party eingeladen wird, könnte beispielsweise den Vorsatz formulieren: „Sobald meine Freunde anfangen zu rauchen, verlasse ich den Raum, um nicht in Versuchung zu geraten.“



Vorteilhaft für die Aufrechterhaltung der Handlung ist es auch, wenn die handelnde Person die von ihr gesetzten Ziele beharrlich verfolgt und Schwierigkeiten als Herausforderung und nicht als Rückschlag versteht. Schmalt und Langens (2009, S. 93) schlagen am Beispiel des Rauchens eine Reihe von Handlungskontrollstrategien vor, mit denen es gelingen kann, Ziele auch gegen etablierte Gewohnheiten und Versuchungen durchzusetzen.

Bei einem langjährigen Raucher, der mit dem Nikotinentzug beginnt, ist die Gefahr groß, rückfällig zu werden. Um nicht in Versuchung zu geraten, kann die Person folgende Handlungskontrollstrategien nach Schmalt und Langens (2009) einsetzen:

- *Umweltkontrolle:* Alle noch vorhandenen Zigaretten und Rauchutensilien (z.B. Aschenbecher) sollten aus der Wohnung entfernt werden.
- *Emotionskontrolle:* In Situationen, wo der Wunsch besteht, unbedingt rauchen zu müssen, ist es sinnvoll, auf Ersatzhandlungen zurückzugreifen (z.B. eine Runde laufen zu gehen).
- *Aufmerksamkeitskontrolle:* Die Versuchung, zur Zigarette zu greifen, ist besonders dann gegeben, wenn in der sozialen Gruppe weiterhin geraucht wird. In solchen Situationen ist es empfehlenswert, den Fokus der Aufmerksamkeit auf andere Reize als die Zigaretten zu lenken und Gespräche zum Thema Rauchen zu überhören.
- *Anreizaufschaukelung:* Ein ehemaliger Raucher wird sich nicht selten sagen, dass er sich nur noch eine Zigarette genehmigen möchte, um dann endgültig nicht mehr zu rauchen. In solchen Situationen gilt es, andere Anreize aufzuwerten, sich also z.B. deutlich zu machen, dass jede einzelne Zigarette der Gesundheit schadet.



Übung 3.2:

Ihr Bekannter hat sich vorgenommen, künftig nur noch am Wochenende und nicht mehr jeden Abend eine Flasche Bier zu trinken. Welche Handlungskontrollmöglichkeiten würden Sie ihm empfehlen, damit er sein Vorhaben erfolgreich umsetzen kann? Orientieren Sie sich bei der Lösung der Aufgabe an den Handlungskontrollstrategien von Schmalt und Langens (2009).

Welche „Wenn-dann-Vorsätze“ könnte Ihr Bekannter formulieren, um sein Ziel im Auge zu behalten? Machen Sie Vorschläge!

Phase 4: Bewertung:

In dieser abschließenden Phase evaluiert die Person, ob die ausgeführte Handlung aus ihrer Sicht erfolgreich oder nicht erfolgreich war. Die Person fragt sich, ob die erwarteten Konsequenzen eingetreten sind. Im Falle eines Misserfolges ist zudem zu klären, ob das Ziel weiterverfolgt werden soll und es ggf. andere Maßnahmen zur Zielerreichung gibt. Die Bewertungsphase ist also auch auf künftiges Handeln ausgerichtet und damit wieder motivational geprägt.



Beispiel 3.3:

Frau Böhme hat sich in den Wintermonaten zu wenig bewegt und einige Kilos zugenommen. Sie hat sich vorgenommen, wieder mehr Sport zu treiben, und überlegt, welche Art der körperlichen Betätigung ihr Spaß machen könnte. Sie fasst den Besuch eines Fitnesskurses, Joggen und Schwimmen in die engere Wahl und wägt die Vor- und Nachteile der einzelnen Handlungsalternativen ab (= Phase des Abwägens). Da sie ein geselliger Mensch ist und das Fitnessstudio näher am Wohnort liegt als die Schwimmhalle, entschließt sie sich für die Anmeldung zu einem Fitnesskurs (= Handlungsentscheidung). Der Rubikon ist mit dieser Zielformulierung überschritten. Frau Böhme beginnt mit der Maßnahmenplanung. Sie informiert sich über angebotene Kurse, entscheidet sich für einen konkreten Termin, organisiert eine Kinderbetreuung und kauft sich neue Turnschuhe. Ihre Ziele formuliert sie sehr konkret: Sie möchte innerhalb von zwölf Wochen gerne drei Kilogramm abnehmen (= Phase der Planung). Als Frau Böhme zum ersten Mal an dem Fitnesskurs teilnimmt, beginnt die Phase der Handlung. Als Frau Böhme nach den ersten drei Terminen noch keine Veränderung an ihrem Gewicht registriert, sinkt ihre Motivation. Sie lässt öfter einen Termin ausfallen und bricht den Kurs schließlich vorzeitig ab (= Handlungsbeendigung). Im Nachhinein überlegt Frau Böhme, warum der Besuch des Fitnesskurses nicht zum erwünschten Ziel geführt hat (= Phase der Bewertung). Sie kommt zu dem Schluss, dass es ihr eventuell leichter fallen würde, durchzuhalten, wenn sie eine Freundin beim Sport begleitet. Außerdem möchte sie künftig einen Kurs besuchen, der am späten Nachmittag stattfindet, sodass sie direkt nach der Arbeit zum Fitnessstudio aufbrechen kann.

Anwendung findet das Rubikon-Modell beispielsweise bei der Konzeption und Durchführung von sog. Selbstregulationstrainings. Diese Art von Interventionsmaßnahmen richtet sich insbesondere an Individuen, die sich in der Planungs- bzw. Handlungsphase befinden. Ziel von Selbstregulationstrainings ist es, Kompetenzen zu fördern, die der Handlungserledigung dienen. Selbstregulierende Prozesse sind insbesondere dann von Bedeutung, wenn eine Person dazu befähigt werden soll, Routinehandlungen zu durch-

brechen (z.B. Rauchen, Präferenz für fettreiche Speisen). Selbstregulationstrainings werden oftmals über mehrere Wochen hinweg durchgeführt. Über diese Verfahren ist es möglich, die Aufmerksamkeit einer Person zu fokussieren und das Verhalten dieser Person in die richtige Handlung zu lenken. Die folgenden Trainingselemente sind häufig Inhalt von Selbstregulationstrainings:

- **Selbstbeobachtung:** Zum Beispiel dokumentieren Raucher in einem Tagebuch ihre Gefühle, Verhaltensweisen und die äußeren Umstände, unter denen sie rauchen.
- **Schriftliche Kontrakte:** Zum Beispiel setzen sich Raucher konkrete Ziele, in welchem Maße sie in den kommenden Wochen den Zigarettenkonsum einschränken möchten, oder sie formulieren bestimmten Rituale der Selbstbekräftigung, die ihnen in konkreten Situationen helfen, nicht zu rauchen.
- **Regelmäßige Feedbackschleifen:** Zum Beispiel bewerten Raucher, was sie erreicht haben, und gleichen ihren aktuellen Zigarettenkonsum mit den im Kontrakt gesetzten individuellen Zielen ab.

Zusammenfassend ist es mit dem Rubikon-Modell gelungen, volitionale und motivationale Prozesse gemeinsam zu betrachten. Die klar abgegrenzte Stufenabfolge ermöglicht es, für die in einer bestimmten Phase befindlichen Individuen spezifische Maßnahmen abzuleiten. Im Gegensatz zur Instrumentalitätstheorie von Vroom (vgl. Kapitel 3.2.1), die den Schwerpunkt auf das Abwägen von Alternativen legt, beschreibt das Rubikon-Modell zudem den gesamten Motivationsprozess.

Kritik am Rubikon-Modell wird hauptsächlich in Hinblick auf die Abgrenzung von motivationalen und volitionalen Prozessen geäußert. So können volitionale Prozesse auch schon in der Phase des Abwägens auftreten. Dies ist beispielsweise dann der Fall, wenn bestimmte Handlungsalternativen bewusst ausgeblendet werden. Kuhl (2001) weist weiterhin darauf hin, dass Berücksichtigung finden sollte, ob eine Person einen Willensprozess selbst initiiert oder ob der Willensprozess von außen herangetragen wird, da dies einen Einfluss auf die Handlungsregulation haben könnte.

3.2.3 Theorie der kognitiven Dissonanz

Die Grundannahme der von Festinger (1957) entwickelten Theorie der kognitiven Dissonanz besteht darin, dass Menschen nach Harmonie und Konsistenz in ihren Kognitionen, d.h. Einstellungen, Meinungen oder Werten suchen. Später wurde die Theorie der kognitiven Dissonanz auch herangezogen, um zu erklären, welche motivationalen Effekte auftreten, wenn eine Person ein Verhalten zeigt, das ihrem kognitiven System widerspricht. Eine kognitive Dissonanz löst bei der handelnden Person eine Art Unbehagen aus. Dieses Unbehagen zieht motivationale Prozesse nach sich, die darauf abzielen, die Dissonanz zu reduzieren und zum inneren Gleichgewicht zurückzufinden.

Beispiel 3.4:

Eine Person, die schon seit Jahren nicht bei einem Hautcheck war, sieht ein Plakat, das auf die tödliche Gefahr von Hautkrebs hinweist. Solch ein Appell löst bei der Person vermutlich einen inneren Konflikt aus, da er dem eventuell generell vorhandenen Streben nach einer gesunden Lebensweise widerspricht (es fehlt eben nur die Zeit, um zur Vorsorge zu gehen).



Durch einen solchen Widerspruch wird ein Aktivierungszustand ausgelöst, der uns dazu motiviert, Handlungen zu ergreifen, um wieder ein kognitives Gleichgewicht herzustellen. Die Person könnte im Fall der Hautkrebsvorsorge auf folgende Handlungsalternativen zurückgreifen:

- Beseitigung der Ursachen der Dissonanz/Verhaltensänderung: Man nimmt sich vor, schnellst möglich einen Termin beim Hautarzt zu vereinbaren.
- Zurechtlegen konsonanter Informationen: Man legt sich Fakten zurecht, die den Aufschub eines Hautarztbesuchs rechtfertigen (z. B. „Erst mal muss ich einen Termin bekommen und dann sitzt man immer so lange im Wartezimmer.“).
- Abwerten bzw. Leugnen der dissonanten Information: Man sucht nach Argumenten, die rechtfertigen, dass die dissonante Information von untergeordneter Bedeutung ist. (z. B. „Der prozentuale Anteil der Menschen, die an Hautkrebs erkranken, ist sehr gering.“)

In Bezug auf das Gesundheitsverhalten wählen Menschen häufig den Weg, dass sie dissonante Informationen abwerten oder sogar leugnen, um eine wahrgenommene kognitive Dissonanz zu reduzieren (vgl. Tab. 3.2). Menschen, denen es nicht gelingt, ungesunde Verhaltensweisen zu ändern, bauen sich oft eine illusorische Gedankenwelt auf. Sie glauben fest an die zurechtgelegten Argumente, sodass es mit der Zeit immer schwieriger wird, eine Verhaltensänderung herbeizuführen. In Ausnahmefällen können Illusionen jedoch auch förderlich sein. Taylor et al. (vgl. Taylor, 1989; Taylor; Armor, 1996) zeigen beispielsweise, dass Menschen, die an Aids leiden, dann länger leben, wenn sie eine zu positive Einstellung zur eigenen Lebenserwartung haben, als wenn sie ihre Lebenserwartung realistisch einschätzen.

Tab. 3.2: Beispiele für das Rechtfertigen von Risikoverhaltensweisen (Arosen et al., 2008, S. 165)

Risikoverhalten	Typische Rechtfertigungen
Rauchen	<p>„Mein Opa hat täglich eine Schachtel Zigaretten geraucht und ist 85 Jahre alt geworden.“</p> <p>„Ich möchte hier und jetzt genussvoll leben, dafür nehme ich auch Risiken in Kauf.“</p> <p>„Wenn ich nicht rauche, erlebe ich Stress und das ist auch nicht gut für die Gesundheit.“</p>
Ungesunde Ernährung	<p>„Ist doch nicht schlimm, wenn ich etwas dicker bin. Mit dem Problem bin ich in Deutschland nicht alleine.“</p> <p>„Wenn ich etwas mehr Speck auf den Rippen habe, habe ich wenigstens was zuzusetzen, wenn ich mal krank werde.“</p>
Ungeschützter Sex	<p>„Ein Kondom zu nutzen ist unromantisch.“</p> <p>„Ich kenne niemand, der an HIV leidet. Warum soll es gerade mich treffen?“</p>

Übung 3.3:

Überlegen Sie, welche Argumente sich ein Mensch zurechtlegen könnte, der eine kognitive Dissonanz erlebt, weil er sich der gesundheitlichen Risiken von zu wenig sportlicher Betätigung zwar bewusst ist, aber dennoch keinerlei Sport treibt.



In der Gesundheitspraxis wurden die Annahmen der kognitiven Dissonanztheorie in der Vergangenheit zum Beispiel in der Aids-Prävention eingesetzt. Obwohl seit drei Jahrzehnten intensive Aufklärungsarbeit betrieben wird, steigt die Zahl der HIV-Infizierten weltweit stetig an. Viele junge Menschen wissen, dass eine HIV-Infektion tödliche Folgen haben kann, dennoch verwendet nur ein geringer Prozentsatz beim Geschlechtsverkehr Kondome. Mögliche Argumente für die Nicht-Nutzung sind, dass Kondome die Romantik beeinträchtigen und an eine Krankheit erinnern, was sich nur schwer mit Geschlechtsverkehr assoziieren lässt. Diese zurechtgelegten Kognitionen führen dazu, dass die durchaus bewussten Gefahren von ungeschütztem Sex oft ausgeblendet werden. Eine empirische Untersuchung von Aronson et al. (1991) zeigt eine Möglichkeit auf, wie Menschen dennoch zu einer Verhaltensänderung motiviert werden können. Das von den Forschern vorgeschlagene Paradigma der „einstellungskonträren Argumentation“ (Aronson et al., 2008, S. 174) legt nahe, dass Menschen, die auf ihre kognitiven Dissonanzen aufmerksam gemacht werden, eher dazu neigen, ihr Verhalten zu ändern.

Beispiel 3.5:

In einer experimentellen Studie bildeten Aronson et al. (1991) zwei Gruppen von Studenten. Eine Gruppe wurde gebeten, Argumente zu sammeln, die auf die Risiken von Aids hinweisen und für die Nutzung von Kondomen sprechen. Die zweite Gruppe sollte ebenfalls Argumente sammeln, diese jedoch zusätzlich vor einer laufenden Videokamera präsentieren. Den Studierenden in dieser Gruppe wurde gesagt, dass die Aufzeichnung zu einem späteren Zeitpunkt Schülern einer High School gezeigt werden soll, um Aufklärungsarbeit zu leisten. In beiden Gruppen wurde zudem jeweils ein Teil der Studierenden dazu aufgefordert, über die eigene Kondomnutzung nachzudenken. Dies geschah, indem die Studierenden Situationen aufschreiben sollten, in denen sie ungeschützten Geschlechtsverkehr hatten.



Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen, dass diejenigen Studierenden das höchste Maß an kognitiver Dissonanz erlebten, die gefilmt worden waren und zugleich über ihr eigenes Verhalten nachdenken mussten. Diese Studierenden waren in der Folge viel eher dazu bereit, ihr Verhalten zu ändern. Sie kauften häufiger und mehr Kondome als die Teilnehmer der anderen Gruppe. Die Forscher befragten die Studierenden ein halbes Jahr nach der Studie noch einmal und stellten fest, dass die Studierenden, die auf die Diskrepanz zwischen Einstellung und Verhalten aufmerksam gemacht wurden, noch immer häufiger Kondome nutzten als die Teilnehmer der anderen Gruppe.

Seit den 1960er-Jahren wurden zahlreiche empirische Untersuchungen zur Theorie der kognitiven Dissonanz durchgeführt. Die grundlegenden Annahmen der Theorie gelten als weitestgehend bestätigt (vgl. Beckmann; Heckhausen, 2010b, S. 97). Bis heute wird anerkannt, dass es sich bei der Dissonanzreduktion um eine spezielle Form der Motivation handelt, die dazu dient, eine Handlung zu realisieren. Ordnet man diese Motivation in das Rubikon-Modell der Handlungsphasen ein, so ist sie ein volitionaler Prozess, der

dazu dient, Handlungskontrolle zu gewinnen und aufrechtzuerhalten. Für die theoretische Reichweite der Theorie spricht zudem, dass zahlreiche theoretische Weiterentwicklungen aus der Theorie der kognitiven Dissonanz hervorgegangen sind (vgl. Tab. 3.3).

Tab. 3.3: Weiterentwicklungen der Theorie der kognitiven Dissonanz

Theorie	Grundannahmen	Beispiel zum Gesundheitsverhalten
Selbstbestätigungstheorie (Steele, 1988; Aronson et al., 1999)	Erklärt den Einfluss von kognitiven Dissonanzen auf das Selbstkonzept. Kognitive Dissonanz wird besonders dann als bedrohlich wahrgenommen, wenn sie das Selbstbild eines Menschen bedroht.	Um Dissonanz abzubauen, könnte ein Raucher versuchen, sein Selbstkonzept in einem anderen Bereich zu stärken: „Es ist zwar nicht schlau, dass ich rauche, aber ich gehöre im Studium trotzdem zu den besten.“ Wenn das Selbstkonzept beinhaltet, dass man selbst sportlich ist, kann dieses Selbstbild motivierend auf das Abnehmen wirken, da eine Gewichtszunahme Dissonanzen hervorruft: „Ich war schon immer ein sportlicher Mensch, es kann doch nicht sein, dass ich mich jetzt so gehenlasse und weiter zunehme.“
Nachentscheidungsdissonanz (Brehm, 1956)	Phänomen, das nach der Entscheidung zwischen zwei Alternativen auftritt.	Erlebte Nachentscheidungsdissonanzen wie „Hätte ich doch einen Salat bestellt und nicht diese ungesunde Pizza“ oder „Ich hatte mir doch vorgenommen, abends noch Sport zu machen – wäre ich doch noch zu meinem Yoga-Kurs gegangen“ können bei der nächsten Entscheidung motivierend wirken.
Erzwungene Freiwilligkeit (Brehm; Cohen, 1962)	Dissonanz tritt dann wahrscheinlicher auf, wenn die Entscheidung zu handeln selbstständig und ohne Druck von außen getroffen wurde.	Die Motivation, sich sportlich zu betätigen, wird weniger durch Dissonanz bestärkt, wenn die Entscheidung als von außen vorgegeben wahrgenommen wird: „Ich konnte im letzten Jahr einfach keinen Sport machen – die Kinder und meine Arbeit lassen mir keine Zeit dazu.“

3.2.4 Attributionstheorie

Mit der von Weiner et al. (1971) entwickelten Attributionstheorie lässt sich erklären, welchen Einfluss unterschiedliche Wege der Zuschreibung von Ursachen bei Erfolgen bzw. Misserfolgen auf die Motivation eines Menschen haben. Der motivationale Effekt der Ursachenzuschreibung kommt in der postaktionalen Phase des Motivationsprozesses zum Tragen (vgl. Rubikon-Modell, Abb. 3.4). Ist eine Handlung abgeschlossen, stre-

ben Menschen i. d. R. danach zu bewerten, ob diese erfolgreich oder nicht erfolgreich war. Gerade im Falle eines Misserfolges beginnt zudem die Suche nach möglichen Ursachen.

Weiner und Kollegen postulieren, dass die Ursachenzuschreibung entweder internal oder external erfolgen kann. Internal bedeutet dabei, dass eine Person sich selbst für das Ergebnis einer Handlung verantwortlich fühlt. Von externaler Attribution spricht man hingegen, wenn äußere Einflüsse als Erklärung für eine bestimmte Situation herangezogen werden.

Beispiel 3.6:

Ein jahrelanger Raucher hat sich dazu entschlossen, mit dem Rauchen aufzuhören. Nachdem er in den ersten Wochen nicht mehr zur Zigarette gegriffen hat, wird er bei einer Party rückfällig. Ein solcher Rückfall wird von ihm vermutlich eher external als internal interpretiert („Bei der Party haben alle meine Freunde geraucht, da musste ich mir einfach noch mal eine Zigarette anstecken.“). Wäre es ihm gelungen, nicht rückfällig zu werden, so würde er dies internal begründen, d.h. die Ursachen bei sich selbst suchen („Wenn ich mir etwas vornehme, dann ziehe ich es auch durch.“).



Ob man eine bestimmte Handlung nach einem Erfolg oder Misserfolg noch einmal vollzieht, wird weiterhin davon beeinflusst, ob man zeitlich stabile oder zeitlich instabile Einflüsse als Erklärung heranzieht. Stabile Gründe ändern sich im Zeitverlauf nicht, sie werden wahrscheinlich bei der nächsten Handlung wieder genauso vorhanden sein. Nicht stabile Gründe können dagegen bei einem erneuten Versuch gar nicht mehr oder in veränderter Form vorliegen.

Beispiel 3.7:

Die Erfolgsaussichten, mit dem Rauchen nach einem Rückfall (wie z. B. auf einer Party) doch noch aufzuhören, sind größer, wenn die Person die Ursachen für den Misserfolg zeitlich instabilen Gründen zuschreibt („Ich wollte auf der Party einfach nicht ungesellig sein und habe deshalb geraucht.“) als wenn sie an den eigenen Fähigkeiten zweifelt, die zeitlich stabil sind („Immer wenn ich auf meine rauchenden Freunde treffe, bin ich einfach nicht stark genug, um auf Zigaretten zu verzichten.“).



Kombiniert man die Dimension der Zeitstabilität (zeitlich stabil vs. zeitlich instabil) mit der Dimension der Lokalität (internal vs. external), so ergibt sich ein Vier-Felder-Schema der Ursachenzuschreibung (vgl. Tab. 3.4). Attribuiert eine Person zeitlich stabil und internal, so macht sie die eigenen Fähigkeiten und Kompetenzen für ein Ergebnis verantwortlich (Situation a)). External, aber ebenfalls zeitlich stabil ist der Schwierigkeitsgrad, der mit einer Aufgabe verbunden ist (Situation b)). Internal, aber zeitlich instabil ist beispielsweise die Anstrengung, die man zur Aufgabenlösung unternimmt (Situation c)). Auch Zufälle sind zeitlich instabil, sie werden jedoch external attribuiert (Situation d)).

Tab. 3.4: Vier-Felder-Schema der Ursachenzuschreibung

Dimension	Internale Attribution	Externale Attribution
Zeitlich stabil	a) Fähigkeit	b) Aufgabenschwierigkeit
Zeitlich instabil	c) Anstrengung	d) Zufall (Glück/Pech)

Die von Weiner et al. (1971) vorgeschlagenen Dimensionen ziehen unterschiedliche Effekte nach sich: Die Dimension der Zeitstabilität (zeitlich stabil vs. zeitlich instabil) nimmt Einfluss auf die Erwartung, wie die Person bei einer erneuten Handlung abschneiden wird. Vermutlich ist eine Person motivierter, eine Handlung erneut auszuführen, wenn sie auf zeitlich instabile Merkmale attribuiert als wenn sie zeitlich stabile Ursachen als Erklärung heranzieht. Ob man eher internal oder external attribuiert, hat Einfluss auf das Selbstwertgefühl einer Person. Selbstwertfördernd ist es eher dann, wenn man externe Ursachen für ein Scheitern verantwortlich macht. Attribuiert man internal und sucht die Gründe für einen Misserfolg bei sich selbst, wirkt sich dies hingegen eher negativ auf das Selbstwertgefühl aus.

Die beschriebenen Konsequenzen aus den Zuschreibungen hinsichtlich Lokalität und zeitlicher Stabilität sind kognitiver Natur. Ursachenzuschreibungen können jedoch auch affektive Konsequenzen, d.h. gefühlsmäßige Reaktionen, nach sich ziehen. Führt man ein gutes Handlungsergebnis auf internale Ursachen zurück (z.B. Fähigkeit und Anstrengung), kann dies beispielsweise ein Gefühl des Stolzes und der Selbstachtung auslösen. Die Selbstachtung wird andererseits jedoch auch nicht geschmälert, wenn man externale Ursachen (z.B. Pech) für einen Misserfolg verantwortlich macht. Negative Gefühle (z.B. Schamgefühl, Schuldgefühl) werden am ehesten dann ausgelöst, wenn man ein Ereignis auf internale, zeitlich stabile Ursachen zurückführt (z.B. mangelnde Fähigkeit zum Erzielen von Erfolgen).

Rudolph et al. (2006) untersuchen am Beispiel chronisch kranker Menschen, welchen Einfluss die internale und externale Ursachenzuschreibung auf die subjektiv wahrgenommene Lebenszufriedenheit hat. Die Autoren befragten zum Zeitpunkt *t1* (November 2002 bis November 2004) insgesamt 405 Patienten mit Diabetes mellitus und koronaren Herzerkrankungen zu ihrer Lebenszufriedenheit und den vermuteten Ursachen für die eigene Krankheit. Von den 405 Befragten erklärten sich 202 Patienten bereit, im Sommer 2006 (= Zeitpunkt *t2*) erneut an einer Befragung teilzunehmen. Die subjektive Lebenszufriedenheit der Patienten war zum Zeitpunkt *t2* im Vergleich zum Zeitpunkt *t1* gestiegen, wenn die Befragten die Krankheit als Vorbestimmung, d.h. als Teil ihres persönlichen Schicksals betrachteten (d.h. external attribuierten). Bei Personen, die internal attribuierten, d.h. sich beispielsweise vorwarfen, sich nicht genug bewegt und ungesund ernährt zu haben, verbesserte sich die subjektiv wahrgenommene Lebenszufriedenheit hingegen nicht. Die internalen und externalen Ursachenzuschreibungen und die Lebenszufriedenheit wurden im Fragebogen wie folgt erfasst:

Items zur Messung der externalen Ursachenzuschreibung (Vorbestimmung)

- „Ich glaube, dass vieles im Leben, so auch meine Krankheit, Vorbestimmung ist.“
- „Manchmal glaube ich, dass meine Krankheit in gewisser Weise Gottes Fügung ist.“
- „Ich glaube, dass nichts im Leben einfach so passiert, auch meine Krankheit nicht.“
- „Ich denke, meine Krankheit ist in gewissem Maße Vorsehung.“

Items zur Messung der internalen Ursachenzuschreibung (eigene Verantwortung)

- „Ich bin selbst dafür verantwortlich, dass ich krank bin.“
- „Dass ich krank geworden bin, habe ich mir selbst zuzuschreiben.“
- „Ich hätte nichts tun können, um die Krankheit zu verhindern“ (umkodiert).
- „Mit einem anderen Lebensstil (z.B. gesündere Ernährung, mehr Bewegung, weniger Zigaretten und Alkohol) hätte ich das Auftreten meiner Krankheit verhindern können.“
- „Durch meine Lebensumstände habe ich zum Auftreten meiner Krankheit beigetragen.“

Items zur Messung der subjektiven Lebenszufriedenheit:

- „Mein Leben entspricht überwiegend meinen Idealvorstellungen.“
- „Meine Lebensumstände sind ausgezeichnet.“
- „Ich bin mit meinem Leben zufrieden.“
- „Bisher habe ich das Wesentliche im Leben erreicht.“
- „Zurückblickend würde ich in meinem Leben fast nichts anders machen.“

Die Grundannahmen der Attributionstheorie lassen sich in ein Stadienmodell attributionaler Aktivität übertragen (vgl. Stiensmeier-Pelster; Heckhausen, 2010, S. 398). Demnach wird die Motivation zur Ursachensuche zunächst durch ein überraschendes Ereignis ausgelöst (vgl. Abb. 3.5). Das Ergebnis einer Handlung sieht beispielsweise ganz anders aus, als man sich dies vorgestellt hat. Bevor die Person mit der Ursachensuche für das überraschende Ergebnis beginnt, werden Kosten-Nutzen-Überlegungen angestellt („Lohnt es sich überhaupt, Zeit in die Ursachensuche zu investieren und ggf. nach zusätzlichen Informationen zu suchen?“). Die Wahrscheinlichkeit, mit der Ursachensuche zu beginnen, steigt, je bedeutsamer das Ereignis eingeschätzt wird. Im Rahmen der Ursachensuche fragt sich die Person sodann, inwiefern sie die Ursache für den Misserfolg durch eine Verhaltensänderung erreichen kann. Kommt sie zu dem Schluss, dass dies möglich ist (z.B. indem sie sich mehr anstrengt), wird sie weiter handeln. Gerade bei stabilen Ursachen und wenn das verfehlte Ziel als besonders wichtig empfunden wird, geht die Ursachensuche häufig auch weiter. Wie intensiv eine Person nach den Ursachen für einen Misserfolg sucht, wird schließlich auch durch Persönlichkeitsmerkmale bestimmt. Depressive, hilflose Menschen setzen sich beispielsweise stärker mit den Ursachen für ein bestimmtes Ereignis auseinander als nichtdepressive, handlungsorientierte Menschen.

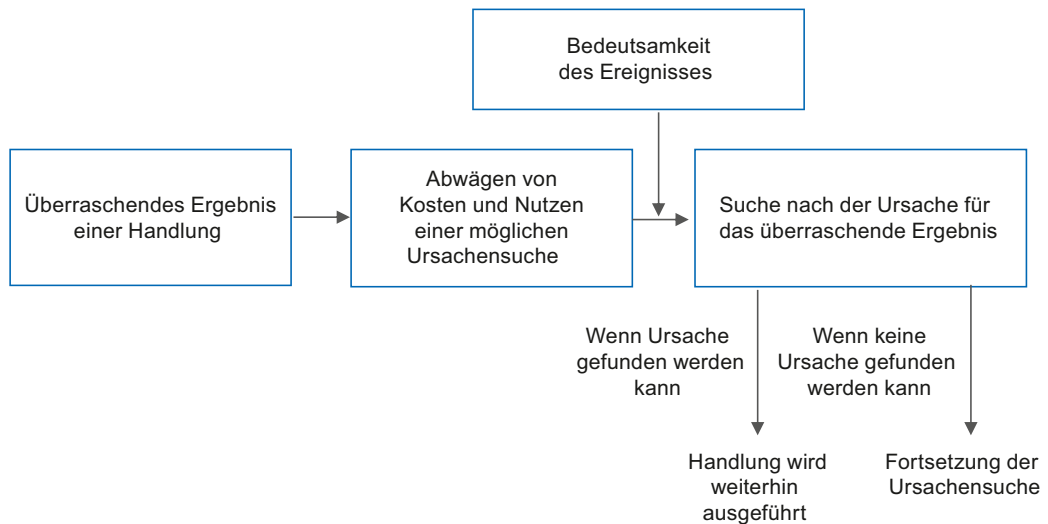


Abb. 3.5: Stadienmodell attributionaler Aktivität (vgl. Stiensmeier-Pelster; Heckhausen, 2010)

Anwendung findet die Attributionstheorie von Weiner et al. in Prävention und Gesundheitsförderung u. a. bei der Rückfallprophylaxe (vgl. Seibt, 2010). Bei einem Raucherzug wird ein Therapeut im Falle eines Scheiterns versuchen, den Betroffenen erneut dazu motivieren, mit dem Rauchen aufzuhören. Bei Personen, die sich selbst die Schuld für einen Rückfall zuschreiben, ist es Ziel der Therapie, diese wenig förderliche Attribution umzuinterpretieren. Ein Therapeut könnte beispielsweise verdeutlichen, dass viele Raucher einmal rückfällig werden und dass bei einem Entzug häufig mehrere Anläufe nötig sind. Unterstützend auf die Erfolgserwartung könnte es sich auswirken, wenn gleichzeitig die Selbstwirksamkeit der Person gestärkt wird, d. h. die Erwartung, eine bestimmte Aufgabe bzw. Verhaltensweise aus eigener Kraft lösen zu können. Auch Interventionsmaßnahmen für andere Zielgruppen (u. a. für Typ 1 und Typ 2-Diabetiker, Übergewichtige) greifen auf die Grundannahmen der Attributionstheorie zurück. All diese Programme haben gemeinsam, dass daran gearbeitet wird, günstige Attributionen zur Kontrollierbarkeit einer gesundheitsförderlichen Verhaltensweise zu fördern und ungünstige Attributionen zu unterbinden.

Ein weiteres Einsatzgebiet der Attributionstheorie ist die Behandlung von Menschen mit Depressionen. Depressive Menschen neigen dazu, Ursachen internal und zeitlich stabil zu attribuieren. Ziel der Therapie ist es, den Patienten einen externalen und zeitlich variablen Attributionsstil zu vermitteln. Die Patienten werden deshalb zunächst gebeten, einen Misserfolg ausführlich zu beleuchten. In einem nächsten Schritt werden sie dazu aufgefordert, ihre Beobachtungen zu hinterfragen. Hierbei sollen sie beispielsweise überlegen, ob es Personen gibt, denen es genauso ergangen ist. Sie sollen auch über mögliche andere Ursachen nachdenken und reflektieren, ob es in der Vergangenheit schon einmal Situationen gab, in denen das gezeigte Verhalten erfolgreich war. Bewährt hat sich das beschriebene Prinzip v. a. dann, wenn über den rein kognitiven Prozess der Attributionszuschreibung hinaus zusätzlich Verhaltensübungen in die Therapie einbezogen werden (vgl. Robert Koch-Institut, 2010).

Die Attributionstheorie ist wegweisend für die in Kapitel 4 dieses Heftes vorgestellten Modelle der Motivationsforschung, da sie sowohl kognitive Prozesse der handelnden Person als auch situative Gegebenheiten berücksichtigt. Sie erweist sich als hilfreich, wenn es darum geht, Umweltbedingungen vorhersagbar und kontrollierbar zu gestalten. Indem Menschen über die Ursachen eines Verhaltens nachdenken, ist die Formulierung neuer Zielsetzungen und der entsprechenden Verhaltensweisen möglich.



3.3 Lerntheorien

Auch Lerntheorien lassen sich heranziehen, um zu erklären, wie die Motivation für gesundheitsbewusstes Verhalten entsteht. Menschen lernen von klein an und ihr ganzes Leben lang durch einen kontinuierlichen Zuwachs an Erfahrungen sowie durch ein System von Belohnungen und Bestrafungen. So ändert sich beispielsweise auch das Bewusstsein, auf die eigene Gesundheit achten zu müssen, im Lebensverlauf. Während Jugendliche zu Risikoverhaltensweisen tendieren (z.B. hoher Verzehr von Fast Food, Präferenz für Risikosportarten, Rauchen und Alkoholkonsum), gehen Erwachsene deutlich achtsamer mit ihrer Gesundheit um.

Um die Relevanz der Lerntheorien für die Motivation zu gesundheitsbewusstem Verhalten aufzuzeigen, sind drei unterschiedliche Ansätze zur Erklärung von Lernprozessen relevant, die in den folgenden Kapiteln näher vorgestellt werden sollen: die klassische Konditionierung, die instrumentelle Konditionierung und das Imitationslernen.

3.3.1 Klassische Konditionierung

Bei der klassischen Konditionierung handelt es sich um eine Form des Lernens, bei der ein bestimmter Reiz das Auftreten eines anderen Reizes vorhersagt. Gerrig und Zimbardo (2008, S. 194) führen ein Beispiel aus dem Alltag an, um das Prinzip der klassischen Konditionierung zu erklären: Bei vielen Menschen, die sich einen Horrorfilm anschauen, steigt der Puls, sobald die Filmmusik lauter und die Kameraeinstellungen schneller werden. Dieser Zusammenhang lässt sich im Gesundheitskontext beispielsweise an unserem Ernährungsverhalten beobachten. So stellen wir uns für den Fernsehabend nahezu automatisch Knabbergebäck und ein Bier oder einen Wein bereit und bei dem Geruch von Kaffee entwickeln wir den Wunsch, gleichzeitig etwas Süßes essen zu wollen.

Das Prinzip der klassischen Konditionierung wurde von Pavlov¹ (1928) bei einer Untersuchung zu Verdauungsprozessen von Hunden zufällig entdeckt. Pawlow wollte die Verdauung von Hunden näher analysieren. Dazu sammelte er die Körpersekrete der Hunde und wertete sie aus. Um die Produktion der Sekrete anzuregen, gab Pawlow den Hunden Fleischpulver zu essen. Nach einigen Wiederholungen dieses Vorgehens stellte er fest, dass die Hunde schon dann vermehrt Speichel produzierten, wenn sie nur das Futter sahen bzw. die Schritte der Assistentin hörten. Der Speichelfluss wurde also nicht allein durch das Futter angeregt, sondern auch durch Reize, die der Gabe des Futters vorausgingen. In Folgeexperimenten setzte Pawlow ein Glöckchen als sog. neutralen Stimulus ein. Der neutrale Stimulus alleine löste bei den Hunden keinen verstärkten Speichelfluss aus. Im Verlauf des Experimentes wurde das Glöckchen den Hunden mehrmals zusam-

1. Pawlow ist die gängige deutsche Schreibweise.

men mit dem Futter präsentiert. Das Futter bezeichnet Pawlow als unconditionierten Stimulus. Durch die gemeinsame Präsentation mit dem Futter wird der Klang der Glocke von einem ursprünglich neutralen Stimulus zu einem konditionierten Stimulus. Das Glöckchen alleine vermag nun die Reaktion hervorzurufen, die ursprünglich nur der Futternapf auslösen konnte (vgl. Abb. 3.6).

Schritt 1: Ein unconditionierter Reiz ruft eine Reaktion hervor



Schritt 2: Wiederholte gemeinsame Präsentation von unconditionierten Reiz und neutralem Reiz



Schritt 3: Der ursprünglich neutrale Reiz ruft nun die Reaktion alleine hervor



Abb. 3.6: Prozess der klassischen Konditionierung am Beispiel der Pawlow'schen Untersuchung

Anwendungen der klassischen Konditionierung im Gesundheitsbereich sind u.a. im Zusammenhang mit Krebspatientinnen bekannt. Curt et al. (2000) gingen in einer experimentellen Untersuchung mit 82 Brustkrebspatientinnen der Frage nach, welchen Einfluss der Ort, an dem die Frauen täglich ihre Chemotherapie-Infusion erhielten, auf den wahrgenommenen Grad der Erschöpfung hat. Die Forscher untersuchten, ob die Erschöpfungszustände von Brustkrebspatientinnen allein durch die Chemotherapie hervorgerufen werden oder es hierfür räumlich bedingte Ursachen gibt. Sie nahmen an, dass die Frauen Chemotherapie und Tagesklinik als zusammengehörig wahrnehmen, d.h., ein Zustand der Erschöpfung ist unter Umständen schon dann wahrnehmbar, wenn die Frauen die Tagesklinik betreten.

Im Rahmen der Studie kamen die Patientinnen über einen längeren Zeitraum hinweg täglich in eine Tagesklinik, um dort ihre Medikation zu erhalten. Die Tagesklinik diente damit als neutraler Stimulus. Der unconditionierte Stimulus war die Chemotherapie. Die Verhaltensreaktion wurde als Grad der wahrgenommenen Erschöpfung gemessen.

Bei jedem Besuch in der Tagesklinik wurden die Frauen vor und nach der Therapiesitzung gebeten, anzugeben, wie erschöpft sie sich fühlen. Die Forschergruppe um Curt stellte fest, dass bei jedem weiteren Termin der Grad der wahrgenommenen Erschöpfung stieg. Dies war jedoch nur bei den Messungen vor Beginn der Sitzung der Fall. Nach den Sitzungen berichteten die Frauen nicht über eine größer werdende Erschöpfung.

Die Studie gibt Hinweise darauf, dass durch die klassische Konditionierung die negativen Effekte einer Chemotherapiebehandlung verstärkt werden. Aus den Studienbefunden lassen sich konkrete Handlungsempfehlungen ableiten. Um bei den Patientinnen Ängste abzubauen, könnte beispielsweise die Klinikumgebung angenehmer gestaltet oder geprüft werden, ob eine Behandlung in der heimischen Umgebung möglich ist.

Übung 3.4:

Überlegen Sie sich konkrete Maßnahmen, die die Klinikleitung ergreifen könnte, um bei den Patientinnen Ängste und Unbehagen abzubauen.



3.3.2 Instrumentelle Konditionierung

Neben der klassischen Konditionierung kann auch die von Skinner (1938) entwickelte instrumentelle Konditionierung als Erklärung für die Entstehung von Lernprozessen herangezogen werden. Während sich das Lernen bei der klassischen Konditionierung als Reiz-Reaktions-Abfolge beschreiben lässt, postuliert die Theorie von Skinner, dass Menschen durch ein System von Belohnung und Bestrafung zu Verhaltensänderungen motiviert werden. Die Motivation, ein entsprechendes Verhalten zu zeigen, wird demnach von den erwarteten Konsequenzen ausgelöst. Erhält eine Person für ein bestimmtes Verhalten Lob, Anerkennung oder sonstige Belohnungen, so wird sie bestrebt sein, das Verhalten auch weiterhin zu zeigen. Folgen auf das Verhalten Ablehnung und Bestrafung, so wird die Person versuchen, die Verhaltensweise künftig zu unterbinden (vgl. Abb. 3.7).

Auch bei dieser Form des Lernens interessiert ausschließlich, welche Verhaltensreaktionen ein bestimmter Reiz auslöst. Allerdings erfolgt die Reaktion nicht dadurch, dass eine Beziehung zwischen zwei Reizen hergestellt wird. Vielmehr handelt eine Person, weil sie einen Zusammenhang zwischen einer Reaktion und deren Folgen herstellt.

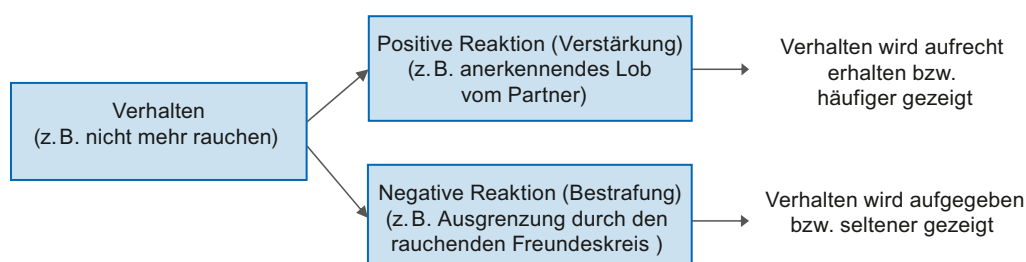


Abb. 3.7: Lernen durch Verstärkung und Bestrafung

Einen großen Stellenwert im Zusammenhang mit der Initiierung und Aufrechterhaltung gesundheitsförderlichen Verhaltens nehmen die sog. Verstärker ein:

- Als Verstärker werden all jene Anreize bezeichnet, die die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass ein bestimmtes Verhalten über einen längeren Zeitraum hinweg gezeigt wird.
- Als Verstärkung wird der Prozess des Einsatzes von Verstärkern bezeichnet (vgl. Skinner, 1938).

Grundsätzlich lässt sich zwischen positiven Verstärkern und negativen Verstärkern unterscheiden. Positive Verstärker führen dazu, dass auf ein bestimmtes Verhalten eine positive Konsequenz folgt. Eine Person, die ein anerkennendes Lob erhält, weil sie erfolgreich einige Kilos ihres Übergewichts reduzieren konnte, wird dazu motiviert, weiter regelmäßig Sport zu treiben. Negative Verstärker führen dazu, dass man bestimmte Verhaltensweisen zeigt, um damit unerwünschte Verhaltenskonsequenzen zu vermeiden. Ein Beispiel hierfür ist das Signal, das ertönt, wenn wir mit dem Auto ohne angelegten

Gurt losfahren wollen. Ertönt dieses Geräusch wiederholt, so lernen wir, dass der Ton mit unserem Nichtangeschnalltsein zusammenhängt. Nun muss entsprechend die Handlung folgen, und zwar das Anschnallen (vgl. Gerrig; Zimbardo, 2008, S. 209).



Sowohl positive als auch negative Verstärker bewirken, dass ein bestimmtes Verhalten mit hoher Wahrscheinlichkeit wieder ausgeführt wird. Der positiven Verstärkung liegt der Mechanismus zugrunde, dass man den eingesetzten Reiz gerne wiederholt erhalten möchte. In Folge der negativen Verstärkung handelt man hingegen, weil man verhindern möchte, dass ein als negativer empfundener Reiz wiederholt auftritt.

Neben Verstärkern können auch zwei Arten der Bestrafung zur Verhaltensregulation eingesetzt werden. Während Verstärker dazu führen, dass die Wahrscheinlichkeit eines Verhaltens steigt, hemmen Bestrafungen Verhaltensreaktionen.

Von positiver Bestrafung (auch: Bestrafung 1. Art) spricht man, wenn auf einen als negativ empfundenen Reiz eine bestimmte Reaktion folgt. Eine Person, die trotz Zahnschmerzen erst nach einigen Tagen zum Zahnarzt geht, muss gegebenenfalls eine Wurzelbehandlung über sich ergehen lassen. Die schmerzhaften Erfahrungen werden die Person möglicherweise dazu veranlassen, künftig die Zähne noch gründlicher zu pflegen und regelmäßiger zur Kontrolluntersuchung zu gehen. Negative Bestrafung (auch Bestrafung 2. Art) liegt vor, wenn ein als positiv wahrgenommener Reiz als Reaktion auf ein bestimmtes Verhalten entfernt wird. Zum Beispiel bekommt ein Kind keinen Nachtisch, wenn es sein Gemüse nicht isst (vgl. Gerrig; Zimbardo, 2008, S. 209 f.).

Für die Gesundheitsförderung und Präventionspraxis stellt es sich als problematisch heraus, dass viele gesundheitsschädigende Verhaltensweisen für die handelnde Person einen belohnenden Charakter haben. Raucher wissen, dass Zigaretten der Gesundheit schaden, dennoch verbinden sie das Rauchen mit positiven Attributen, wie z. B. Entspannung oder Anerkennung in der sozialen Gruppe. Auch hiervon geht eine belohnende Wirkung aus. Um Menschen zum Nicht-Rauchen zu motivieren, kommt es deshalb darauf an, Alternativen aufzuzeigen, die ebenfalls belohnend wirken. Für Raucher im Jugendalter könnte dies beispielsweise erreicht werden, indem in einer Präventionskampagne betont wird, dass Nichtrauchen positive Effekte auf das Aussehen und damit verbunden auch auf die Erfolgsaussichten bei der Suche nach einem Partner hat. Zahlreiche Studien zeigen, dass Botschaften, die soziale Motive ansprechen, für die jugendliche Zielgruppe wirksamer sind als Furchtappelle, in denen die Risiken eines bestimmten Verhaltens aufgezeigt werden (vgl. Reifegerste, 2012).



Übung 3.5:

Sie sollen im Folgenden Ihr eigenes Gesundheitsverhalten etwas näher unter die Lupe nehmen. Wählen Sie zwei Bereiche aus, in denen es Ihnen schwer fällt, sich gesundheitsbewusst zu verhalten (z. B. ausgewogene Ernährung, Rauchen, Kariesprophylaxe). Analysieren Sie im Anschluss, welche Verstärker bei Ihnen dazu führen könnten, dass Sie die Verhaltensweisen künftig häufiger zeigen werden.

3.3.3 Imitationslernen

Eine weitere bedeutsame Lerntheorie ist das von Bandura entwickelte Modell des Imitationslernens (auch: Beobachtungslernen, Modelllernen). Bandura geht davon aus, dass Menschen lernen, indem sie das Verhalten anderer Menschen beobachten und nachahmen. Imitationslernen tritt v.a. dann auf, wenn die handelnde Person, deren Verhalten beobachtet wird, eine Belohnung oder Bestrafung erhält. Es ist dabei nicht erforderlich, dass das Modell direkt anwesend ist. Das Gelernte muss auch nicht unmittelbar ausgeführt werden. Vielmehr kann das gezeigte Verhalten zunächst gespeichert und erst zu einem späteren Zeitpunkt nachgeahmt werden.

Die Theorie des Imitationslernens ging aus einem Laborexperiment hervor, das Bandura mit Vorschulkindern durchführte. Er teilte die Kinder in vier Gruppen auf. Die Kinder in Gruppe 1 beobachteten einen Erwachsenen, der auf eine Gummipuppe einschlug. Gruppe 2 bekam denselben aggressiven Erwachsenen in einem Film gezeigt. Gruppe 3 sah einen Film, in dem ein als Katze verkleideter Mann die Puppe schlecht behandelte. Die vierte Gruppe diente als Kontrollgruppe, diesen Kindern wurden keine aggressiven Szenen präsentiert. Nach der Vorführung der jeweiligen Szenen wurden die Kinder in einem Raum geführt, in dem die Puppe lag. Bandura beobachtete, wie die Kinder mit der Puppe umgingen. Er stellte fest, dass die Kinder aus den Experimentiergruppen 1 bis 3 in etwa doppelt so häufig gewalttätig wurden wie die Kinder aus der Kontrollgruppe.

Bandura versteht das Imitationslernen als einen Prozess. Vom Beobachten bis zur Ausführung des beobachteten Verhaltens durchläuft der Beobachter insgesamt vier Teilprozesse (vgl. Abb. 3.8):

- *Aufmerksamkeitsprozess:* In dieser ersten Phase muss der Beobachter zunächst auf das Modell aufmerksam werden. Das ist umso wahrscheinlicher, je mehr Eigenschaften das Modell aufweist, die aus Sicht des Beobachters attraktiv sind. Dies ist beispielsweise dann der Fall, wenn das Modell als sympathisch und beliebt wahrgenommen wird. Eine motivationale Wirkung geht auch von Modellen aus, die ähnliche körperliche Merkmale und Eigenschaften wie der Beobachter besitzen. Menschen, die häufig als Modelle herangezogen werden sind beispielsweise Sportler, Künstler, der Arzt, die Eltern (insbesondere bei kleinen Kindern) oder auch Leitpersonen in einer Gruppe.
- *Gedächtnisprozess:* Im Rahmen dieses Prozesses wird das beobachtete Verhalten im Gedächtnis gespeichert, sodass es bei Bedarf vom Beobachter abgerufen werden kann.
- *Motorischer Reproduktionsprozess:* In dieser Phase übersetzt der Beobachter die gespeicherten Informationen in konkrete Verhaltensabläufe. Um das Verhalten selbst zeigen zu können, sind bestimmte kognitive Fähigkeiten des Beobachters nötig, auf die Bandura jedoch nicht näher eingeht.
- *Motivationsphase:* Abschließend erwägt der Beobachter, ob es sich lohnt, das gelernte Verhalten auch weiterhin auszuführen. Hier kommen die Erwartungen ins Spiel, die der Beobachter an die Konsequenzen einer Handlung hat. Wird der Beobachter für das gezeigte Verhalten belohnt, ist es besonders wahrscheinlich, dass er das Verhalten erneut zeigen wird.

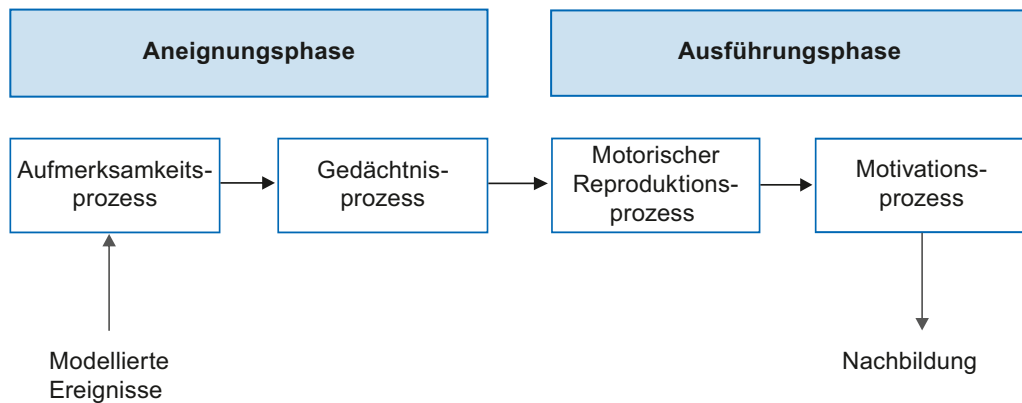


Abb. 3.8: Phasenmodell des Imitationslernens (vgl. Bandura, 1965)

Die Relevanz des Beobachtungslernens für das Gesundheitsverhalten soll im Folgenden am Ernährungsverhalten von Kindern erläutert werden. Das Ernährungsverhalten wird in starkem Maße vom sozialen Umfeld geprägt. Schon kleine Kinder eignen sich durch das gemeinsame Essen mit den Eltern Ernährungsgewohnheiten an, die sich im Laufe der Sozialisation verfestigen. Eltern kommt daher in Bezug auf eine ausgewogene und gesunde Ernährung eine Vorbildfunktion zu. Bekommen Kinder beispielsweise täglich vorgelebt, dass gemeinsame Mahlzeiten fester Bestandteil des Familienlebens sind und Obst und Gemüse zu jeder Mahlzeit dazu gehören, so werden sie dies vermutlich übernehmen. Die Wahrscheinlichkeit, später selbst ein gesundes Ernährungsverhalten zu zeigen, steigt. Schwierig stellt sich für das Ausbilden eines positiven Ernährungsverhaltens heraus, wenn die vom Kind verinnerlichten Ernährungsnormen nicht mit dem gezeigten Verhalten des Modells übereinstimmen. So hören Kinder zwar immer wieder, dass zu viele Süßigkeiten ungesund sind, dennoch lassen sich viele Eltern und Großeltern häufig dazu verleiten, ein Kind mit Süßigkeiten zu belohnen oder zu trösten (vgl. Philipps, 2004, S. 31).

In der therapeutischen Praxis findet das Modelllernen im Rahmen der kognitiven Verhaltenstherapie Anwendung. Die Grundannahme der kognitiven Verhaltenstherapie besteht darin, dass Verhaltensweisen, die über einen längeren Zeitraum erlernt worden sind, auch wieder verlernt werden können.



Die kognitive Verhaltenstherapie ist eine Form der Psychotherapie, die die Erkenntnisse der Lerntheorien bei der Behandlung psychischer Erkrankungen (insbesondere Suchterkrankungen) anwendet. Verhalten ist demnach sowohl erlernbar als auch wieder verlernbar. Über die Grenzen der Lerntheorie hinausgehend finden im Rahmen der kognitiven Verhaltenstherapie auch Kognitionen, Emotionen und das soziale Umfeld einer Person Berücksichtigung.

Eine Verhaltenstherapie läuft in der Regel in zwei Schritten ab. In einem ersten Schritt wird das erlernte Verhalten analysiert. Es wird also beispielsweise der Frage auf den Grund gegangen, warum man raucht oder in welchen Situationen man besonders häufig zur Zigarette greift. Aufbauend auf dieser Istanalyse geht es im zweiten Schritt darum, geeignete Maßnahmen zu entwickeln, um die zur Routine gewordenen Handlungen zu ersetzen. Zum Beispiel wird gemeinsam mit dem Therapeuten erarbeitet, wie man Situationen entschärfen kann, in denen der Griff zur Zigarette bisher unumgänglich war.

Ein großer Teil der in Deutschland angebotenen Raucherentwöhnungsprogramme orientiert sich an der Methode der kognitiven Verhaltenstherapie, so auch das von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung geförderte „Rauchfrei-Programm“.

Beispiel 3.8:

Das Rauchfrei-Programm besteht aus drei bis sieben Kursterminen sowie einer individuellen Telefonberatung. Bei den Kursterminen kommen die Teilnehmer in Gruppen mit bis zu zwölf Teilnehmern über einem Zeitraum von drei bis sieben Wochen regelmäßig zusammen. Die Arbeit in der Gruppe bietet den Vorteil, dass man das Ziel, Nichtraucher zu werden, nicht alleine sondern zusammen mit Gleichgesinnten angehen kann. Ein Gruppenworkshop motiviert und bietet gleichzeitig die Möglichkeit, von anderen Menschen zu lernen.



Zusammenfassung

Zusammenfassend zeigt Kapitel 3, dass es eine Vielzahl von theoretischen Erklärungsansätzen gibt, um die Motivation für gesundheitsbewusstes Verhalten zu erklären. Während Inhaltstheorien der Motivation sich zunächst rein beschreibend mit der Klassifikation von Motiven beschäftigen, beschreiben die Prozesstheorien der Motivation den Ablauf des Motivationsprozesses, angefangen bei der Gewichtung von Handlungsalternativen bis hin zur Initiierung und Aufrechterhaltung einer Handlung. Während einige Prozesstheorien nur Teile des Motivationsprozesses beleuchten (z.B. die Attributions-theorie das Handlungsergebnis), bilden andere Ansätze mehrere Phasen des Motivationsprozesses ab und unterscheiden explizit zwischen volitionalen und motivationalen Phasen (z.B. Rubikon-Modell der Handlungsphasen).

Auch verschiedene Lerntheorien lassen sich den Prozesstheorien zuordnen, da sie die Mechanismen abbilden, auf denen Menschen (gesunde) Verhaltensweisen lernen können. Die klassische Konditionierung und die instrumentelle Konditionierung lassen sich in die Forschungstradition des Behaviorismus einordnen. Diese zu Beginn des 20. Jahrhunderts dominierende Forschungsperspektive der Psychologie sah das Verhalten eines Individuums ausschließlich als Ergebnis verschiedener Umweltreize an. Ein bestimmter Reiz führt demnach unmittelbar zu einer Verhaltensreaktion. Das Individuum selbst bleibt eine Art „Black Box“, d.h. im Inneren einer Person ablaufende psychische Prozesse werden außer Acht gelassen. Diese Sichtweise ist aus heutiger Perspektive veraltet. Forschern wie Pawlow und Skinner ist es jedoch zu verdanken, dass experimentelle Designs Eingang in die psychologische Forschung fanden. Die häufig in Tierversuchen gewonnenen Erkenntnisse wurden auf unterschiedliche menschliche Verhaltensweisen übertragen. Gerade im Bereich des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens laufen viele automatische Prozesse ab, für die es gilt, Bewusstsein zu schaffen, um die Automatismen überwinden zu können. Das Imitationslernen entstammt der Forschungstradition des Neo-Behaviorismus. Bandura erkannte, dass im Inneren einer Person ablaufende Prozesse sowie die bewusste Interaktion mit der Umwelt Lernprozesse auslösen. Dennoch bleiben auch bei Banduras Betrachtungen zentrale kognitive Erklärungsgrößen menschlichen Verhaltens außer Acht. Insbesondere die Selbstwirksamkeitserwartung hat sich als zentrales Konstrukt zur Steuerung von Gesundheitsverhaltensweisen herausgestellt. Sie findet u.a. Eingang in die in Kapitel 4 vorgestellten sozial-kognitiven Modelle des Gesundheitsverhaltens.

Aufgaben zur Selbstüberprüfung

- 3.1 Was ist der Unterschied zwischen den Inhaltstheorien und den Prozesstheorien der Motivation? Grenzen Sie beide Teilbereiche der Motivationspsychologie voneinander ab und nennen Sie jeweils ein Beispiel.
- 3.2 Was ist das limbische System? In welchem Zusammenhang steht das limbische System mit der Herausbildung von Motiven?
- 3.3 Sowohl positive als auch negative Verstärker führen dazu, dass die Wahrscheinlichkeit, ein bestimmtes Verhalten zu zeigen, steigt. Worin unterscheiden sich beide Arten der Verstärkung? Nennen Sie jeweils ein Beispiel.
- 3.4 Was versteht man unter einer kognitiven Dissonanz? Welche Strategien kommen zur Anwendung, um kognitive Dissonanzen zu reduzieren?
- 3.5 Inwiefern lassen sich aus der Attributionstheorie Implikationen für zielgerichtetes Verhalten ableiten? In welche Phase des Motivationsprozesses lassen sich die im Rahmen der Attributionstheorie vorhergesagten motivationalen Effekte einordnen?

4 Erklärungsansätze für Verhaltensänderungen im Bereich der Gesundheit

Kapitel 4 diskutiert die Grundannahmen verschiedener sozial-kognitiver Modelle des Gesundheitsverhaltens. Sie lernen, dass motivationale Prozesse zwischen der Absicht, ein bestimmtes Gesundheitsverhalten zu zeigen und dem tatsächlichen Verhalten vermitteln. Sie werden in diesem Kapitel insbesondere dazu befähigt, zwischen linearen Modellen und Stadienmodellen der Motivation zu unterscheiden.

4.1 Lineare Modelle des Gesundheitsverhaltens

Lineare Modelle gehen von der Annahme aus, dass das Gesundheitsverhalten einer Person in dem Maße steigt, in dem bestimmte Einflussgrößen (z. B. Motivation, Einstellungen) zunehmen. Das Augenmerk linearer Modelle liegt auf der Frage, welche motivationalen Prozesse dazu beitragen, dass ein Individuum die Absicht entwickelt, gesünder als bisher zu leben.

4.1.1 Schutzmotivationstheorie

Rogers (1975) entwickelte die Schutzmotivationstheorie ursprünglich mit dem Ziel, die Wirksamkeit von Furchtappellen erklären zu wollen. Später überarbeitete er das Modell und erklärte allgemeingültiger, welche Prozesse in einem Individuum bei der Verarbeitung eines Präventionsappells ablaufen. Rogers unterscheidet zwischen zwei kognitiven Prozessen, die darüber entscheiden, wie gesundheitsförderlich sich eine Person verhält: den Prozess der Bedrohungseinschätzung und den Prozess der Bewältigungseinschätzung (vgl. Abb. 4.1). Beide kognitiven Prozesse können durch interne wie auch externe Einflussgrößen ausgelöst werden. Zu den internen Einflüssen zählen eigene Erfahrungen (z. B. Gewichtszunahme durch eine zu fettreiche Ernährung). Ein externer Einfluss besteht z. B. dann, wenn negative Erfahrungen aus dem sozialen Umfeld bekannt sind (z. B. Diagnose von Typ 2-Diabetes bei einem Elternteil).

Unter einem Präventionsappell versteht man all jene kommunikativen Maßnahmen, die darauf abzielen, in der gesamten Bevölkerung oder bei speziellen Zielgruppen das Bewusstsein für eine gesunde und proaktive Lebensweise zu schaffen und zur Veränderung von Risikoverhaltensweisen aufzurufen.



Furchtappelle sind eine spezielle Form des Präventionsappells. Mit einem Furchtappell soll bei dem Betrachter einer Botschaft ein Gefühl der wahrgenommenen Bedrohung ausgelöst werden. Indem in einer Plakatkampagne beispielsweise abschreckende Bilder von erkrankten Personen gezeigt werden, sollen das Bewusstsein für Gesundheitsrisiken geschaffen und auf diesem Wege Verhaltensänderungen ausgelöst werden.

Im Rahmen der Bedrohungseinschätzung wägt die Person Risiken (= Verwundbarkeit, Schweregrad) und Vorteile (= intrinsische und extrinsische Belohnungen) eines bestimmten Verhaltens miteinander ab (z. B. schmeckt fettreiches Essen lecker, es fördert aber die Entstehung von Übergewicht). Positiv auf die Entstehung einer Motivation wirkt es sich aus, wenn die wahrgenommenen Vorteile die Risiken überwiegen. Parallel zum Prozess der Bedrohungseinschätzung beurteilt die Person, inwieweit sie die anvi-

sierte Verhaltensweise aus eigener Kraft bewältigen kann. Die Bewältigungsevaluation fällt umso positiver aus, je mehr die Person das Gefühl hat, dass sich das Handeln lohnt (= Handlungswirksamkeit: „Wenn ich mich fettarm ernähre, bleibe ich länger schlank und gesund.“), und je eher sie sich selbst in der Lage fühlt, die Verhaltensweise auszuführen (= Selbstwirksamkeit: „Ich schaffe es, mich ausgewogen und gesund zu ernähren.“). Die Einschätzung der Handlungs- und Selbstwirksamkeit sollte dabei die wahrgenommenen Handlungskosten übersteigen. Aus dem Zusammenspiel des Prozesses der Bedrohungsevaluation mit dem Prozess der Bewältigungsevaluation ergibt sich die Schutzmotivation. Rogers definiert die Schutzmotivation als die Absicht eines Individuums, auf Appelle, die zur Änderung einer Risikoverhaltensweise aufrufen, entsprechend zu reagieren. Die Wahrscheinlichkeit, dass eine Schutzmotivation entsteht, steigt, wenn die Bewältigungsevaluation besser als die Bedrohungsevaluation ausfällt.

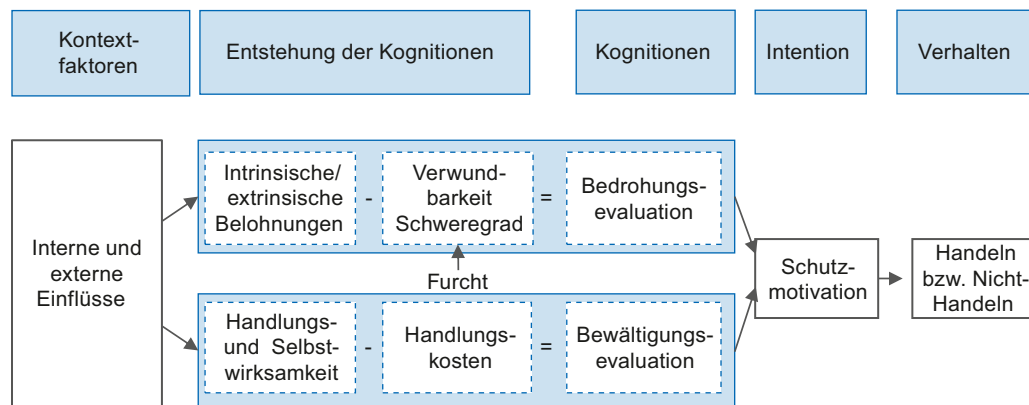


Abb. 4.1: Schuttmotivationstheorie (Faselst; Hoffmann, 2010a, S. 46)



Beispiel 4.1:

Frau Schuster sucht wegen einer schweren Erkältung ihren Hausarzt auf. Im Wartezimmer liest sie ein Prospekt, das über die Risiken von Darmkrebs aufklärt und zur Darmkrebsvorsorge aufruft (= externer Einfluss). Das Prospekt verdeutlicht mit eindringlichen Erfahrungsberichten von Betroffenen im mittleren Lebensalter die Gefahren dieser oft auch tödlich verlaufenden Krankheit (= Schweregrad). Das Lesen des Prospektes macht Frau Schuster nachdenklich. Sie ist 53 Jahre alt und gehört damit zur Zielgruppe von Darmkrebsvorsorgeangeboten. Bislang hat sie von einer Vorsorgeuntersuchung aber nicht Gebrauch gemacht. Denn die Handlungskosten (Zeitaufwand, unangenehme Begleiterscheinungen einer Darmspiegelung) schätzte sie bisher immer höher ein als die gesundheitlichen Folgen, die sie eventuell einmal treffen könnten (= Bedrohungseinschätzung). Nach dem Lesen des Prospektes und einem kurzen Gespräch mit ihrem Hausarzt fasst Frau Schuster den Entschluss, zeitnah einen Vorsorgetermin zu vereinbaren (= Schuttmotivation), denn sie ist davon überzeugt, dass sie sich die Zeit für die Untersuchung einrichten kann (= Selbstwirksamkeitserwartung) und der Darmkrebscheck dazu beiträgt, das Erkrankungsrisiko zu senken (= Handlungswirksamkeit).

Die theoretischen Annahmen der Schuttmotivationstheorie wurden in der Vergangenheit für verschiedene Gesundheitsverhaltensweisen (z.B. Ernährung, Bewegung, Alkoholkonsum, Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen) empirisch überprüft. Mehrere umfangreiche Literaturüberblicke (z.B. Floyd et al., 2000; Milne et al., 2002) zeigen, dass insbesondere von den Selbstwirksamkeitserwartungen einer Person ein starker Effekt

auf die Schutzmotivation ausgeht. In der experimentellen Forschung wurde die Schuttmotivationstheorie zur Grundlage genommen, um die Wirksamkeit von Furchtappellen zu untersuchen. Fasst man den Stand dieser Forschungsrichtung zusammen, so zeigt sich, dass Furchtappelle nur dann wirksam sind, wenn sie zugleich die Handlungs- und Selbstwirksamkeitserwartungen des Rezipienten ansprechen. Es reicht demnach nicht aus, ein Gefühl der Bedrohung auszulösen, vielmehr muss ein Präventionsappell auch Wege aufzeigen, wie die Person der Gefahr begegnen kann.

Übung 4.1:

Analysieren Sie die folgenden Präventionsappelle dahingehend, ob in den Anzeigen nur ein Gefühl der Bedrohung ausgelöst wird oder auch die Selbstwirksamkeit und die Handlungswirksamkeit des Betrachters angesprochen werden. Grenzen Sie die Begriffe Selbstwirksamkeit und Handlungswirksamkeit zunächst definitorisch voneinander ab.

a)



(Mindzone, 2013).

b)



(ZNS – Hannelore Kohl-Stiftung, 2004).

4.1.2 Sozial-kognitive Theorie

Die sozial-kognitive Theorie ist eine Weiterentwicklung des von Bandura entdeckten Imitationslernens (vgl. Kapitel 3.3.3). Die Theorie des Imitationslernens postuliert, dass Menschen lernen, indem sie das Verhalten ihrer Mitmenschen beobachten und nachahmen. Im Rahmen der sozial-kognitiven Theorie erweitert Bandura das Modelllernen um die kognitiven Prozesse der Selbstwirksamkeitserwartung und der Ergebniserwartung. Er nimmt an, dass der Lernerfolg dann besonders groß ist, wenn eine Person über eine ausgeprägte Selbstwirksamkeits- und Ergebniserwartung verfügt. Als Selbstwirksamkeitserwartung definiert Bandura dabei die Fähigkeit, ein bestimmtes Verhalten zu zeigen und aufrechterhalten zu können. Die Ergebniserwartung bringt zum Ausdruck, dass Menschen danach streben, die Konsequenzen einer Handlung vorherzusagen.

Auf der ersten Stufe des Modells siedelt Bandura die Selbstwirksamkeitserwartung an, da diese entscheidend dazu beiträgt, ob ein Individuum eine Handlung überhaupt ergreift, diese intensiv verfolgt und auch bei Rückschlägen nicht aufgibt. Die Selbstwirksamkeitserwartung nimmt Einfluss auf die Ergebniserwartung, denn wenn eine Person sich selbst als handlungsfähig einschätzt, glaubt sie eher an den Erfolg der Handlung, als wenn sie Zweifel an der eigenen Handlungsfähigkeit hat. Weiß die Person, welche Handlungsergebnisse sie zu erwarten hat (= Ergebniserwartung) und ist sie davon überzeugt, dass die geplante Handlung für sie realisierbar ist (= Selbstwirksamkeitserwartung), bildet sich eine Verhaltensabsicht heraus. Bandura setzt diese Verhaltensabsicht mit der Formulierung von Zielen gleich. Die Person beginnt also damit, Ziele zur Verhaltensumsetzung zu formulieren. Die Wahrscheinlichkeit, dass die gesetzten Ziele schließlich in konkretes Verhalten umgesetzt werden, ist umso größer, je präziser die Zielsetzungen formuliert sind. Wie die Schutzmotivationstheorie berücksichtigt auch die sozial-kognitive Theorie, dass Einflüsse von außen das Gesundheitsverhalten einer Person bestimmen (= soziokulturelle Faktoren).

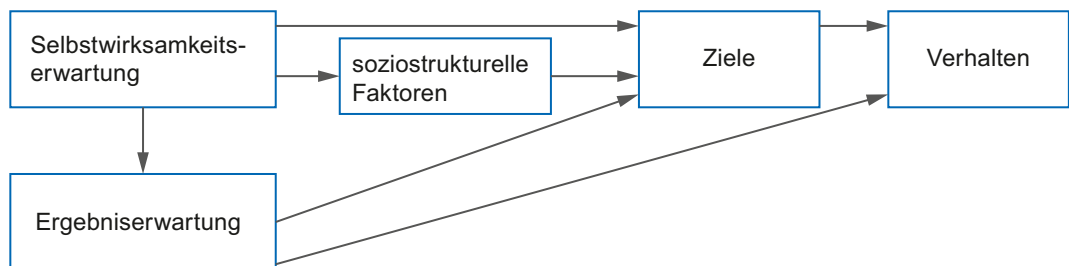


Abb. 4.2: Sozial-kognitive Theorie (Bandura, 1986 zit. nach Hoffmann; Faselt, 2012, S. 37)



Beispiel 4.2:

Jens Müller ist als Fachbereichsleiter Gesundheitsförderung bei einer Krankenversicherung tätig und Vater von zwei kleinen Kindern. Sowohl im Berufsleben als auch im privaten Bereich meistert er alle Herausforderungen problemlos, was sich positiv auf seine Selbstwirksamkeit auswirken sollte. Durch die Doppelbelastung von Arbeit und Familie bleibt ihm leider zu wenig Zeit, sich zu bewegen und regelmäßig Sport zu treiben. Dadurch hat er in der letzten Zeit zugenommen. Er ist jedoch davon überzeugt, dass mehr Sport seiner Gesundheit und seiner Fitness gut tun würde (= Ergebniserwartung). Da er selbst im Gesundheitsbereich tätig ist, möchte Herr Müller zudem in Sachen Bewegung eine Vorbildfunktion gegenüber seinen Mitarbeitern und Partnern einnehmen (= sozio-kultureller Einfluss). Herr Müller nimmt sich vor, kör-

perlich aktiver zu werden. Er will im Alltag mehr auf ausreichend körperliche Betätigung achten (z.B. Treppen steigen statt Fahrstuhl fahren, kleinere Strecken zu Fuß gehen). Mit Frühlingsbeginn möchte Herr Müller außerdem wieder regelmäßig vor der Arbeit joggen gehen.

Bisher vorliegende empirische Studien zur sozial-kognitiven Theorie überprüfen häufig nicht das gesamte Modell sondern fokussieren auf einzelne Modellkomponenten. Einen Erklärungsbeitrag am Verhalten leisten insbesondere die Ergebniserwartung und die Selbstwirksamkeitserwartung. Die Absicht, sich regelmäßig die Brust abzutasten, ist beispielsweise dann besonders groß, wenn die Frauen der Überzeugung sind, dass diese Art der Vorsorge wirksam vor Brustkrebs schützt, und sie sich in der Lage fühlen, regelmäßig die Untersuchung durchzuführen (vgl. Seydel et al., 1990). Semple et al. (2000) untersuchten das Sexualverhalten von HIV-positiven Männern. Sie zeigten, dass die Absicht, Kondome zu nutzen in dem Maße steigt, wie Selbstwirksamkeitserwartung und Ergebniserwartung zunehmen.

In der Praxis findet die sozial-kognitive Theorie besonders bei der Gestaltung von Programmen zur Lebensstilintervention Anwendung. 90 % der zwischen 1980 und 2000 durchgeführten Ernährungsprogramme greifen auf eine Komponente der sozial-kognitiven Theorie zurück, um die Teilnehmer zu einer gesünderen Ernährung zu motivieren. Ein Beispiel für ein Ernährungsprogramm im Setting Kindergarten ist das Tiger-Kids-Programm der AOK PLUS. Ziel dieses Programms ist es, in Zusammenarbeit mit Eltern und Erziehern die Ernährungsgewohnheiten von Kindern im Alter zwischen drei und sechs Jahren positiv zu beeinflussen und die Selbstwirksamkeit der Kinder zu stärken. Sowohl im Kindergarten als auch zu Hause lernen die Kinder spielerisch, was es bedeutet, sich gesund zu ernähren (z.B. Magischer Obstteller, Tiger-Rennen), und werden in ihrem Verhalten positiv verstärkt. Da die Eltern für ihre Kinder eine Art Vorbildrolle einnehmen, werden sie entsprechend in das Programm eingebunden, geschult und kontinuierlich über die Projektentwicklung informiert.

4.2 Sozial-kognitives Prozessmodell gesundheitlichen Handelns

Das sozial-kognitive Prozessmodell gesundheitlichen Handelns (Health Action Process Approach, HAPA) (Schwarzer, 1992) hat in den vergangenen zehn Jahren einen zentralen Stellenwert in der Gesundheitsverhaltensforschung eingenommen. Es greift auf aus der Theorie der Schutzmotivation und der sozial-kognitiven Theorie bekannte Einflussgrößen zurück (z.B. Selbstwirksamkeit, Risikoeinschätzung), verbindet diese vornehmlich motivational geprägten Größen jedoch mit volitionalen Prozessen. Das HAPA-Modell ist im Gegensatz zu den in Kapitel 4.1.1 und 4.1.2 vorgestellten linearen Modellen den sog. Stadienmodellen zuzuordnen.

Stadienmodellen liegt im Gegensatz zu linearen Modellen die Annahme zugrunde, dass sich Verhaltensänderungen nicht kontinuierlich, sondern im Zeitverlauf entwickeln. Stadienmodelle gehen von qualitativ unterschiedlichen Phasen – Stadien – eines Veränderungsprozesses aus. Die Annahme fest definierter Phasen ermöglicht es, für die auf einer Stufe befindlichen Individuen spezifische Interventionsmaßnahmen zu entwickeln.



Das HAPA-Modell unterteilt präventives Handeln in eine motivationale und drei volitionale Phasen. Ausgangspunkt für eine Verhaltensänderung ist die motivational geprägte vorintentionale Phase. Damit eine Verhaltensabsicht entsteht, beschäftigt sich die Person in dieser Phase mit drei Fragestellungen:

- Handlungsbezogene Selbstwirksamkeitserwartung: Bin ich dazu in der Lage, die Verhaltensänderung selbst in Angriff zu nehmen?
- Erwartung an das Handlungsergebnis: Welche positiven und negativen Erwartungen habe ich an das Handlungsergebnis? Übertreffen die positiven Erwartungen die negativen Erwartungen?
- Risikowahrnehmung: Für wie verwundbar halte ich mich und für wie groß halte ich das Risiko, selbst zu erkranken?

Die Konstrukte sind sequenziell miteinander verbunden. Zunächst muss eine gewisse Risikowahrnehmung vorhanden sein. Erst wenn dies der Fall ist, beginnt der Prozess der Erwartungsbildung. Hat man positive Erwartungen an das Handlungsergebnis, stärkt dies die handlungsbezogene Selbstwirksamkeitserwartung. Diese spezielle Form der Selbstwirksamkeitserwartung gibt an, inwiefern es eine Person für möglich hält, selbst einen Handlungsimpuls auszulösen.

Sobald die Handlungsabsicht steht, beginnt mit der voraktionalen Phase die erste der insgesamt drei volitionalen Phasen. Die voraktionale Phase ist durch die Planung der konkreten zeitlichen und räumlichen Parameter geprägt (= Handlungsplanung; z.B. „Wie häufig, wann und wo werde ich in das Fitnessstudio gehen?“). Außerdem befasst sich die Person mit möglichen Barrieren, die auf dem Weg zur Verhaltensänderung auftreten können. Sie entwickelt sodann Ideen, um diesen Hindernissen begegnen zu können (= Bewältigungsplanung). Sobald die Handlungs- und die Bewältigungsplanung abgeschlossen sind, ist die Person bereit, zu handeln. Die aktionale Phase beginnt und die neue Verhaltensweise wird ausgeführt. Um die Verhaltensweise über einen längeren Zeitraum hinweg aufrecht erhalten zu können, ist es von Vorteil, wenn eine hohe aufrechterhaltungsbezogene und wiederherstellungsbezogene Selbstwirksamkeitserwartung vorhanden ist. Von aufrechterhaltungsbezogener Selbstwirksamkeitserwartung spricht man, wenn es eine Person für möglich hält, eine Handlung über einen längeren Zeitraum hinweg durchzuführen. Die wiederherstellungsbezogene Selbstwirksamkeit spiegelt die Überzeugung wider, sich dazu in der Lage zu fühlen, auch nach Rückschlägen eine Verhaltensweise nicht aufzugeben, sondern das Verhalten weiter zu zeigen.

Die Gefahr, in alte Verhaltensmuster zurückzufallen, ist in der nachaktionalen Phase besonders gegeben. Im Idealfall hält eine Person ein bestimmtes Verhalten auch nach einem negativen Erlebnis (z.B. Gewichtszunahme in der dritten Woche, nachdem in der ersten und zweiten Woche die Kilogrammzahl reduziert werden konnte) durch. Dies ist vor allem dann der Fall, wenn der Person ausreichend Selbstregulationsmechanismen zur Verfügung stehen. Nicht selten resignieren Individuen aber nach einem Misserfolg. Sie begeben sich damit von der volitionalen Phase zurück in die motivationale Phase.

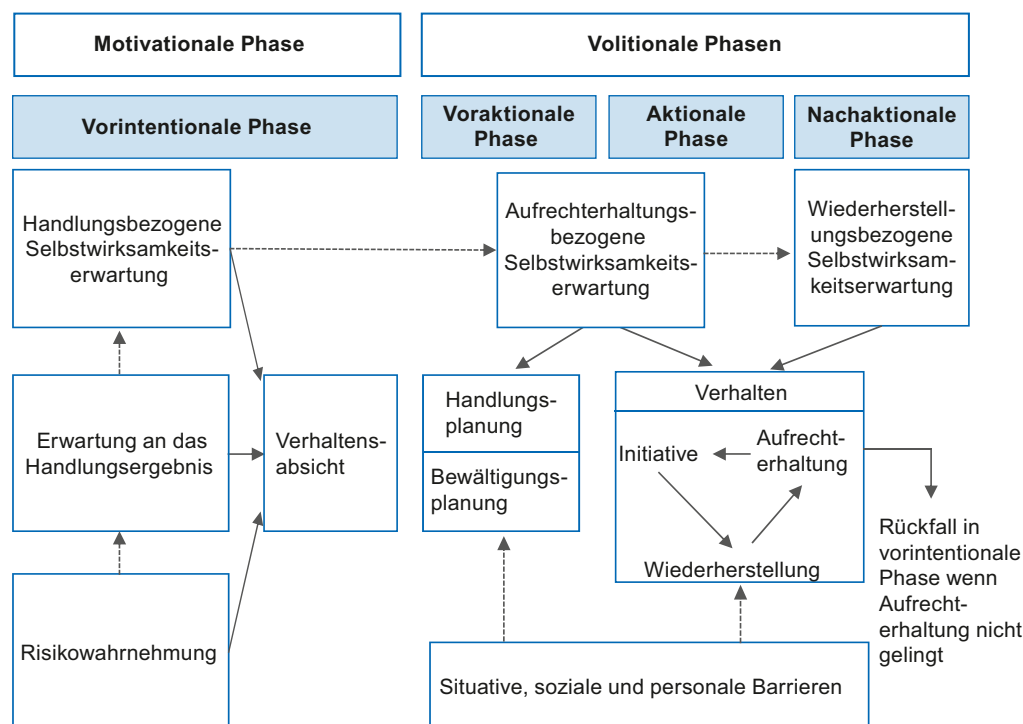


Abb. 4.3: HAPA-Modell (Faselst; Hoffmann, 2010b, S. 91)

Das HAPA-Modell wurde in den vergangenen Jahren auf unterschiedliche Gesundheitsverhaltensweisen angewandt. In der im Beispiel 4.3 vorgestellten Studie wird das HAPA-Modell als Grundlage genommen, um im Rahmen einer Längsschnittuntersuchung mit Studentinnen zu prüfen, inwieweit die einzelnen Komponenten des HAPA-Modells die Bereitschaft erklären, sich regelmäßig selbst die Brust abzutasten.

Beispiel 4.3:

Luszczynska und Schwarzer (2003) befragten insgesamt 418 Studentinnen zu zwei Zeitpunkten. Zum Zeitpunkt *t1* wurden die Befragten gebeten, einen Fragebogen auszufüllen, der Fragen zu Zielgrößen der motivationalen Phase enthielt:

- Risikowahrnehmung (drei Items: „Im Vergleich zu anderen Frauen in Ihrem Alter: Für wie wahrscheinlich halten Sie es a) eine Verdickung in Ihrer Brust festzustellen, b) einen bösartigen Tumor zu bekommen, c) die gesamte Brust bzw. einen Teil davon zu verlieren?“)
- Erwartungen an das Handlungsergebnis (drei Items; u. a. „Wenn ich mir regelmäßig die Brust abtasten würde, würde die Wahrscheinlichkeit steigen, meine körperliche und sexuelle Attraktivität zu erhalten.“)
- Verhaltensabsicht (drei Items; u. a. „Ich beabsichtige, in den kommenden drei Monaten regelmäßig das Brustgewebe zu untersuchen.“)
- Handlungsbezogene Selbstwirksamkeitserwartung (vier Items; u. a. „Ich bin dazu in der Lage, meine Brust regelmäßig selbst zu untersuchen, auch wenn ich dazu meine Gewohnheiten überwinden muss.“)



Nach 13 Wochen (= Zeitpunkt t_2) wurden die Teilnehmerinnen der Studie erneut befragt. Erfasst wurden hierbei Zielgrößen, die für die volitionale Phase relevant sind:

- Aufrechterhaltungsbezogene Selbstwirksamkeitserwartung (zwei Items: u. a. „Ich bin in der Lage, mich selbst zu untersuchen, auch wenn ich mehrere Versuche brauche, bis es klappt.“)
- Wiederherstellungsbezogene Selbstwirksamkeitserwartung (zwei Items: „Sind sie in der Lage, sich auch dann regelmäßig zu untersuchen, wenn Sie a) das Abtasten seit drei Monaten nicht mehr gemacht haben, b) seit sechs Monaten nicht mehr gemacht haben?“)
- Planung (drei Items; u. a. „Ich beabsichtige, in den kommenden drei Monaten regelmäßig das Brustgewebe zu untersuchen.“)
- Verhalten (drei Items; u. a. „Wie oft haben Sie in den vergangenen drei Monaten Ihr Brustgewebe selbst untersucht?“)

Zu beiden Messzeitpunkten stellte sich die Selbstwirksamkeitserwartung als wichtigste Erklärungsgröße für die Verhaltensabsicht heraus. In der volitionalen Phase (= Zeitpunkt t_2) zeigte sich, dass jene Frauen sich regelmäßig selbst untersuchten, die das Vorhaben hinreichend geplant hatten. Aus den Untersuchungsergebnissen wird deutlich, dass selbstregulierenden Prozessen eine entscheidende Rolle zukommt, wenn es darum geht, Verhaltensabsichten in Verhalten umzusetzen.

Die Erkenntnisse der zum HAPA-Modell durchgeführten empirischen Studien finden vielfältige Anwendung bei der Gestaltung von Interventionsmaßnahmen. Schwarzer (1992) leitet aus dem Modell drei zentrale Zielgruppen der Prävention ab und empfiehlt, auf das jeweilige Segment zugeschnittene Interventionsmaßnahmen zu entwickeln.

- Als „Non-Intenders“ werden Personen bezeichnet, die noch keine Ziele formuliert haben. Es bestehen daher auch keine Handlungsabsichten. Um Non-Intenders für das Thema Prävention zu motivieren, bedarf es zunächst einer Vermittlung von Wissen zu den Risiken einer gesundheitsschädigenden Verhaltensweise. Diese Aufklärungsarbeit sollte mit Empfehlungen verbunden werden, die aufzeigen, wie diese Gefahren aus eigener Kraft umgangen werden können. Eine Möglichkeit sind Risikotests, die u. a. der behandelnde Allgemein-/Facharzt anbieten könnte. Beispiele für etablierte Risikofragebögen sind der FINDRISK zum Test des Diabetesrisikos (vgl. Beispiel 4.4) sowie der von der *Burda Stiftung* herausgegebene Zwei-Minuten-Gesundheitscheck zur Darmkrebsvorsorge, der auf der Website www.felix-burda-stiftung.de abgerufen werden kann.



Beispiel 4.4:

Der FINDRISK zum Test des Diabetesrisikos ist ein Kurzfragebogen, der mit einfach zu beantwortenden Fragen das Risiko erfasst, in den kommenden zehn Jahren an Typ 2-Diabetes zu erkranken. Der Fragebogen enthält insgesamt acht Fragen zu den folgenden Risikofaktoren:

Alter, Auftreten der Krankheit in der Verwandtschaft, Taillenumfang, Häufigkeit körperlicher Betätigung, Häufigkeit des Verzehrs von Obst, Gemüse und Vollkornprodukten, Body-Mass-Index, Einnahme von Blutdruck senkenden Medikamenten, Vorhandensein erhöhter Blutzuckerwerte

Jeder Antwortmöglichkeit sind Punkte zugeordnet. Die insgesamt erreichten Punkte geben das Erkrankungsrisiko an. Stellt eine Person fest, dass ein erhöhtes Risiko besteht, sollte sie mit dem Testergebnis zum Arzt gehen, der dann ggf. weitere Schritte einleiten wird.

Übung 4.2:

Recherchieren Sie den FINDRISK. Wie funktioniert der Test? Welche Erkenntnisse lassen sich aus dem Test ableiten?



- Bei der Zielgruppe der „Intenders“ besteht bereits eine Handlungsabsicht. Diese Personen befinden sich bereits in der volitionalen Phase des HAPA-Modells. Diese Zielgruppe benötigt v.a. Unterstützung bei der Handlungsplanung. Präventionsprogramme enthalten deshalb häufig Kurselemente zur Formulierung von Zielen und zum Zeitmanagement.
- „Actors“ sind bereits in der aktionalen bzw. nachaktionalen Phase angelangt. In dieser Phase kommt es darauf an, das neu erlernte Verhalten gegenüber Barrieren und ablenkenden Einflüssen von außen zu schützen. Sinnvoll sind für diese Zielgruppe deshalb Maßnahmen, die darauf abzielen, Strategien zum Abschirmen und Durchhalten zu vermitteln.

Übung 4.3:

Überlegen Sie, welche Maßnahmen jeweils geeignet sein könnten, um die Zielgruppen der „Non-Intenders“, „Intenders“ und „Actors“ für die Teilnahme an einem Präventionsprogramm zur Diabetesprävention zu motivieren. Das Programm richtet sich prinzipiell an Personen, bei denen ein erhöhtes Diabetesrisiko besteht. Diese gefährdeten Menschen sollen im Rahmen des Programms dazu befähigt werden, sich regelmäßig sportlich zu betätigen und gesünder zu ernähren, um so dem Ausbruch der Diabeteserkrankung vorzubeugen.



Insgesamt ist am sozial-kognitiven Prozessmodell gesundheitlichen Handelns positiv hervorzuheben, dass es kognitive und motivationale Komponenten verbindet und durch die Integration der Prozesse der Handlungsplanung und der Bewältigungsplanung vergleichsweise nah an der Erklärung des Gesundheitsverhaltens orientiert ist. Regelmäßig werden zudem Weiterentwicklungen des Modells vorgeschlagen. Von Leventhal und Mora (2008) stammt beispielsweise der Vorschlag, Handlungskontrollstrategien und den Einfluss früherer Erfahrungen in das Modell aufzunehmen.

Zusammenfassung

Kapitel 4 hat einen Einblick in sozial-kognitive Modelle des Gesundheitsverhaltens gegeben, die speziell für die Vorhersage von Verhaltensänderungen im Gesundheitsbereich entwickelt wurden. Die Schutzmotivationstheorie, das HAPA-Modell und die sozial-kognitive Theorie wurden in empirischen Studien vielfach als theoretische Grundlage für die Erklärung unterschiedlichster Gesundheitsverhaltensweisen herangezogen (z.B. Ernährung, Bewegung, Rauchen). Die Studien kommen übereinstimmend zu dem Ergebnis, dass die Selbstwirksamkeitserwartung, d.h. die Überzeugung, selbst in der Lage zu sein, eine Verhaltensänderung durchzuführen und aufrechtzuerhalten, von entscheidender

der Bedeutung ist, um Verhaltensabsichten in Verhalten zu übertragen. Insgesamt messen die in Kapitel 4 vorgestellten Modelle kognitiven Einflussgrößen (u. a. auch Ergebniserwartung, Handlungswirksamkeit) einen größeren Stellenwert zu, als dies bei den in Kapitel 3 vorgestellten Ansätzen der Fall ist. Sie berücksichtigen zudem auch, dass sozio-kulturelle Einflussgrößen das Gesundheitsverhalten einer Person beeinflussen.

Aufgaben zur Selbstüberprüfung

- 4.1 Worin besteht der zentrale Unterschied zwischen linearen sozial-kognitiven Modellen und Phasenmodellen? Welchen Vorteil bieten Phasenmodelle gegenüber den linearen Modellen?
- 4.2 Grenzen Sie die Begriffe Selbstwirksamkeit und Handlungswirksamkeit voneinander ab.
- 4.3 Das HAPA-Modell unterscheidet zwischen drei Formen der Selbstwirksamkeitserwartung. Legen Sie dar, worin sich die einzelnen Arten unterscheiden.
- 4.4 Welche Empfehlungen lassen sich aus der Schutzmotivationstheorie für die Entwicklung eines Präventionsappells ableiten? Erläutern Sie die Implikationen am Beispiel einer selbst gewählten Gesundheitsverhaltensweise.

Schlussbetrachtung

Ziel des vorliegenden Studienheftes war es, Ihnen einen Einblick in die Ziele, Teilbereiche und Sichtweisen der Motivationspsychologie zu geben und die Fragestellungen dieser Forschungsrichtung auf das Gesundheitsverhalten zu übertragen. Sie haben gelernt, mit welchen Fragestellungen sich die Motivationspsychologie befasst und wie sich die Motivation in das S-O-R-Modell des Gesundheitsverhaltens einordnen lässt. Inhalt des einleitenden Kapitel 1 war weiterhin die Definition der Begriffe Gesundheit und Gesundheitsverhalten sowie die Abgrenzung zwischen Setting-Ansätzen und individuellen Ansätzen der Motivation.

In Kapitel 2 des Studienheftes haben Sie erfahren, worin sich die Begriffe Motivation, Motiv und Volition unterscheiden. Sie haben gelernt, wie diese Konstrukte zueinander im Zusammenhang stehen und dass es, insbesondere bei Gesundheitsverhaltensweisen, oftmals nicht nur auf den inneren Antrieb (Motivation), sondern vielmehr auf die Willenskraft, eine Absicht auch tatsächlich umzusetzen, ankommt (Volition). Schließlich haben Sie erfahren, welche Arten der Motivation (intrinsische vs. extrinsische Motivation) und welche Motive (implizite vs. explizite Motive) unterschieden werden. Diese Differenzierungen sind insofern bedeutsam, da es in der Präventionspraxis das vordergründige Ziel sein sollte, verborgene implizite Motive zu identifizieren und ein intrinsisch motiviertes Verhalten auszulösen.

Neben der Abgrenzung zentraler Begriffe verfolgte das Studienheft das Ziel, Ihnen einen Überblick zu den wichtigsten Modellen und Theorien der Motivationspsychologie zu geben. Sie haben gelernt, Inhaltstheorien, Prozesstheorien und Lerntheorien voneinander abzugrenzen (Kapitel 3). Zu jedem Bereich haben Sie die Grundannahmen der wichtigsten Theorien kennengelernt. Sie haben zudem jeweils einen Überblick zu empirischen Befunden erhalten und erfahren, wie die Theorien in die Konzeption und Durchführung von Interventionsprogrammen einfließen. Schließlich haben Sie gelernt, lineare Modelle und Stadienmodelle des Gesundheitsverhaltens voneinander abzugrenzen (Kapitel 4). Lineare Modelle und Stadienmodelle zählen zu den sozial-kognitiven Modellen des Gesundheitsverhaltens. Diese Modelle beziehen stärker als die in Kapitel 3 vorgestellten Modelle die Selbstwirksamkeitserwartung und Handlungswirksamkeit sowie das soziokulturelle Umfeld einer Person in ihre Betrachtungen ein und sind zudem konkret auf die Erklärung und Prognose von Gesundheitsverhaltensweisen ausgerichtet.

A. Bearbeitungshinweise zu den Übungen

- 1.1 Ziel dieser Übung ist, Ihre eigenen Erfahrungen mit Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen zu reflektieren. Haben Sie bereits an individuellen Programmen und Setting-Programmen teilgenommen? Was waren die Gründe für die Teilnahme (bzw. auch für die Nicht-Teilnahme)? Welche Erfahrungen haben Sie mit den Programmen gemacht?
- 2.1 In dieser Übung sollen Sie die Annahmen des Grundmodells der Motivationspsychologie (vgl. Abb. 2.1) auf eine konkrete Gesundheitsverhaltensweise anwenden. Überlegen Sie, wie sich die Motivation, sich gesünder zu ernähren, mit dem Grundmodell der Motivationspsychologie erklären lässt. Sie sollten also beispielsweise analysieren, welche unterschiedlichen Motive bestehen können und welche äußeren Anreize die Motivation beeinflussen könnten.
- 2.2 Diese Übung beschäftigt sich mit den von Deci und Ryan vorgeschlagenen Formen der Regulation. Sie sollen sich das vorgegebene Fallbeispiel gründlich durchdenken und das beschriebene Verhalten des Coaches kritisch reflektieren. Zudem sollen Sie überlegen, mit welchen konkreten Maßnahmen es der Coach erreichen kann, dass bei den Kindern und Jugendlichen eine introjizierte Regulation vorliegt.
- 2.3 In dieser Übung sollen Sie sich näher mit impliziten Motiven und deren Messung beschäftigen. Anhand des beschriebenen Fallbeispiels einer Frau, die gerne Nichtraucherin werden möchte, sollen Sie analysieren, welche impliziten Motive dem expliziten Motiv „Ich möchte nicht mehr rauchen.“ entgegenstehen könnten. Sie sollen zudem überlegen, auf welche Instrumente ein Therapeut im Rahmen eines Interventionsprogramms zurückgreifen könnte, um sich zu den impliziten Motiven von Frau N. vorzutasten.
- 3.1 Ihre Aufgabe besteht darin, zu überlegen, welche Implikationen sich aus den theoretischen Annahmen von Maslow für die Konzeption von Motivationsprogrammen ableiten lassen. Beleuchten Sie die Bedürfnispyramide von Maslow auch kritisch, indem Sie überlegen, welche Probleme auftreten können, wenn Sie diesen Ansatz als theoretische Grundlage verwenden.
- 3.2 Das Rubikon-Modell spricht der Entwicklung von Handlungskontrollstrategien einen großen Stellenwert zu. In Beispiel 3.3 sind verschiedene Strategien für einen erfolgreichen Nikotin-Entzug dargestellt. Sie sollen nun analog zu Beispiel 3.3 Handlungskontrollstrategien für eine Person entwickeln, die künftig weniger Alkohol trinken möchte. Das Rubikon-Modell der Handlungsphasen legt zudem nahe, in der Planungsphase möglichst konkrete Ziele zu formulieren. Eine Möglichkeit zur Zielformulierung sind „Wenn-dann“-Vorsätze. Sie sollen versuchen, für das vorliegende Fallbeispiel solche Vorsätze zu entwickeln.
- 3.3 Zur Beantwortung dieser Aufgabe sollen Sie sich in eine Person hineinversetzen, die keinerlei Sport treibt und sich auch im Alltag zu wenig körperlich betätigt. Dieses Verhalten steht im Widerspruch zum kognitiven System, denn die Person ist sich durchaus bewusst, dass zu wenig Bewegung langfristig nicht gut für die Gesundheit ist. Welche Strategien könnte die Person wählen, um die kognitive

Dissonanz zu beheben und zum inneren Gleichgewicht zurückzufinden? Überlegen Sie, welche Alternativen grundsätzlich möglich sind, legen Sie sich konkrete Argumente zurecht und ordnen Sie diese den Strategien zu.

- 3.4 Aufbauend auf der beschriebenen Studie mit Brustkrebspatientinnen sollen Sie sich konkrete Maßnahmen überlegen, die dazu beitragen können, dass sich die Patientinnen bei der Behandlung wohler fühlen. Sie sollen bspw. überlegen, welche konkreten Schritte zielführend sein könnten, um ein möglichst angenehmes Klinikumfeld zu schaffen.
- 3.5 In dieser Übung sind Sie dazu aufgefordert, etwas intensiver über Ihr eigenes Gesundheitsverhalten nachzudenken. Sie sollen zwei Bereiche auswählen, in denen es Ihnen schwer fällt, sich immer gesundheitsförderlich zu verhalten. Denken Sie sodann darüber nach, welche Verstärker jeweils geeignet sein könnten, um die Wahrscheinlichkeit zu steigern, dass Sie das entsprechende Verhalten häufiger zeigen.
- 4.1 In der Abbildung zur Übung sind zwei Beispiele für Präventionskampagnen dargestellt, die mit Furchtappellen arbeiten. Sie sollen prüfen, ob in den Anzeigen jeweils nur ein Gefühl der Bedrohung ausgelöst wird oder ob in den Anzeigen auch an die Selbstwirksamkeit und Handlungswirksamkeit appelliert wird. Definieren Sie in diesem Zusammenhang zunächst, worin sich die Selbstwirksamkeit und die Handlungswirksamkeit unterscheiden.
- 4.2 Sie sollen in dieser Übung selbst nach dem Diabetesrisikotest FINDRISK recherchieren (beispielsweise im Internet). Sodann sollen Sie beschreiben, wie dieser Test aufgebaut ist und wie er funktioniert. Außerdem sollen Sie im Rahmen der Aufgabenlösung darauf eingehen, welche Konsequenzen sich für die Diabetesprävention aus dem Testergebnis ableiten lassen.
- 4.3 In dieser Übung sollen Sie sich in die Rolle eines Projektleiters hineinversetzen, der ein Programm zur Diabetesprävention etablieren möchte. Konkret gilt es, Maßnahmen abzuleiten, die sich an die unterschiedlichen Zielgruppen des Programms richten. Sie sollen überlegen, wie sich a) „Non-Intenders“ mit Informationen zu den Risiken der Diabeteserkrankung versorgen lassen, b) „Intenders“ zur Teilnahme am Programm animiert werden können und c) „Actors“ bei der Aufrechterhaltung einer gesunden Lebensweise unterstützt werden können.

B. Lösungen der Aufgaben zur Selbstüberprüfung

- 1.1 Die Motivation für gesundheitsbewusstes Verhalten ist in den Teil „O“ (= Organismus) des S-O-R-Modells einzuordnen. Dieser Teil des Modells beschreibt die im Inneren einer Person ablaufenden psychischen Prozesse, von denen angenommen wird, dass sie das Verhalten steuern. Diese psychischen Prozesse lassen sich weiter unterteilen in aktivierende und kognitive Prozesse, wobei die Motivation primär einen aktivierenden Charakter hat.
- 1.2 Die Motivationspsychologie befasst sich mit „Warum?“-Fragen und „Wie?“-Fragen. Sie interessiert sich beispielsweise dafür, warum manche Menschen eher gesundheitsförderlich leben als andere und aus welchen Gründen einige Menschen an Verhaltensweisen festhalten, auch wenn diese mit negativen Konsequenzen verbunden sind (z.B. Rauchen). Bezogen auf das „Wie?“ interessiert sich die Motivationspsychologie beispielsweise für die Art und Weise, wie Menschen gesundheitsbezogene Ziele formulieren und auf welchem Wege einmal gefasste Ziele in die Realität umgesetzt werden können.
- 1.3 Unter dem Setting-Ansatz werden Maßnahmen zusammengefasst, die auf soziale Gruppen in speziellen Lebensräumen (z.B. Betriebe, Kitas, Schulen, Stadtteile, Einrichtungen der Altenhilfe) ausgerichtet sind. Dieser Ansatz adressiert also Personengruppen. Ziel ist es, gesundheitsförderliche Ressourcen und Rahmenbedingungen aufzubauen. Individuelle Ansätze sind hingegen Maßnahmen, die eine einzelne Person ansprechen und diese zu einer Verhaltensänderung oder zur Aufrechterhaltung einer gesunden Lebensweise motivieren wollen. Diese Ansätze haben primär präventiven Charakter, d.h. sie zielen darauf ab, der Entstehung von Krankheitssymptomen vorzubeugen. Ein Beispiel für Setting-Ansätze der Motivation sind Ernährungsprogramme, die Krankenkassen beispielsweise in Kindergärten oder Schulen durchführen, oder Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung. Zu den individuellen Maßnahmen zählen die Kostenrückerstattung bei Sportkursen oder die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen (z.B. Darmkrebsvorsorge, Hautcheck).
- 1.4 Sozial benachteiligte Menschen lassen sich eher über Setting-Ansätze der Motivation ansprechen als über individuelle Maßnahmen. Ein Beispiel sind Kinder aus sozial schwachen Familien. Diese Kinder leiden häufiger unter Übergewicht, u.a. deshalb, weil ihnen die Eltern ungesunde Ernährungsgewohnheiten vorleben. Indem ein Ernährungsprogramm im Setting Kindergarten initiiert wird, ist es möglich, diese Kinder zu erreichen und spielerisch an das Thema gesunde Ernährung heranzuführen. Häufig werden in derartigen Programmen auch die Eltern involviert und über den Projektlauf und die Projektfortschritte auf dem Laufenden gehalten.
- 2.1 Unter der Motivation versteht man alle Prozesse, die körperliche und seelische Prozesse auslösen, steuern und aufrechterhalten. Die Motivation ist eine Art Triebkraft für zielgerichtetes Handeln. Eine Motivation kann durch verschiedene Motive ausgelöst werden. Ein Motiv ist zeitlich konstanter als eine Motivation. Motive werden definiert als im Laufe der Sozialisation erworbene zeitlich stabile Handlungsbereitschaften. Die Volition ist zeitlich zwischen der Motivation und der Handlung einzuordnen. Die Volition bezeichnet alle willentlich gesteuerten Prozesse, die dazu beitragen, dass eine Person einer Motivation nachkommt und diese in eine Handlung umsetzt.

- 2.2 Von extrinsischer Motivation spricht man, wenn eine Zielorientierung durch äußere Anreize ausgelöst wird. Die äußeren Anreize können dabei sowohl materieller Natur (z.B. im Rahmen von Bonusprogrammen eingesetzte finanzielle Anreize) als auch immaterieller Natur (z.B. Lob, Anerkennung) sein. Liegt extrinsische Motivation vor, dann handelt eine Person nicht um der Handlung selbst Willen, sondern aufgrund der eingesetzten Anreize.

Es lässt sich zwischen extrinsischer Motivation mit Druck von außen und extrinsischer Motivation ohne Druck von außen unterscheiden. Extrinsische Motivation mit Druck von außen liegt vor, wenn eine weitere Person Einfluss auf das Handeln nimmt (z.B. der Hausarzt, der einem übergewichtigen Patienten Anerkennung ausspricht, wenn dieser einige Kilos abgenommen hat). Extrinsische Motivation ohne äußeren Druck ist vorhanden, wenn die Person die Anreize selbst formuliert (z.B. regelmäßig in das Fitnessstudio geht, um eine muskulöse Figur zu erhalten).

- 2.3 Instinkte sind angeborene Verhaltensweisen, die dazu führen, dass alle Mitglieder einer Spezies in einer bestimmten Situation in ähnlicher Art und Weise reagieren (z.B. Fluchtverhalten in einer gefährlichen Situation, Stillen eines schreienden Babys).

Triebe haben wie Instinkte eine angeborene biologische Grundlage. Sie werden durch einen körperlichen Reizzustand ausgelöst (z.B. Empfinden von Hunger oder Durst). Auf psychischer Ebene lösen Triebe einen Impuls aus, der sich in dem Verlangen äußert, den Reizzustand zu beheben.

Bedürfnisse gehen über Triebe und Instinkte hinaus, da sie die biologischen Antriebskräfte als gegeben ansehen und gleichzeitig auch Umwelteinflüsse als relevant betrachten, wenn es darum geht, Verhalten zu erklären. Bedürfnisse führen dazu, dass Menschen danach streben, ein empfundenes körperliches oder psychisches Defizit auszugleichen.

- 2.4 Implizite Motive bilden sich bereits in der frühen Kindheit heraus und verfestigen sich im Laufe der Sozialisation. Sie sind von Person zu Person unterschiedlich ausgeprägt und als eine Art Persönlichkeitsmerkmal zu verstehen (z.B. hohes vs. niedrig ausgeprägtes Leistungsmotiv).

Explizite Motive sind verbal klar repräsentierbar und werden von der Person selbst formuliert. Diese Art von Motiven helfen Menschen dabei, motivationale Ressourcen zu sammeln, und schützen vor Ablenkung in der Handlungsphase.

Stimmen explizite und implizite Motive überein, so fällt es leichter, ein Vorhaben in eine konkrete Handlung umzusetzen. Häufig formulieren Menschen jedoch explizite Motive, die ihren unbewussten Gewohnheiten widersprechen. In diesem Fall ist sehr viel Willenskraft notwendig, um ein anvisiertes Ziel zu erreichen.

- 3.1 Inhaltstheorien der Motivation beschreiben, welche unterschiedlichen Motive es gibt und wie sich diese systematisieren und kategorisieren lassen. Ein Beispiel ist die Bedürfnispyramide nach Maslow. Auch die Motivfelder des limbischen Systems sind hier einzuordnen.

Prozesstheorien bilden den Motivationsprozess ab, angefangen bei dem Abwägen verschiedener Handlungsalternativen bis zur Beendigung der Handlung. Beispiele sind das Rubikon-Modell der Handlungsphasen, die Instrumentalitäts-theorie, die Attributionstheorie, die Theorie der kognitiven Dissonanz und die Lerntheorien.

- 3.2 Das limbische System ist ein Hirnareal, das zwischen Stammhirn und Großhirn angesiedelt ist. Es dient der Verarbeitung von Emotionen, der Entstehung triebhaften Verhaltens und der unbewussten Verhaltenssteuerung. Das limbische System besteht aus drei Emotions- und Motivfeldern: der Balance, der Stimulanz und der Dominanz. Je nachdem, wie stark die drei Motivfelder bei einem Individuum ausgeprägt sind, lassen sich insgesamt sechs Persönlichkeitstypen unterscheiden: Bewahrer (Balance als dominantes Motivfeld), Genießer (Balance und Stimulanz als dominante Motivfelder), Hedonisten (Stimulanz als dominantes Motivfeld), Controller (Balance und Dominanz als dominante Motivfelder), Abenteurer (Dominanz und Stimulanz als dominante Motivfelder) und Performer (Dominanz als dominantes Motivfeld).
- 3.3 Positive Verstärker führen dazu, dass auf ein gezeigtes Verhalten eine positive Reaktion folgt (z.B. Lob für eine erfolgreiche Gewichtsabnahme). Von negativen Verstärkern spricht man, wenn ein Verhalten häufiger gezeigt wird, um damit unerwünschte Verhaltenskonsequenzen zu vermeiden (z.B. regelmäßig zur Kariesprophylaxe gehen, um schmerzhaften Behandlungen vorzubeugen).
- 3.4 Mit kognitiver Dissonanz wird ein innerer Spannungszustand bezeichnet, der entsteht, wenn sich das kognitive System (d.h. Einstellungen, Meinungen, Werte) im Ungleichgewicht befindet oder bestimmte Kognitionen im Widerspruch zum gezeigten Verhalten stehen. Dieser Spannungszustand löst motivationale Prozesse aus, die dazu beitragen, in das innere Gleichgewicht zurückzufinden. Dies ist zum einen möglich, indem Informationen gesucht werden, mit denen man das eigene Verhalten zu rechtfertigen versucht. Eine andere Strategie ist das Abwerten der dissonanten Information. Schließlich ist es auch möglich, die Ursache der Dissonanz zu beseitigen und das Verhalten zu ändern.
- 3.5 Die Attributionstheorie beschreibt, auf welchen Wegen Menschen Ursachenzuschreibungen vornehmen. Die Annahmen der Attributionstheorie lassen sich in die postaktionale Phase einordnen. Eine Handlung ist abgeschlossen und die Person urteilt über Erfolg bzw. Misserfolg. Von dem Ergebnis der Beurteilung hängt es ab, ob die Person ein Verhalten erneut zeigt oder ggf. bei einem erneuten Versuch andere Handlungsalternativen wählt.
- 4.1 Lineare Modelle gehen von der Annahme aus, dass das Gesundheitsverhalten einer Person in dem Maße steigt, wie bestimmte Einflussgrößen (z.B. Motivation, Einstellungen) zunehmen. Das Augenmerk linearer Modelle liegt auf der Frage, welche motivationalen Prozesse dazu beitragen, dass ein Individuum die Absicht entwickelt, gesünder als bisher zu leben. Phasenmodelle postulieren hingegen, dass sich eine Verhaltensweise nicht stetig, sondern schrittweise entwickelt. Die einzelnen Phasen lassen sich dabei anhand qualitativer bzw. zeitlicher Kriterien klar voneinander abgrenzen. Phasenmodelle ermöglichen es im Gegensatz zu linearen Modellen deshalb, Individuen einzelnen Phasen des Motivationsprozesses zuzuordnen und entsprechende spezifische Interventionsmaßnahmen abzuleiten.

- 4.2 Die Selbstwirksamkeit gibt das Ausmaß an, zu dem eine Person davon überzeugt ist, ein bestimmtes Verhalten zeigen zu können und dieses Verhalten auch in neuen und als schwierig empfundenen Situationen aufrechterhalten zu können. Unter der Handlungswirksamkeit wird die innere Überzeugung einer Person verstanden, dass es sich für sie lohnt, eine bestimmte Handlung zu ergreifen.
- 4.3 Im HAPA-Modell wird zwischen der handlungsbezogenen Selbstwirksamkeitserwartung, der aufrechterhaltungsbezogenen Selbstwirksamkeitserwartung und der wiederherstellungsbezogenen Selbstwirksamkeitserwartung unterschieden. Die handlungsbezogene Selbstwirksamkeitserwartung ist in der vorintentionalen Phase des HAPA-Modells eingeordnet. Sie gibt an, inwieweit eine Person es für realistisch hält, aus eigener Kraft einen Handlungsimpuls auszulösen. Eine aufrechterhaltungsbezogene Selbstwirksamkeit ist in der voraktionalen und aktionalen Phase des Modells förderlich. Diese Form der Selbstwirksamkeitserwartung bringt zum Ausdruck, ob eine Person sich für fähig hält, eine Handlung auszuführen und über einen längeren Zeitraum hinweg aufrechtzuerhalten. In der nachaktionalen Phase wirkt sich die wiederherstellungsbezogene Selbstwirksamkeitserwartung positiv auf das Verhalten aus. Sie gibt an, inwiefern eine Person davon überzeugt ist, auch in schwierigen Situationen (z.B. nach einem Rückfall), aus eigener Kraft eine Verhaltensweise weiterhin ausführen zu können.
- 4.4 Die Schutzmotivationstheorie legt nahe, dass durch einen Präventionsappell ein Gefühl der wahrgenommenen Bedrohung ausgelöst werden soll. Im Rahmen einer Anti-Raucher-Kampagne könnte dies beispielsweise durch Slogans wie „Rauchen kann zu einem langsamen und schmerzhaften Tod führen“ und Bilder von einer Raucherlunge erreicht werden. Präventionsappelle sollten jedoch nicht ausschließlich die negativen Konsequenzen eines Verhaltens herausstellen, sondern auch an die Handlungswirksamkeit und die Selbstwirksamkeit der Adressaten appellieren. Der Slogan „Wer das Rauchen aufgibt, verringert das Risiko tödlicher Herz-Kreislauf-Erkrankungen“ spricht beispielsweise die Handlungswirksamkeit an, indem er signalisiert, dass die Lebenserwartung steigt, wenn man mit dem Rauchen aufhört.

C. Glossar

Attribution	Prozess der Zuschreibung von Ursachen für ein bestimmtes Ereignis bzw. eine Situation. Menschen attribuieren sowohl die Ursachen für ihr eigenes Verhalten als auch für das Verhalten ihrer Mitmenschen.
Bedürfnis	Erleben eines Mangels verbunden mit dem Wunsch, diesen Mangel zu beheben.
Bedürfnispyramide	Die Bedürfnispyramide von Maslow zählt zu den Inhaltstheorien der Motivation. Sie unterscheidet zwischen fünf menschlichen Bedürfnissen, die hierarchisch aufeinander aufbauen (Physiologische Bedürfnisse, Sicherheitsbedürfnisse, soziale Bedürfnisse, Anerkennungsbedürfnisse, Selbstverwirklichungsbedürfnisse)
Behaviorismus	Forschungsrichtung in der Psychologie, die der Annahme folgt, dass ein äußerer Reiz unmittelbare Verhaltensreaktionen auslöst. Im Inneren einer Person ablaufende psychische Prozesse werden außer Acht gelassen.
Bonusprogramm	Interventionsprogramm der Krankenversicherungen, bei dem materielle Anreize (Boni) eingesetzt werden, um die Versicherten zu einer gesunden Lebensweise zu motivieren.
Einstellung	Zeitlich relativ stabile Bewertung eines Objektes/einer Person. Die Bewertung kann dabei sowohl affektiv (gefühlsmäßige Haltung gegenüber einem Objekt/einer Person) als auch kognitiv geprägt sein (subjektives Wissen gegenüber dem Einstellungsobjekt/der Person).
Ergebniserwartung	Erwartung einer Person, dass ihr Verhalten zu den beabsichtigten Ergebnissen führt.
Explizite Motive	Von einer Person selbst formulierte, verbal repräsentierbare Ziele.
Externale Attribution	Die Ursachen für ein bestimmtes Ereignis werden nicht der eigenen Person, sondern äußeren Umständen (z.B. zu schwierige Aufgabe, Pech) zugeschrieben.
Extrinsische Motivation	Motivation, die durch äußere Anreize ausgelöst wird, die sowohl materieller Natur (z.B. Boni) als auch immaterieller Natur (z.B. Lob) sein können.
Furchtappell	Botschaft, die dem Betrachter das Gefühl vermitteln soll, dass seine Gesundheit oder sogar sein Leben bedroht sind.

Gesundheitsverhalten	Sämtliche Maßnahmen, die den Gesundheitszustand einer Person beeinflussen. Hierzu zählen sowohl gesundheitsförderliche (z.B. gesunde Ernährung) als auch gesundheitsschädigende Verhaltensweisen (z.B. Rauchen).
Handlungskontrollstrategien	Prozesse, die dazu beitragen, eine Handlung auch dann aufrechtzuerhalten, wenn Barrieren und Verführungen auftreten.
Handlungswirksamkeit	Innere Überzeugung einer Person, dass es sich für sie lohnt, eine Handlung zu ergreifen.
Implizite Motive	Unbewusste, habituelle Gewohnheiten, die bereits in der frühen Kindheit erworben werden.
Imitationslernen	Auch: Beobachtungslernen. Form des Lernens, bei dem das Verhalten eines Modells beobachtet und imitiert wird. Nachgeahmt wird das Verhalten v.a. dann, wenn das Modell eine Belohnung für sein Handeln erhält.
Individuelle Ansätze der Motivation	Interventionsmaßnahmen, die auf den einzelnen Menschen ausgerichtet sind und die Möglichkeiten einer gesunden, proaktiven Lebensweise aufzeigen möchten.
Inhaltstheorien der Motivation	Motivationstheorien, die beschreiben, welche unterschiedlichen Arten von Motiven es gibt und wie sich diese systematisieren lassen. Für eine bestimmte Spezies charakteristisches angeborenes Verhaltensmuster, das nicht willentlich gesteuert wird. Das Stillen eines Babys, Schlaf oder Fluchtverhalten bei Angst sind für den Menschen typische Instinkte.
Instrumentelle Konditionierung	Auch: Operante Konditionierung. Form des Lernens, bei der Lernprozesse ausgelöst werden, indem Verhaltensweisen belohnt oder bestraft werden.
Internale Attribution	Die Ursachen für ein bestimmtes Ereignis werden der eigenen Person zugeschrieben (z.B. unzureichende Anstrengung).
Intervention	Eingriff in politische, künstlerische, militärische, pädagogische oder auch medizinische und psychologische Prozesse. In der Gesundheitspsychologie bezeichnet der Begriff Intervention die Entwicklung von Maßnahmen, die darauf abzielen, den Ausbruch von Krankheiten zu verhindern bzw. gesundheitsförderliche Ressourcen zur Verfügung zu stellen.
Intrinsische Motivation	Ausführen einer Handlung um ihrer selbst Willen. Die Handlung wird nicht durch äußere oder selbst auferlegte innere Anreize ausgelöst.

Klassische Konditionierung	Lerntheorie, die von der Annahme ausgeht, dass Menschen lernen, indem sie zwei Reize miteinander assoziieren.
Kognition	Im Inneren eines Individuums ablaufende gedankliche Prozesse wie die Entwicklung von Motiven, Einstellungen, Meinungen und Verhaltensabsichten. In der Gesundheitspsychologie zählen Kognitionen zu den zentralen Einflussgrößen auf die Herausbildung von Verhaltensabsichten und Gesundheitsverhalten.
Kognitive Dissonanz	Als unangenehm empfundener Gefühlszustand, der dadurch ausgelöst wird, dass Kognitionen (z.B. Einstellungen, Meinungen, Werte) als widersprüchlich empfunden werden bzw. bestimmte Kognitionen nicht mit dem gezeigten Verhalten vereinbar sind.
Kognitive Verhaltenstherapie	Therapeutisches Instrument, bei dem kognitive Prozesse (Veränderung ungünstiger Gedankenmuster) mit Elementen der Lerntheorien (Veränderung von Verhaltensweisen) kombiniert werden.
Lerntheorien	Theorienkomplex, der dazu dient, zu erklären auf welchen Wegen Menschen lernen. Die wichtigsten Lerntheorien sind die klassische Konditionierung, die instrumentelle Konditionierung und das Imitationslernen.
Limbisches System	Zwischen Stammhirn und Großhirn liegendes Hirnareal, das für die Verarbeitung von Emotionen und die Steuerung von triebhaftem Verhalten verantwortlich ist.
Motiv	Eine im Laufe der Sozialisation erworbene zeitlich überdauernde Handlungsbereitschaft.
Motivation	Oberbegriff für alle Prozesse, die eine Handlung auslösen, steuern und aufrechterhalten.
Motivational	Die Beweggründe betreffend, die einer Verhaltensabsicht bzw. einer Handlung zugrunde liegen.
Motivkonflikt	Widerspruch zwischen Motiven, der dazu führt, dass ein Individuum in seinem Handeln gehemmt wird.
Motivationspsychologie	Forschungsfeld innerhalb der Psychologie, das theoretische Erklärungsansätze für zielgerichtetes Verhalten entwickelt und diese mit Hilfe sozialwissenschaftlicher Methoden (z.B. Beobachtung von Verhalten, Befragung, Experiment) empirisch überprüft.

Neobehaviorismus	Forschungsrichtung der Psychologie, die anders als der Behaviorismus davon ausgeht, dass ein Reiz nicht unmittelbar zu Verhaltensreaktionen führt. Ein Reiz wird vielmehr zunächst im Inneren des Organismus verarbeitet (beispielsweise durch Lern- und Informationsverarbeitungsprozesse).
Prozesstheorien der Motivation	Motivationstheorien, die den Motivationsprozess, beginnend bei der Auswahl von Handlungsalternativen bis hin zur Handlung beschreiben.
Risikowahrnehmung	Subjektive Einschätzung der Wahrscheinlichkeit, dass ein für die Gesundheit negatives Ereignis eintritt verbunden mit der Einschätzung des Schweregrads des Ereignisses.
Schutzmotivation	Absicht eines Individuums, auf Appelle, die zur Änderung einer Risikoverhaltensweise aufrufen, entsprechend zu reagieren.
Selbstwirksamkeitserwartung	Subjektive Einschätzung einer Person, ein bestimmtes Verhalten auch in neuen und als schwierig empfundenen Situationen ausführen zu können.
Sozial-kognitive Modelle des Gesundheitsverhaltens	Modelle, die das Gesundheitsverhalten von Individuen anhand kognitiver (z.B. Motive, Einstellungen, Verhaltensabsichten) und sozialer (z.B. Unterstützung aus dem sozialen Umfeld) Einflussgrößen zu erklären versuchen.
Verhaltensabsicht	Absicht einer Person, sich ihren Einstellungen entsprechend zu verhalten.
Verstärker	Äußerer Reiz, der dazu dient, die Wahrscheinlichkeit des Auftretens eines bestimmten Verhaltens zu erhöhen.
Verstärkung	Prozess, der dazu führt, dass ein bestimmtes Verhalten künftig häufiger gezeigt wird.
Volition	Willenskraft, die darüber entscheidet, ob ein Individuum einer Motivation tatsächlich nachkommt und diese in eine Handlung umsetzt.
Volitional	Durch den Willen bestimmt.
Wahrgenommene Verhaltenskontrolle	Ausmaß, in dem sich eine Person in der Lage sieht, ein bestimmtes Verhalten zu zeigen und eventuell auftretende Barrieren bewältigen zu können.

D. Literaturverzeichnis

- Achtziger, A.; Gollwitzer, P. M. (2010). *Motivation und Volition im Handlungsverlauf*. In: Heckhausen, J.; Heckhausen, H. (Hrsg.): *Motivation und Handeln*. 4. Auflage. Heidelberg: Springer, S. 309–336.
- Ajzen, I. (1991). *The Theory of Planned Behavior*. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50 (2), S. 179–211.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and Coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Aronson, E.; Wilson, T. D.; Akert, R. M. (2008). *Sozialpsychologie*. 6. Auflage. München: Pearson.
- Aronson, E.; Fried, C.; Stone, J. (1991). *Overcoming Denial and Increasing the Intention to Use Condoms Through the Induction of Hypocrisy*. *American Journal of Public Health*, 81 (4), S. 1636–1638.
- Aronson, J. M.; Cohen, G.; Nail, P. R. (1999). *Self-Affirmation Theory: An Update and Appraisal*. In: Harmon-Jones, E.; Mills, J. S. (Hrsg.): *Cognitive Dissonance: Progress on a Pivotal Theory in Social Psychology*. Washington: American Psychological Association, S. 127–147.
- Bandura, A. (1965). *Influence of Models Reinforcement Contingencies on the Acquisition of Imitative Response*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1 (6), S. 589–595.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action. A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Bear, F. M.; Connors, B. W.; Paradiso, M. A. (2009). *Neurowissenschaften. Ein Grundlegendes Lehrbuch für Biologie, Medizin und Psychologie*. 3. Auflage, Heidelberg: Spektrum.
- Beckmann, J.; Heckhausen, H. (2010a). *Motivation durch Erwartung und Anreiz*. In: Heckhausen, J.; Heckhausen, H. (Hrsg.): *Motivation und Handeln*. 4. Auflage, Heidelberg: Springer, S. 105–143.
- Beckmann, J.; Heckhausen, H. (2010b). *Situative Determinanten des Verhaltens*. In: Heckhausen, J.; Heckhausen, H. (Hrsg.): *Motivation und Handeln*. 4. Auflage, Heidelberg: Springer, S. 73–104.
- Brand, M.; Ion, F. (2010). *Entspannung verzweifelt gesucht*. In: Kaiser, S.; Ringlstetter, M. J. (Hrsg.): *Work-Life-Balance: Erfolgversprechende Konzepte und Instrumente für Extremjobber*. Berlin: Springer, S. 227–241.
- Brehm, J. W. (1956). *Post Decision Changes in the Desirability of Alternatives*. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 52 (3), S. 384–389.
- Brehm, J. W.; Cohen, A. R. (1962). *Explorations in Cognitive Dissonance*. New York: Wiley.
- Curt, G. A.; Breitbart, W.; Cella, D. (2000). *Impact of Cancer-Related Fatigue on the Lives of Patients: New Findings from the Fatigue Coalition*. *The Oncologist*, 5 (5), S. 353–360.

- Deci, E. L.; Ryan, R. M. (1993). *Die Selbstbestimmungstheorie der Motivation und ihre Bedeutung für die Pädagogik*. Zeitschrift für Pädagogik, 39 (2), S. 223–238.
- Faltins, R. (2010). *Bio-Lebensmittel in Deutschland. Kaufbarrieren und Vermarktung*. Hamburg: Diplomica.
- Faselt, F.; Hoffmann, S. (2010). *Schutzmotivationstheorie*. In: Hoffmann, S.; Müller, S. (Hrsg.): *Gesundheitsmarketing: Gesundheitspsychologie und Prävention*. Bern: Hans Huber, S. 45–54.
- Faselt, F.; Hoffmann, S. (2010b). *Sozial-kognitives Prozessmodell gesundheitlichen Handelns*. In: Hoffmann, S.; Müller, S. (Hrsg.): *Gesundheitsmarketing: Gesundheitspsychologie und Prävention*. Bern: Hans Huber, S. 89–99.
- Festinger, L. (1957). *A Theory of Cognitive Dissonance*. Evanston: Row Peterson.
- Floyd, D. L.; Prentice-Dunn, S.; Rogers, R. W. (2000). *A Meta-Analysis of Research on Protection Motivation Theory*. Journal of Applied Social Psychology, 30 (2), S. 407–429.
- Freud, S. (1915). *Triebe und Triebchicksale*. Gesammelte Werke, Band 10. Frankfurt: Fischer.
- Gerrig, R. J.; Zimbardo, P. G. (2008). *Psychologie*. 18. Auflage, München: Pearson Studium.
- Häusel, H.-G. (2005). *Think Limbic*. 3. Auflage, Freiburg: Haufe.
- Häusel, H.-G. (2007). *Limbic®: Die unbewussten Emotionswelten im Kundengehirn kennen und treffen*. In: Häusel, H. G. (Hrsg.): *Neuromarketing*. München: Haufe, S. 60–86.
- Heckhausen, H. (1977). *Motivation. Kognitionspsychologische Aufspaltung eines summarischen Konstrukts*. Psychologische Rundschau, 28 (2), S. 175–189.
- Heckhausen, H.; Gollwitzer, P. M. (1987). *Thought Contents and Cognitive Functioning in Motivational Versus Volitional States of Mind*. Motivation and Emotion, 11 (2), S. 101–120.
- Hoffmann, S. (2012). *Psychologische Grundlagen des Gesundheitsmarketing*. Der Betriebswirt, 53 (3), S. 10–14.
- Hoffmann, S.; Faselt, F. (2012). *Gesundheitspsychologie: Sozialkognitive Ansätze zur Erklärung des Gesundheitsverhaltens von Konsumenten*. In: Hoffmann, S.; Schwarz, U.; Mai, R. (Hrsg.): *Angewandtes Gesundheitsmarketing*. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 31–44.
- IKK-Bundesverband (2008). *Leitfaden Prävention*. Bergisch Gladbach.
- Krapp, A. (1999). *Intrinsische Lernmotivation und Interesse: Forschungsansätze und konzeptuelle Überlegungen*. Zeitschrift für Pädagogik, 44 (3), S. 387–406.
- Krapp, A. (2005). *Das Konzept der grundlegenden psychologischen Bedürfnisse: Ein Erklärungsansatz für die positiven Effekte von Wohlbefinden und intrinsischer Motivation im Lehr- Lerngeschehen*. Zeitschrift für Pädagogik, 51 (5), S. 626–641.

- Kuhl, J. (2001). *Motivation und Persönlichkeit. Die Interaktion psychischer Systeme*. Göttingen: Hogrefe.
- Leventhal, H.; Mora, P. A. (2008). *Predicting Outcomes or Modeling Process? Commentary on the Health Action Process Approach*. *Applied Psychology: An International Review*, 57 (1), S. 51–65.
- Luszczynska, A.; Schwarzer, R. (2003). *Planning and Self-Efficacy in the Adoption and Maintenance of Breast Self-Examination: A Longitudinal Study on Self-Regulatory Cognitions*. *Psychology and Health*, 18 (1), S. 93–108.
- Maslow, A. (1970). *Motivation and Personality*. New York: Harper & Row.
- McDougall, W. (1932). *The Energies of Men*. London: Methuen.
- Milne, S.; Orbell, S.; Sheeran, P. (2002). *Combining Motivational and Volitional Interventions to Promote Exercise Participation: Protection Motivation Theory and Implementation Intentions*. *British Journal of Health Psychology*, 7 (2), S. 163–184.
- Mindzone (2013). *Crystal / Crystal-Speed / Crystal-Meth*.
<http://www.mindzone.info/drogen/crystal> (20.03.2013).
- Murray, H. A. (1938). *Explorations in Personality*. New York: Oxford University Press.
- Norman, P.; Conner, M. (2005): *Predicting and Changing Behavior: Future Directions*. In: Conner, M.; Norman, P. (Hrsg.): *Predicting Health Behavior*. 2. Auflage. Berkshire: Open University Press, S. 324–371.
- Oberender, P.; Hebborn, A.; Zerth, J. (2002). *Wachstumsmarkt Gesundheit*. Stuttgart: Lucius & Lucius.
- Pavlov, I. P. (1928). *Conditioned Reflexes*. London: University Press.
- Philipps, U. (2004). *Evaluation gesundheitsfördernder Maßnahmen bezüglich des Ernährungsverhaltens von Grundschulkindern*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Puca, R. M.; Langens, T. A. (2002). *Motivation*. In: Müssler, J.; Prinz, W. (Hrsg.): *Allgemeine Psychologie*. Heidelberg: Spektrum, S. 224–269.
- Reifegerste, D. (2012). *Zielgruppenspezifische Präventionsbotschaften: Implikationen evolutionärer Motive jugendlichen Risikoverhaltens*. Baden Baden: Nomos.
- Rheinberg, F. (1995). *Motivation*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Rheinberg, F. (2010). *Intrinsische Motivation und Flow-Erleben*. In: Heckhausen, J.; Heckhausen, H. (Hrsg.): *Motivation und Handeln*. 5. Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Robert Koch-Institut (2010). *Depressive Erkrankungen*. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, (51), Berlin.
- Rogers, R. W. (1975). *A Protection Motivation Theory of Fear Appeals and Attitude Change*. *Journal of Psychology*, 91 (1), S. 93–114.

- Rudolph, U.; Schweizer, J.; Thomas, A. (2006). *Kontrollüberzeugung und subjektive Lebensqualität bei chronischen Erkrankungen*. Prävention und Gesundheitsförderung, 1 (3), 182–189.
- Scherenberg, V. (2012). *Potenziale des Neuromarketing für die Gestaltung von Gesundheitskampagnen*. In: Hoffmann, S.; Schwarz, U.; Mai, R. (Hrsg.): Angewandtes Gesundheitsmarketing. Wiesbaden: Gabler Springer, S. 147–160.
- Scherenberg, V.; Greiner, W. (2008). *Präventive Bonusprogramme. Auf dem Weg zur Überwindung des Präventionsdilemmas*. Bern: Hans Huber.
- Schmalt, H.-D.; Langens, T. A. (2009). *Motivation*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schwarz, U.; Hutter, K. (2012). *Marketing-Management: Wie sich das Verhalten von Konsumenten beeinflussen lässt*. In: Hoffmann, S.; Schwarz, U.; Mai, R. (Hrsg.): Angewandtes Gesundheitsmarketing. Wiesbaden: Springer Gabler, S. 45–56.
- Schwarzer, R. (1992). *Self-Efficacy in the Adoption and Maintenance of Health Behaviors: Theoretical Approaches and a New Model*. In: Schwarzer, R. (Hrsg.): Self-Efficacy: Thought Control of Action. Washington: Hemisphere Publishing Corporation, S. 217–243.
- Schwarzer, R. (2005). *Gesundheitspsychologie. Enzyklopädie der Psychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Semple, S.; Patterson, T.; Grant, I. (2000). *Partner Type and Sexual Risk Behavior Among HIV Positive Gay and Bisexual Men: Social Cognitive Correlates*. AIDS Education & Prevention, 12 (4), S. 340–365.
- Seibt, A. C. (2010). *Attributionstheorie*. <http://www.leitbegriffe.bzga.de/?uid=10bd8068189f679d0b1cd7575aed2163&id=angebote&idx=118>. (19.03.2013)
- Seydel, E.; Taal, E.; Wiegman, O. (1990). *Risk-Appraisal, Outcome and Self-Efficacy Expectancies: Cognitive Factors in Preventive Behaviour Related to Cancer*. Psychology and Health, 4 (2), S. 99–109.
- Skinner, B. F. (1938). *The Behavior of Organisms. An Experimental Approach*. New York: Appleton-Century.
- Steele, C. M. (1988). *The Psychology of Self-Affirmation: Sustaining the Integrity of the Self*. In: Berkowitz, L. (Hrsg.): Advances in Experimental Social Psychology, 21, New York: Academic Press, S. 261–302.
- Steinmann, H.; Schreyögg, G. (2005). *Management: Grundlagen der Unternehmensführung*. 6. Auflage, Wiesbaden: Gabler.
- Stiensmeier-Pelster, J.; Heckhausen, H. (2010). *Kausalattributionen von Verhalten und Leistung*. In: Heckhausen, J.; Heckhausen, H. (Hrsg.): Motivation und Handeln. 4. Auflage. Wiesbaden: Springer, S. 389–426.
- Taylor, S. E. (1989). *Positive Illusions: Creative Self-Deception and the Healthy Mind*. New York: Basic Books.

- Taylor, S. E.; Armor, D. (1996). *Positive Illusions and Coping with Adversity*. Journal of Personality, 64 (4), S. 873–898.
- Vroom, V. H. (1964). *Work and Motivation*. New York: Wiley.
- Weiner, B.; Frieze, I. H.; Kukla, A.; Reed, L.; Rest, S.; Rosenbaum, R. M. (1971). *Perceiving the Causes of Success and Failure*. In: Jones, E. E.; Kanouse, D. E.; Kelley, H. H.; Nisbett, R. E.; Valins, S.; Weiner, B. (Hrsg.): Attribution: Perceiving the Causes of Behavior. Morristown, NJ: General Learning Press, S. 95–120.
- Weiner, B. (1994). *Motivationspsychologie*. 3. Auflage. Weinheim: PVU.
- Weinert, A. (1998). *Organisationspsychologie*. 4. Auflage. Weinheim: Beltz.
- Wulfhorst, B. (2008). *Gesundheitsförderung und Prävention im Betrieb*. In: Bals, T.; Hansens, A.; Melzer, W. (Hrsg.): Gesundheitsförderung in pädagogischen Settings. Ein Überblick über Präventionsansätze in zielgruppenorientierten Lebenswelten, Weinheim: Juventa, S. 81–98.
- Ziegelmann, J. P. (2004). *Gesundheits- und Risikoverhalten*. In: Schwarzer, R.; Jerusalem, M.; Weber, H. (Hrsg.): Gesundheitspsychologie von A-Z, Göttingen: Hogrefe, S. 152–155.
- Zimbardo, P. G.; Gerrig, R. J. (2008). *Psychologie*. 18. Auflage. München: Pearson Studium.
- ZNS – Hannelore Kohl Stiftung (2004). *ZNS-Präventionskampagne 2004*. http://www.hannelore-kohl-stiftung.de/Praevention/Kampagne/kampagne_2004.html (18.06.2013).

E. Abbildungsverzeichnis

Abb. 1.1	Einordnung der Motivation in das S-O-R-Modell	4
Abb. 1.2	Theorien und Modelle der Motivation im Überblick	7
Abb. 2.1	Grundmodell der Motivationspsychologie	11
Abb. 2.2	Vermittelnde Rolle der Volition	13
Abb. 2.3	Abgrenzung von intrinsischer und extrinsischer Motivation	15
Abb. 2.4	Beispiele für Motivlisten	19
Abb. 3.1	Bedürfnispyramide nach Maslow am Beispiel des Kaufs von Bio-Lebensmitteln	23
Abb. 3.2	Durch eine Präventionskampagne aktivierte Emotionen im limbischen System	27
Abb. 3.3	Grundmodell der Instrumentalitätstheorie	28
Abb. 3.4	Rubikon-Modell der Handlungsphasen	31
Abb. 3.5	Stadienmodell attributionaler Aktivität	40
Abb. 3.6	Prozess der klassischen Konditionierung am Beispiel der Pawlow'schen Untersuchung	42
Abb. 3.7	Lernen durch Verstärkung und Bestrafung	43
Abb. 3.8	Phasenmodell des Imitationslernens	46
Abb. 4.1	Schutzmotivationstheorie	50
Abb. 4.2	Sozial-kognitive Theorie	52
Abb. 4.3	HAPA-Modell	55

F. Tabellenverzeichnis

Tab. 1.1	Typische Fragestellungen der Motivationspsychologie	5
Tab. 1.2	Beispiele für Maßnahmen nach dem individuellen Ansatz.....	8
Tab. 3.1	Limbische Typen und deren Charakterisierung	26
Tab. 3.2	Beispiele für das Rechtfertigen von Risikoverhaltensweisen	34
Tab. 3.3	Weiterentwicklungen der Theorie der kognitiven Dissonanz.....	36
Tab. 3.4	Vier-Felder-Schema der Ursachenzuschreibung.....	38

G. Sachwortverzeichnis

A		Instrumentalitätserwartung.....	27
Actors	57	Instrumentalitätstheorie	27
Ansatz		Intenders	57
individueller	7, 8	Internal.....	37
Appetenz	12	K	
Appetenz-Aversions-Konflikt	12	Konditionierung.....	41
Attribution		L	
externale	37	Lerntheorie	6
Aversion	12	M	
B		Modell	
Bedürfnispyramide	22	motivationale	6
Behaviorismus	47	Motiv	
Bestrafung		explizites	19
negative	44	implizites	19
positive	44	Motivation	4, 12
D		extrinsische	14
Defizitprinzip	23	intrinsische	13
Depression	40	Motivationspsychologie	4
Doppelter Appetenz-Aversions-		Motive	12
Konflikt	12	Motivkonflikt	11
E		N	
Ergebniserwartung	27, 52	Neo-Behaviorismus	47
Erwartungs-Wert-Theorien	28	Non-Intenders	56
F		P	
Furchtappelle	24	Prävention	8
G		Primärbedürfnis	18
Gesundheitsförderung.....	8	Progressionsprinzip	23
Großhirn	25	Prozess	
H		aktivierender	3
Handlungskontrollstrategie	31	kognitiver	3
Health Action Process Approach, HAPA		Prozesstheorie	6
53		R	
Hirnforschung	25	Regulation	
I		externale	15
Inhaltstheorie	6	identifizierte	16
Instinkt	18	integrierte	16
		introjierte	15

Rubikon	30
Rubikon-Modell	29
 S	
Schutzmotivation	50
Sekundärbedürfnis	18
Selbstregulationstraining	32
Selbstwirksamkeitserwartung	52
Setting-Ansatz	7
S-O-R-Modell	3
Sozialisation	11
Stadienmodell	6
Stammhirn	25
Stimulus	41
System	
limbisches	25
 T	
Trieb	18
 V	
Valenz	27
Verhaltensprävention	8
Verhaltenstherapie	
kognitive	46
Verhältnisprävention	8
Verstärker	43
negativer	43
positiver	43
Volition	12
 W	
Wertungsdisposition	11
 Z	
Zielorientierung	10

H. Einsendeaufgabe

Motivation und Gesundheitsverhalten

Online-Code:

MOTIH01-XX1-A03

Name:	Vorname:
Postleitzahl und Ort:	Straße:
Matrikel-Nr.:	Studiengangs-Nr.:
Heftkürzel: MOTIH01	Druck-Code: 0819A03

Tutor/-in:

Datum:

Note:

Unterschrift:

Bitte beachten Sie die Standards zu Einsende- und Fallaufgaben auf dem Online-Campus in der Bibliothek.

1. Worin unterscheiden sich Inhaltstheorien, Prozesstheorien und Lerntheorien? Führen Sie für jeden Bereich jeweils eine Motivationstheorie an.
6 Pkt.
2. Inwiefern ist das neo-behavioristische S-O-R-Modell eine Weiterentwicklung des behavioristischen S-R-Modells? Lassen sich die Lerntheorien der klassischen Konditionierung, der instrumentellen Konditionierung und des Imitationslernens dem Behaviorismus oder dem Neo-Behaviorismus zuordnen?
5 Pkt.
3. Was versteht man unter Gesundheitsverhalten? Nennen Sie je zwei Beispiele für gesundheitsförderliche und gesundheitsschädigende Verhaltensweisen.
5 Pkt.
4. Erläutern Sie, warum es sich in dem folgenden Beispiel um eine nicht-konforme Anreiz-Handlungs-Situation handelt.
„Herr Meier ist sich bewusst, dass Rauchen der Gesundheit schadet und im schlimmsten Fall auch tödliche Folgen haben kann. Dennoch greift er täglich zu Zigaretten, weil das Rauchen für ihn mit positiven Assoziationen wie Entspannung und Stressreduktion verbunden ist.“
6 Pkt.
5. Welche vier Arten von Motivkonflikten unterscheidet die Motivationspsychologie? Nennen Sie jeweils ein Beispiel.
8 Pkt.

6. Welche der folgenden Aussagen treffen auf den Begriff der Volition zu? Kreuzen Sie alle aus Ihrer Sicht richtigen Antworten an. Haben Sie alle Antworten richtig ausgewählt, erhalten Sie fünf Punkte. Für jede falsche Antwort wird Ihnen ein Punkt abgezogen.
- a) Die Phase der Volition ist realisierungsorientiert.
 - b) Die Phase der Volition definiert den Zeitpunkt, in dem eine Person bereit ist zu handeln.
 - c) Im Grundmodell der Motivationspsychologie ist die Phase der Volition der Phase der Motivation nachgelagert.
 - d) Die Phase der Volition lässt sich in drei Teilprozesse unterteilen: Die Absichtsbildung, die Handlungsinitiierung und die Handlung selbst.
 - e) Die Volition beschreibt Prozesse, die durch den Willen gesteuert werden.

5 Pkt.

7. Ergänzen Sie die folgenden Sätze.

- a) Führt eine Person ein Verhalten allein um der Handlung selbst Willen durch, spricht man von Motivation. Motivation liegt vor, wenn das Verhalten durch äußere Anreize oder die Person selbst formulierte Anreize ausgelöst wird.
- b) Die intrinsische Motivation lässt sich weiter differenzieren. Ist eine Person motiviert, weil sie sich sehr für die Handlung an sich interessiert (z. B. Interesse an der Philosophie des Yoga), spricht man von intrinsischer Motivation. Handelt man aufgrund der mit dem Verhalten verbundenen positiven emotionalen Konsequenzen (z. B. Spaß und Entspannung beim Yoga), dann liegt intrinsische Motivation vor.

4 Pkt.

8. Nennen Sie die fünf von Maslow vorgeschlagenen Bedürfnisarten und legen Sie dar, wie diese hierarchisch aufeinander aufbauen. Welche Kritik wird an der strengen Stufenabfolge geäußert? Erläutern Sie, was man im Zusammenhang mit Maslows Bedürfnispyramide unter dem Defizitprinzip und dem Progressionsprinzip versteht.

12 Pkt.

9. Welche drei Motivfelder des limbischen Systems lassen sich unterscheiden? Wie lassen sich diese charakterisieren?

6 Pkt.

10. Setzen Sie in den Lückentext ein, um welche der im Studienheft vorgestellten Prozesstheorien es sich jeweils handelt.

- a) Die- Theorie erklärt, welche motivationalen Prozesse ablaufen, wenn eine Person ein Ungleichgewicht zwischen ihren Kognitionen (Einstellungen, Meinungen, Werten) und dem gezeigten Verhalten wahrnimmt.
- b) Das- Modell unterscheidet zwischen motivationalen und volitionalen Phasen. Es bildet den gesamten Motivationsprozess vom Abwägen der Handlungsalternativen bis zur Bewertung der Handlungsergebnisse ab.

- c) Die – Theorie postuliert, dass sich aus der Art und Weise, wie Menschen Ursachen für bestimmte Ereignisse zuschreiben, die Motivation für künftiges Verhalten ableiten lässt.

3 Pkt.

11. Nennen Sie die zentralen Annahmen, die den Erwartungs-Wert-Theorien zugrunde liegen. Warum treffen diese Annahmen auf das Gesundheitsverhalten häufig nicht zu?

5 Pkt.

12. Die instrumentelle Konditionierung geht von der Annahme aus, dass Verhaltensänderungen durch ein System von Belohnungen und Bestrafungen ausgelöst werden. Definieren Sie am Beispiel der Gesundheitsverhaltensweise „gesunde Ernährung“ was man unter einem Verstärker und einer Bestrafung versteht. Sollte man, um Kinder an das Thema „gesunde Ernährung“ heranzuführen, eher zu Verstärkern oder zu Bestrafungen greifen? Legen Sie hierzu Ihre Meinung dar.

12 Pkt.

13. Das Rubikon-Modell der Handlungsphasen spricht der Entwicklung von Handlungskontrollstrategien eine wichtige Rolle zu. Was versteht man unter Handlungskontrollstrategien? Kommen diese in den motivationalen oder den volitionalen Phasen des Modells zur Anwendung? Wie finden Handlungskontrollstrategien in der Präventionspraxis Einsatz?

9 Pkt.

14. Welche der folgenden Aussagen treffen auf die Theorie des instrumentellen Konditionierens zu? Wenn Sie alle Aussagen richtig ausgewählt haben, erhalten Sie fünf Punkte. Für jede falsche Antwort wird Ihnen ein Punkt abgezogen.

- a) Die Theorie des instrumentellen Konditionierens zählt zu den neo-behavioristischen Lerntheorien.
- b) Instrumentelle Reaktionen werden wie auch klassisch konditioniertes Verhalten durch äußere Reize ausgelöst.
- c) Von positiver Bestrafung spricht man, wenn auf ein bestimmtes Verhalten ein negativer Reiz folgt. Die Wahrscheinlichkeit, das Verhalten wiederholt zu zeigen, steigt hierdurch.
- d) Verstärkung macht Verhaltensweisen wahrscheinlicher, Bestrafung führt dazu, dass Verhaltensweisen gehemmt werden.
- e) Für die Initiierung einer gesunden Lebensweise stellt es sich als schwierig heraus, dass viele gesundheitsschädigende Verhaltensweisen (z.B. Rauchen, Verzehr von Fast Food) einen bestrafenden Charakter haben.

5 Pkt.

15. Wie wird im Rahmen der Schutzmotivationstheorie die Komponente der Schutzmotivation definiert? Erläutern Sie, welche zwei Prozesse ein Individuum durchlaufen muss, damit eine Schutzmotivation entsteht.

9 Pkt.



© APOLLON Hochschule

Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck – auch auszugsweise – nicht gestattet.

Fragen und Anregungen direkt zum Studienheft bitte an folgende Adresse: autor@apollon-hochschule.de

Wir stellen dann für Sie den Kontakt zur Autorin/zum Autor her.