Gesundheitspsychologie Grundlagen - Vorlesung –

Modul 2.2
1. Semester Angewandte Gesundheitswissenschaft

Prof. Dr. Silvia Queri

Hinweise zur Verwendung

- Bitte beachten Sie das Urheberrecht!
- Alle Materialien dieser Vorlesung/Veranstaltung sind – auch wenn sie nicht ausdrücklich gekennzeichnet sind – urheberrechtlich geschützt! Eine Zitation der Folien ist nicht gestattet, da dadurch die Rechte Dritter verletzt werden könnten.
- Sie dienen ausschließlich Ihrem persönlichen Gebrauch im Rahmen dieser Vorlesung/Veranstaltung.
- Die Materialien dürfen insbesondere nicht weiter verbreitet werden.
- D.h., der Foliensatz oder einzelne Auszüge daraus dürfen nicht weiterkopiert, an anderer Stelle veröffentlicht oder elektronisch bereitgestellt werden.
- Eigene Video- oder Audio-Aufzeichnungen der Vorlesung/Veranstaltung sind leider nicht gestattet.
- Zuwiderhandlungen werden zur Anzeige gebracht.

„Gesundheit ist alles, ohne Gesundheit ist alles nichts“
(Schopenhauer, 1851)

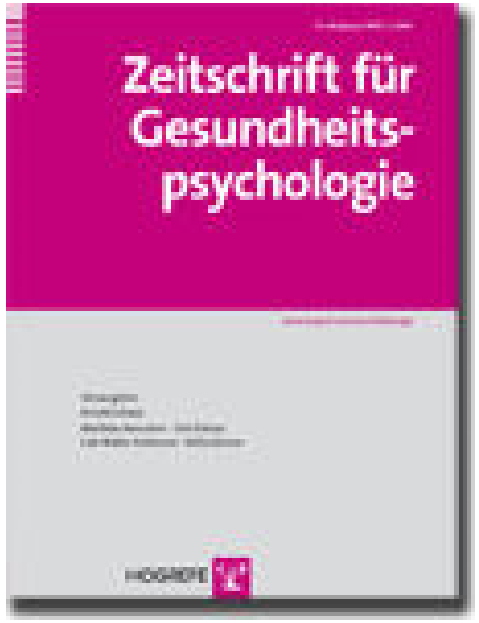
Literatur

Lehrbücher:

a) Renneberg & Hammelstein (2006). Gesundheitspsychologie, Springer Verlag
b) Schwarzer, 3. Auflage (2004). Psychologie des Gesundheitsverhaltens, Hogrefe Verlag
c) Hurrelmann, Laaser & Razum (2006). Handbuch Gesundheitswissenschaften

+ Artikel/Studien publiziert in einschlägigen Journals zu den jeweiligen Themen (siehe dort)

Health
Psychology


Zeitschrift für
Gesundheits-
psychologie

JOURNAL OF
HEALTH
PSYCHOLOGY

International Journal of
Clinical and Health
Psychology
Director / Editor:
Directores Asociados / Associate Editors:

Psychology & Health

British Journal of
Health
Psychology

Inhalt

1. Definition Gesundheitspsychologie

2. Gesundheit, Krankheit (Begriffsbestimmung)

a) Pathogenese vs. Salutogenese

b) Resilienz

c) Positive Psychologie (Kausalattribution)

d) Lebensqualität

e) Salutotherapie

Inhalt

3. Theorien/Modelle des Gesundheitsverhaltens

- Motivationale Modelle zur Absichtsbildung

- Modell gesundheitlicher Überzeugungen/Health-Belief-Model/HBM
- Theorie der Schutzmotivation/Protection Motivation Theory/PMT
- Theorie des geplanten Verhaltens/Theory of Planned Behavior/TPB
- Sozial-kognitive Theorie/Social Cognitive Theory/SCT

- Volitionales Modell

- Rubikonmodell

Inhalt

- Lerntheoretisches Modell

- Theorie der erlernten Sorglosigkeit

- Stadienmodell

- Transtheoretisches Modell/Transtheoretical Model/TTM

- Hybridmodell

- Sozialkognitives Prozessmodell des Gesundheitsverhaltens/Health Action Process Approach/HAPA

Inhalt

4. Persönlichkeitsmerkmale und Gesundheit/Krankheit

a) Sensation Seeking
b) Emotionserleben/-ausdruck
c) Religiosität/Spiritualität
d) Typ A-Persönlichkeit
e) ‚Krebspersönlichkeit‘

„Von der Drogenbeauftragte der Bundesregierung kommt ein neuer Vorschlag, Alkohol- und Drogenmissbrauch bei Jugendlichen einzudämmen: ein neues Schulfach namens "Gesundes Leben…..“

Persönliche Kompetenzen stärken,

„Crystal Speed oder Crystal gilt als gefährliche Droge mit hohem Suchtpotential. Der Bundesgerichtshof hat deshalb beschlossen, die Strafbarkeit bei Crystal zukünftig zu verschärfen - das heißt, den Besitz der Droge auch schon bei sehr kleinen Mengen zu bestrafen. „

aber auch sozialen Kontext beeinflussen!

Nicht Inhalt

5. Sozialpsychologische/soziologische Aspekte zu Gesundheit

a) soziale Unterstützung

b) Nudging

c) sozial vermittelter Lebensstil (Gesundheitsverhalten) → Gesundheitssoziologie

Grundlagen:
1. Definition Gesundheitspsychologie

GP ist die Wissenschaft vom **Erleben und Verhalten** des Menschen **in Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit** (beschreiben, erklären, vorhersagen und verändern).

- Hauptziel: Risiko- und Gesundheitsverhalten
- psychische *und* soziale Einflussgrößen (+Wechselwirkungen) auf körperliche Erkrankungen/Behinderungen

→ **Biopsychosoziale Modellvorstellung**

Grundlagen:
1. Definition Gesundheitspsychologie

Fragen der GP:

-Warum gibt es **interindividuelle Unterschiede im Gesundheitsverhalten und -erleben**? Was fördert/hemmt Gesundheitsverhalten?

-Wer wird krank und warum **(Risiko- und Schutzfaktoren/Epidemiologie)**?

Grundlagen:
1. Definition Gesundheitspsychologie

-*Wie können Krankheiten verhindert* ***(Gesundheitsförderung/Prävention)*** *werden?*

-Welche interindividuellen Unterschiede gibt es im **Umgang mit Krankheit/Coping**? Warum geht es einigen trotzdem gut und anderen bei gleicher Erkrankung nicht?

Grundlagen:
1. Definition Gesundheitspsychologie

- Junge Disziplin der Psychologie (Nachbardisziplinen v.a. Klinische Psychologie, Allgemeine Psychologie, Sozialpsychologie, ökologische Psychologie)
- Empirisch orientiert
- Teil der **Gesundheitswissenschaften/Public Health** →zahlreiche **Teildisziplinen**: Medizin, **Gesundheitspsychologie**, Medizin-Soziologie, Humanbiologie/Genetik, Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik etc.

Grundlagen: 2. Gesundheit und Krankheit: Pathogenese vs. Salutogenese

Erste *positive* Definition:

Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen. (WHO 1948)

Pathogenese vs. Salutogenese

Erfassung von Gesundheit:

-subjektiv

-objektiv

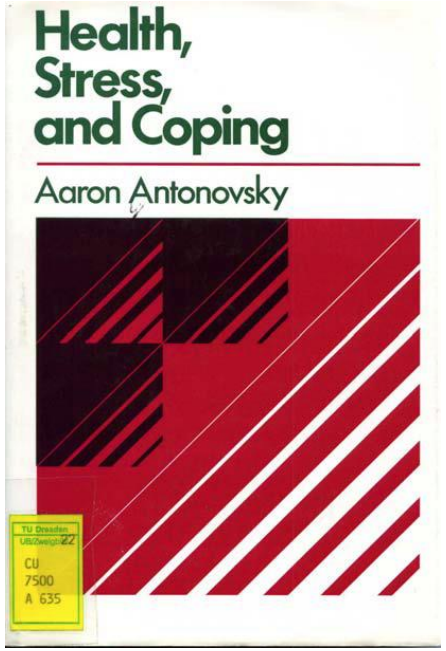
→Jeweils basierend auf **subjektiven Theorien** (Annahmen über Krankheitsursachen und Wirkungszusammenhänge):

a) **Biomedizinisches Modell (pathogenetisch):** krank oder gesund (dichotom)

b) **Biopsychosoziales Modell (salutogenetisch):** ganzheitlich (Kontexteinflüsse)

PSYCHO
Verhalten (inklusive Coping)
Kognitionen (inkl. Wahrnehmung von Stressoren)
Emotionen
SPIRITUELL
BIO
Viren
Bakterien
Verletzungen
Gen. Disposition
SOZIAL
Sozioökonomischer Status
Ethnische Zugehörigkeit
Soziale Netzwerke (Arbeits-, Wohn- und Lebensverhältnisse)

Pathogenese vs. Salutogenese



- Hauptvertreter biopsychosoziales Modell: **Antonovsky** (1987, Untersuchungen an Holocaust-Überlebenden)
- **Zentrale Frage:** was hält einen Menschen trotz widriger Umstände gesund?
- Stressbewältigungsmodell (im Sinne eines Resilienzmodells = Anpassung trotz vorhandener Risikofaktoren)

Prologue: Evolution of a New Perspective

(Antonovsky, 1979)

A statistically significant difference between groups simply means that more of Group A than of Group B are high than can be accounted for by chance. It does not mean that no one in Group B is high. More than a few women among the concentration camp survivors were well adapted, no matter how adaptation was measured. Despite having lived through the most inconceivably inhuman experience, followed by Displaced Persons camps, illegal immigration to Palestine, internment in Cyprus by the British, the Israeli War of Independence, a lengthy period of economic austerity, the Sinai War of 1956, and the Six Day War of 1967 (to mention only the highlights), some women were reasonably healthy and happy, had raised families, worked, had friends, and were involved in community activities.

Pathogenese vs. Salutogenese

<u>Modell:</u>

-subjektive Einordnung auf Krankheits-Gesundheits-*Kontinuum* (die beiden Enden aber ohne Sinn) → FOLIE

-zunächst vier Indikatoren, die **bestimmen, wo auf dem Kontinuum** sich ein Mensch einordnet:

a) Schmerzerleben

b) Beeinträchtigung von Funktionen/ICF! (d.h., wenn objektive Krankheit vorliegt, aber es gelingt, die Funktionsfähigkeit aufrecht zu erhalten, dann nicht unbedingt krank! s. Altern)

c) Handlungsimplikationen

d) Prognose

→ keine positive Definition von Gesundheit von Antonovsky (keine Norm vorgeben!)

HEDE-Kontinuum

- Im **pathogenetischen Modell** ist man **entweder gesund oder krank**, im salutogenetischen Modell eher krank oder eher gesund - je nachdem, ob man sich näher am einen oder am anderen Pol befindet.
- **Antonovsky beschreibt den Unterschied in einer Metapher**: *Der Fluss des Lebens, in dem wir uns alle befinden, fließt nicht stetig und gerade, sondern er hat Biegungen und unterschiedliche Fließgeschwindigkeiten, Stromschnellen und Strudel. Alle müssen Energie aufwenden, um den Kopf über Wasser halten zu können, und je nach Beschaffenheit des Flusses und den individuellen Fähigkeiten und Fertigkeiten kommen die Menschen mehr oder weniger gut voran. Niemand aber geht - so wie es das pathogenetische Modell mit seiner Dichotomie von gesund und krank vorgibt - trockenen Fußes am Ufer entlang und macht sich nur in Ausnahmefällen die Füße nass.*
- Die **Endpunkte des Kontinuums** bezeichnet Antonovsky **als *Health-ease* und *Dis-ease*** und das Kontinuum entsprechend als *HEDE-Kontinuum*.

Pathogenese vs. Salutogenese

- **erweitert** pathogenetisches Modell um salutogenetische Sicht → Risiko- *und* Schutzfaktoren (PRÄVENTIONSGEDANKE kommt auf)
- **Forschung: Vier zentrale Einflussgrößen auf Gesundheit (Stresstheorie)**

-Stress (im Sinne von Risiken/Belastungen)

-Bewältigungsstrategien

-generelle Widerstandsressourcen

-Kohärenzgefühl (Sinnhaftigkeit, Verstehbarkeit, Bewältigbarkeit)

SOC Sence of Coherence (Dt. Skala von Schumacher et al. 2000)

- Z.B.

Die Dinge, die Sie täglich tun, sind für Sie

a) eine Quelle tiefer Freude und Befriedigung?

b) eine Quelle von Schmerz und Langeweile?

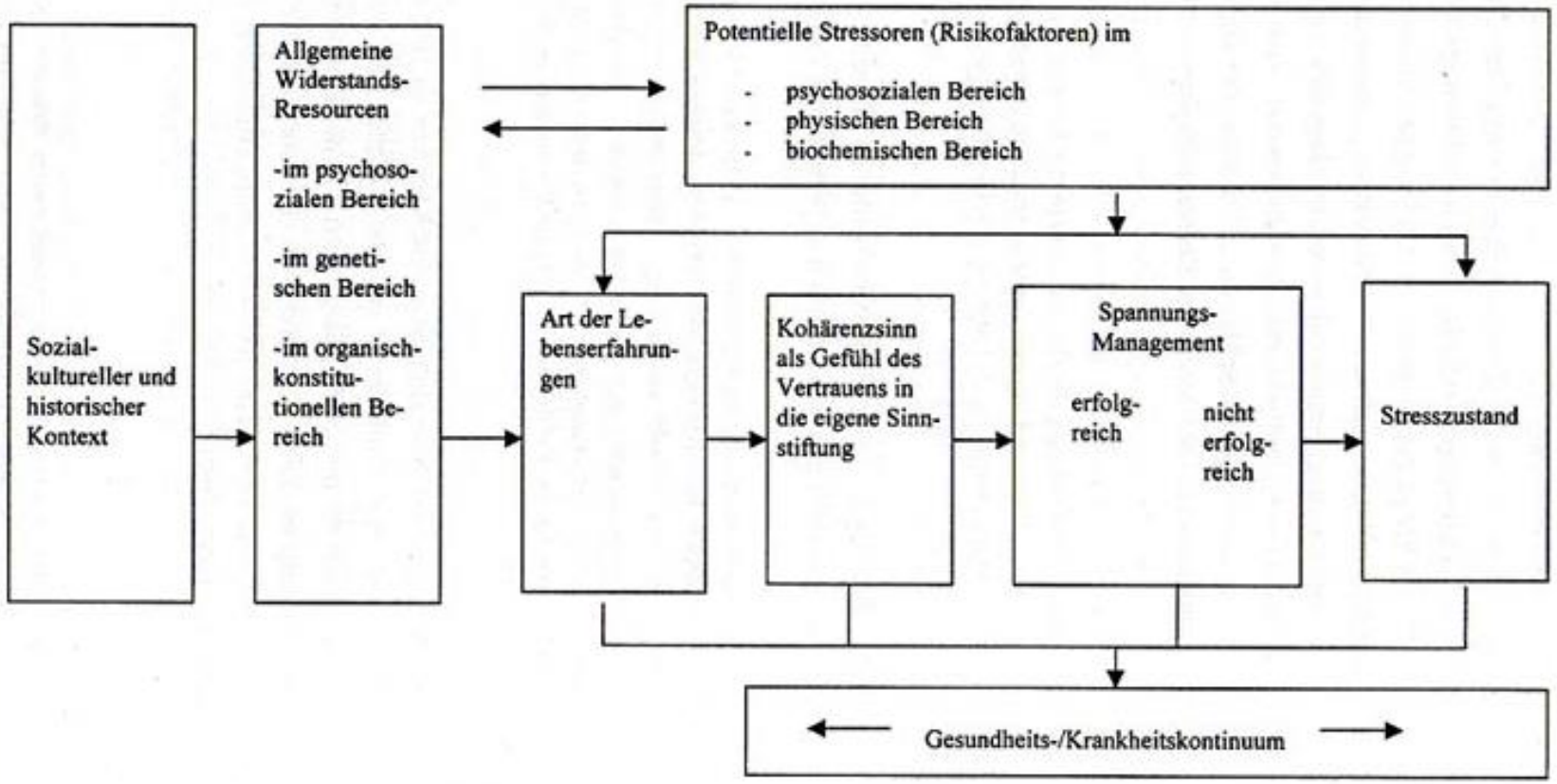
- Z.B.

Das Leben ist

a) ausgesprochen interessant?

b) reine Routine?

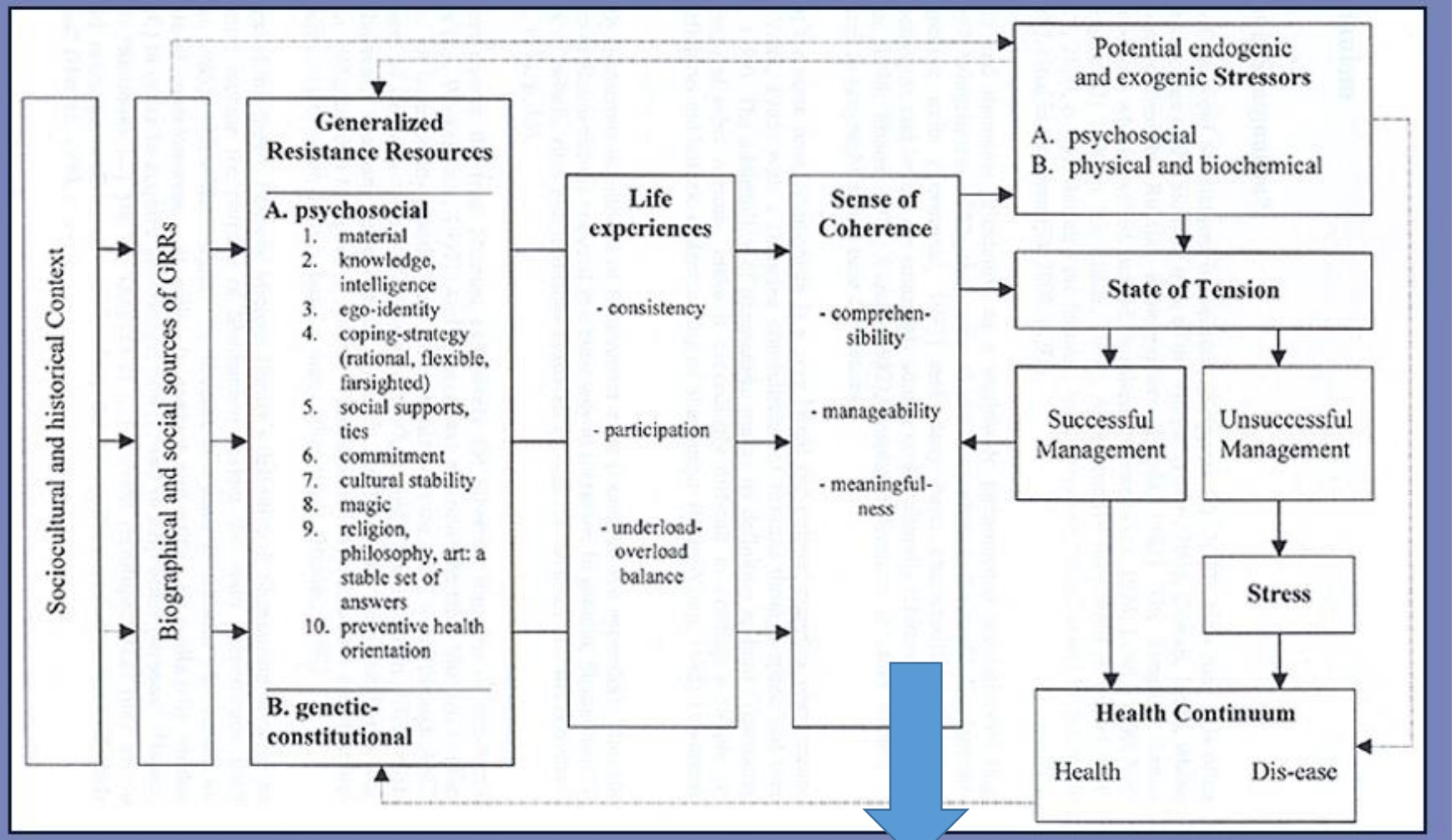
Das salutogenetische Modell nach AARON ANTONOVSKY



Quelle: in HURRELMANN (1994, 135)
Abb. 6: Das Salutogenese-Modell nach ANTONOVSKY

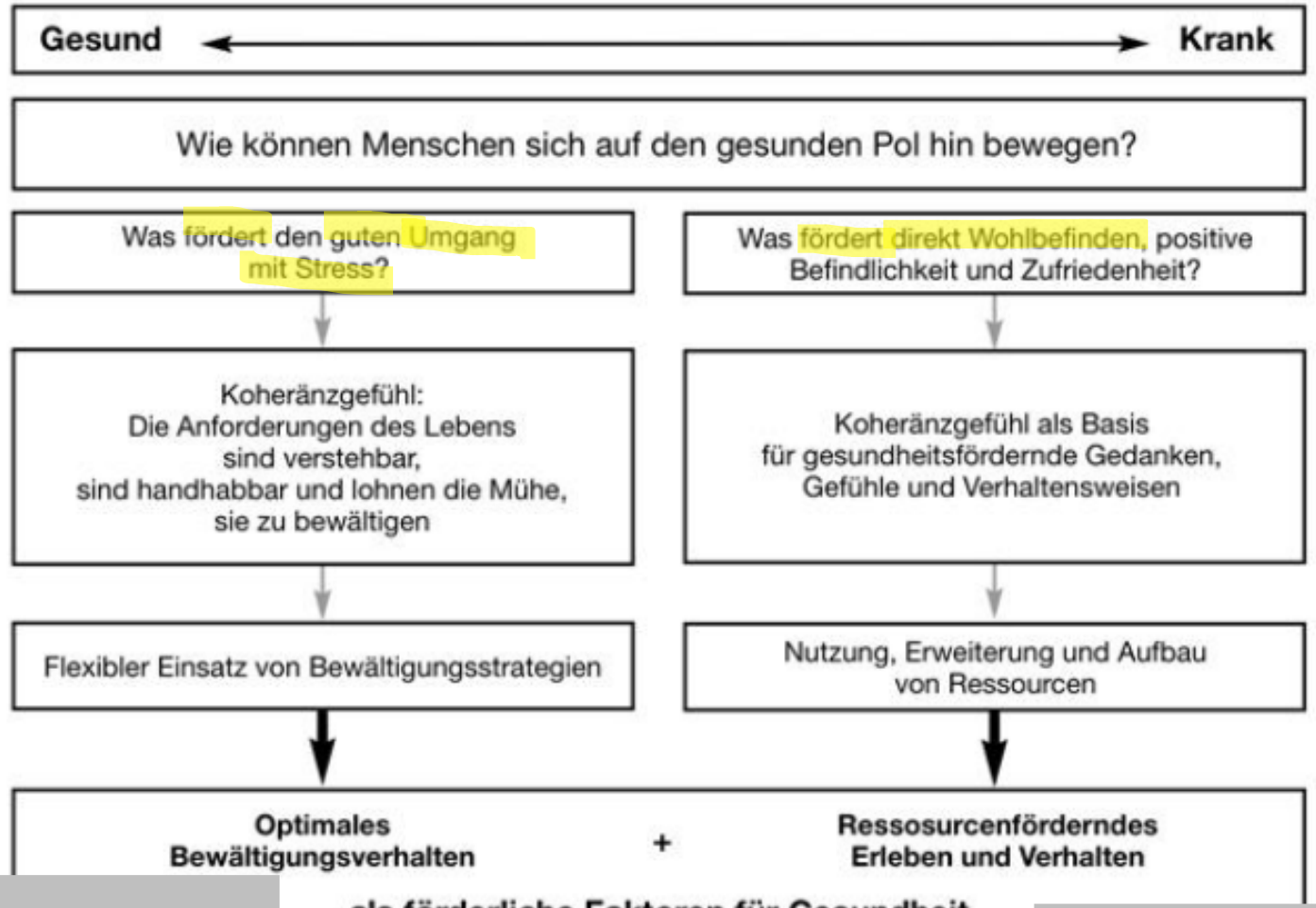
Korrelation zwischen SOC und Gesundheit – keine Kausalität!

Figure 1: The Salutogenic Model from Antonovsky (Faltermaier, 2005, p. 66)



Stabile PK-Eigenschaft (trait) bei Antonovsky; s.a. Kobasa (1979) Widerstandsfähigkeit oder Scheier & Carver (1985) dispositioneller Optimismus etc.

Abbildung 1 verdeutlicht die Annahmen über die Relevanz des Kohärenzgefühls als Grundlage der positiven Stressbewältigung und der Ressourcennutzung.



SOC führt dazu, dass Ressourcen genutzt werden können und dadurch Stress bewältigt werden kann!

Pufferhypothese

Haupteffekthypothese

Abb. 1: Einfluss des Kohärenzgefühls (nach Franke 2010)