

# 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.

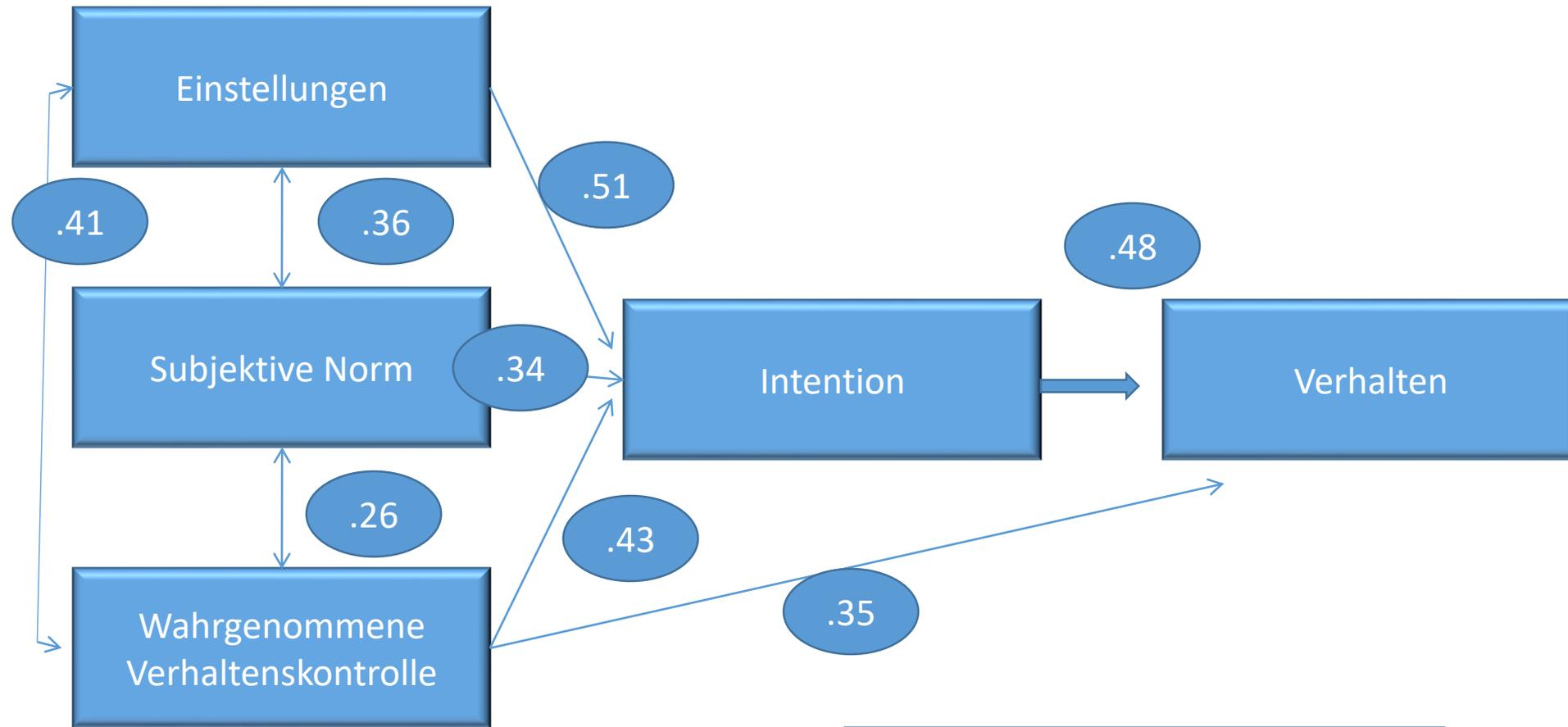
Komponenten der Theorie (**Vorläufer:** Theory of Reasoned Action, Ajzen & Fishbein 1980)

## Kritik

- die für das Gesundheitsverhalten (in zahlreichen Studien) hochbedeutsame Komponente der **Kompetenzerwartung** wird **nicht berücksichtigt** → hier wird davon ausgegangen, dass Menschen nur in Situationen eine Intention ausbilden, in denen sie glauben, das **Zielverhalten auch willentlich kontrollieren zu können**
  - wegen dieser Kritik **Reformulierung der Theorie**

Ajzen, I. and Madden, T.J. (1986) 'Prediction of goal-directed behavior: attitudes, intentions and **perceived behavioral control**' *Journal of Experimental Social Psychology* 22, 453-474

# Theorie des geplanten Verhaltens/Theory of Planned Behavior/TPB (Ajzen 1991)



Metaanalyse Conner & Sparks 2005

# Theorie des geplanten Verhaltens/Theory of Planned Behavior/TPB (Ajzen 1991)

- Als Ergänzung (siehe Kritik) kommt neue Komponente hinzu (gleichberechtigt zu Einstellungen und subjektiver Norm)

**Wahrgenommene Verhaltenskontrolle** (Wille!) = ist genau wie Einstellung und subj. Norm von Überzeugungen beeinflusst, nämlich von

- a) Überzeugungen hinsichtlich der Stärke internaler und externer Ressourcen** (z.B. Zeit für Sport und Sportplatz in der Nähe), **die das Verhalten fördern/behindern**
- b) und v.a. von Kontrollüberzeugungen** (Kompetenzüberzeugung/Selbstwirksamkeit und Handlungs-Ergebnis-Überzeugung/Handlungswirksamkeit)

Of greatest interest for present purposes, however, is the requirement that the behavior under consideration be under volitional control (see Fishbein & Ajzen, 1975). A behavior may be said to be *completely* under a person's control if the person can decide at will to perform it or not to perform it. Conversely, the more that performance of the behavior is contingent on the presence of appropriate opportunities or on possession of adequate resources (time, money, skills, cooperation of other people, etc.), the less the behavior is under volitional control.

At first glance, the problem of control may appear to apply to only a limited range of behaviors. Closer scrutiny reveals, however, that even very mundane activities, which can usually be executed (or not executed) at will, are sometimes subject to the influence of factors beyond one's

control. Such a simple behavior as driving to the supermarket may be thwarted by mechanical trouble with the car. Behavioral control can thus best be viewed as a continuum. On one extreme are behaviors that encounter few if any problems of control, while on the other extreme are behaviors or behavioral events over which we have relatively little control. Most behaviors, of course, fall somewhere in between those

# Theorie des geplanten Verhaltens/Theory of Planned Behavior/TPB (Ajzen 1991)

## Beispiel Anwendung:

Reduktion Übergewicht

83 Studentinnen (übergewichtig), Fragebogen zu 2 MZP in Abstand 6 Wochen, theorierelevante Merkmale wurden erfasst (also Einstellung, subj. Norm, Kontrollierbarkeitswahrnehmung, Intention), AV Körpergewicht

→ Gewichtsverlust nach 6 Wochen durchschnittlich 0.76 kg

→ Höchster Zusammenhang mit Kontrollierbarkeitswahrnehmung

→ Wechselwirkung Kontrollierbarkeit und Intention (hohe Intention, das Gewicht zu reduzieren war -v.a. bei Frauen- mit hoher Kontrollierbarkeitswahrnehmung verhaltenswirksam)

Schifter, D.B. and Ajzen, I. (1985) 'Intention, perceived control, and weight loss: an application of the theory of planned behavior' *Journal of Personality and Social Psychology* 49, 843-851

Review verschiedene Anwendungsgebiete:

ARMITAGE, C. J., & Conner, M. (2001). Efficacy of the theory of planned behaviour: A meta-analytic review. *British Journal of Social Psychology*, 40, 471-499.

# Übung

**Marcoux & Shope (1997).** Application of the Theory of Planned Behavior to adolescent use and misuse of alcohol. Health and Education Research, Vol. 12, no. 3, pp 323-331

Fragen:

1. Welche Hypothesen wurden in der Studie aufgestellt und untersucht?
2. Was waren die abhängigen und unabhängigen Variablen?
3. Inwieweit konnten die einzelnen Hypothesen bestätigt werden?
4. Was empfehlen die Autoren für Interventionsprogramme aufgrund ihrer Ergebnisse?

# Lösung

## 1. Hypothesen:

- a) Die Intension/Absicht Alkohol zu konsumieren sagt den tatsächlichen Alkoholkonsum (Menge), die Häufigkeit des Konsums und den missbräuchlichen Konsum von Alkohol vorher
- b) Einstellungen, subjektive Normen und wahrgenommene Verhaltenskontrolle erklären die Stärke der Intension Alkohol zu konsumieren
- c) Die Theorie des geplanten Verhaltens erklärt diese Intensionsbildung besser als die Theorie des überlegten Handelns

# Lösung

## 2. Abhängige Variablen

- Alkoholkonsum (ein alkohol. Getränk in den letzten 2 Monaten = ja)
- Häufigkeit Alkoholkonsum (wie häufig in den letzten 2 Monaten ein alkohol. Getränk)
- Häufigkeit missbräuchlichen Konsums (wie häufig mehr als geplant, mit Übelkeit nach Konsum, betrunken)
- Absicht Alkohol zu konsumieren (wenn Du Alkohol angeboten bekommen würdest, würdest Du annehmen?)

# Lösung

## 2. Unabhängige Variablen:

- Einstellung** (Überzeugungen zu den gesundheitlichen Konsequenzen des Konsums von 5 oder mehr alkohol. Getränken jedes Wochenende)
- subjektive Normen** (Wie denken Deiner Meinung nach Deine Eltern, Freunde, ältere Brüder/Schwestern über Kinder Deines Alters, die Alkohol konsumieren?)

# Lösung

-**Wahrgenommene Verhaltenskontrolle** (Druck durch Peers Alkohol zu konsumieren – z.B. Glaubst Du die Fähigkeit zu besitzen ‚nein‘ zu sagen zu Deinen Freunden und das durchzuhalten?; Gelegenheit Alkohol zu konsumieren – z.B. Schwierigkeit Alkohol zu bekommen?; Erfahrungen von Freunden bzgl. Alkoholkonsum)

# Lösung

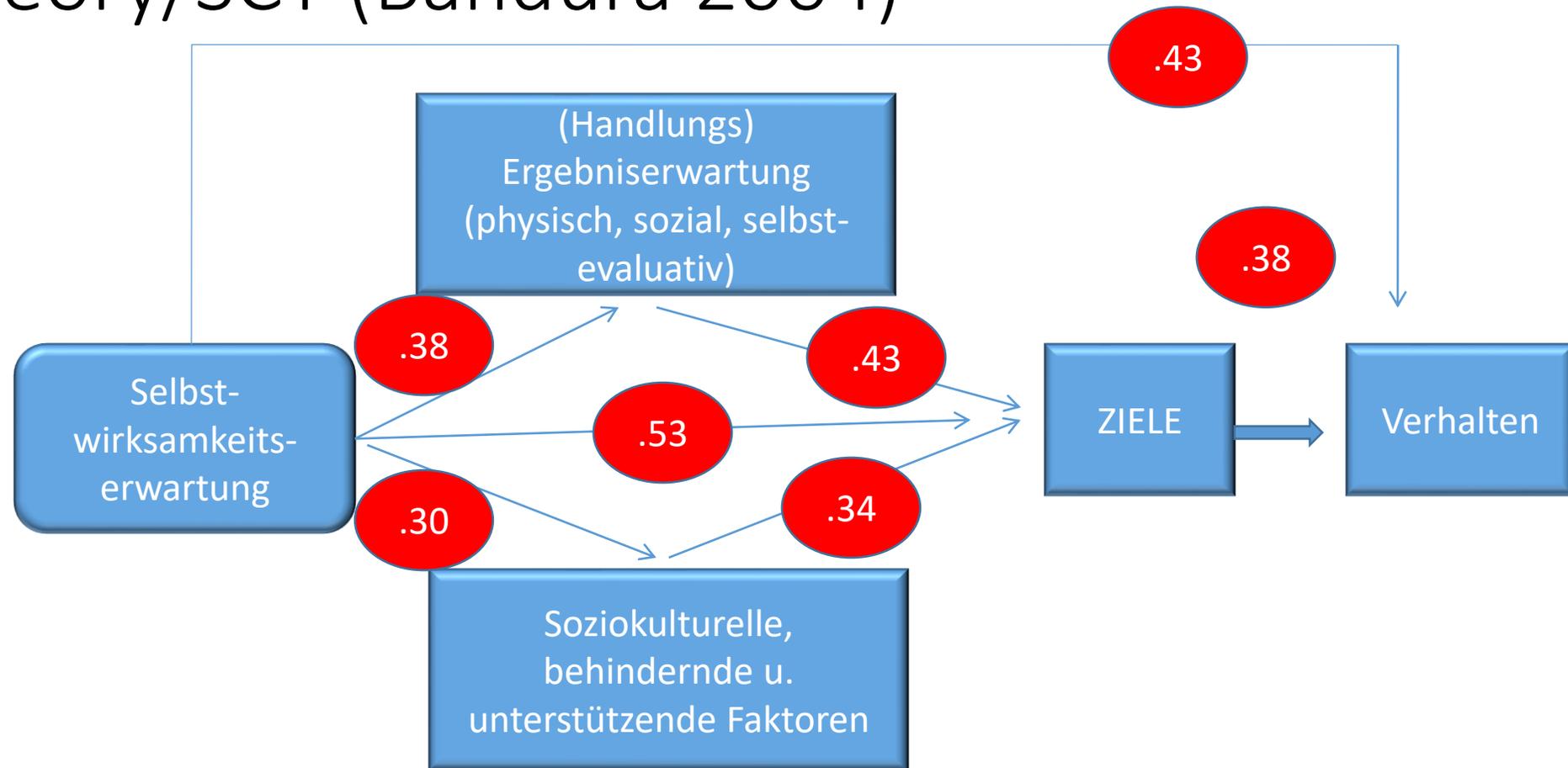
3. **Hypothese 1:** 26% Varianz Alkoholkonsum durch Intension erklärt, 37% Varianz in Häufigkeit, 30% Varianz in Missbrauch (d.h. 63 -74 % bleibt unerklärt) – Längsschnittstudie mit 2 Monaten Abstand → dazwischen haben womöglich neue Infos, Veränderungen in Zugänglichkeit etc.  
Intension verändert

**Hypothese 2:** eindeutig! 76% Varianz in Intension durch die drei Komponenten der Theorie erklärt; am stärksten der Einfluss von **‚wahrgenommener Verhaltenskontrolle‘** (Druck durch Peers und Erfahrung von Freunden mit Alkohol/trinkende Freunde/Gelegenheit zu trinken), gefolgt von **‚subjektiver Norm‘** (Eltern) – bestätigt bisherige Befunde, dass **Peerverhalten** stärkeren Einfluss auf Konsum von Jgdl. hat als Meinung der Eltern; ‚Einstellung‘ hat nur geringen Einfluss! (1% Varianz Intension – vielleicht wegen jugendl. Alters noch nicht ausgebildet?)

# Lösung

3. **Hypothese 3:** TPB schneidet besser ab als TRA bzgl. der Intensionsbildung junger Erwachsener Alkohol zu konsumieren;
4. **Empfehlungen der Autoren:** Präventionsprogramme für diese Altersgruppe (durchschnittlich 12 Jahre alt) sollten Fertigkeiten vermitteln Peerdruck zu widerstehen; außerdem soll die Zugänglichkeit von Alkohol für Jugendliche verringert werden → Vermeidung von Peergruppen, in denen häufig Alkohol konsumiert wird; Eltern sollten deutlich Haltung gegen Alkohol beziehen und dies mit den Kindern diskutieren; Alkohol wird als Gateway-Substanz für illegale Drogen interpretiert, weshalb dringend Handlungsbedarf gesehen wird;

# Sozial-kognitive Theorie/Social Cognitive Theory/SCT (Bandura 2004)



Einzeluntersuchung Rovniak et al. 2002

# Sozial-kognitive Theorie/Social Cognitive Theory/SCT (Bandura 2004)

## Handlungsergebniserwartung =

- Physische Komponente: wenn ich das Rauchen aufhöre, verbessert sich meine körperliche Gesundheit (z.B. Lungenfunktion) – sinkt mein Lungenkrebsrisiko
- Soziale Komponente: wenn ich Kondome benutze, bin ich bei meinen Freunden anerkannt (entspricht lt. Bandura ‚Sozialer Norm‘ sensu Ajzen)
- Selbst-evaluative Komponente: wenn ich Kondome benutze, bin ich stolz auf mich

→ Lt. Bandura enthält diese Komponente (Handlungsergebniserwartung) auch die **Risikowahrnehmung /Bedrohungseinschätzung** (sensu Rogers): weil auch die *Handlungsunterlassungserwartung* hier gemeint ist (z.B. wenn ich so weiter rauche, dann steigt mein Risiko an Lungenkrebs zu erkranken ständig an)

# Sozial-kognitive Theorie/Social Cognitive Theory/SCT (Bandura 2004)

- **Sozialstrukturelle hindernde u. unterstützende Faktoren** (z.B. soziale Unterstützung; Gesundheitssystem bietet z.B. Tabakentwöhnungskurse an)
- **Ziele/Intentionen:** medieren den Einfluss dieser Komponenten
- **Voraussetzung für Handlungsergebniserwartung** ist, dass Menschen natürlich wissen müssen, dass ihr Lebensstil (z.B. Rauchen) Einfluss auf ihre Gesundheit hat (**Wissen um Gesundheitsrisiken/-gewinne**)  
→ Wissen alleine nutzt aber noch nichts, erst die Selbstwirksamkeitserwartung führt zur Absichtsbildung und schließlich zu Verhalten

# Selbstwirksamkeit = Kompetenzerwartung

- subjektive Gewissheit, neue oder schwierige Anforderungssituationen aufgrund eigener Kompetenz bewältigen zu können

GOAL SETTING

EFFORT INVESTMENT

PERSISTANCE IN FACE OF BARRIERS

RECOVERY FROM SETBACKS

- **I can always manage to solve difficult problems if I try hard enough.**
- **Thanks to my resourcefulness, I know how to handle unforeseen situations.**
- **If I am in trouble, I can usually think of a solution.**
- **I am confident that I could deal efficiently with unexpected events.**

# Selbstwirksamkeit = Kompetenzerwartung

## **Anwendungsfelder (über 500 wiss. Arbeiten):**

- Gesundheitsverhalten** (z.B. Kaplan et al. 1984) Schwarzer S 73 Beeinflussung körperlicher Aktivität bei Patienten mit Lungenerkrankungen durch psychologische Interventionen (Rolle Kompetenzerwartung und Kontrollüberzeugung)
- Krankheitsbewältigung** (bessere Schmerztoleranz und sogar verbesserte Herzfunktion nach Herzinfarkt)
- Stressbewältigung** (geringerer Anstieg Blutdruck/Herzrate)
- Tabakentwöhnung** (eigene Abstinenz-SW-Erwartungs-Skala für Raucher SSEQ; Colletti et al. 1985: Skalenwerte nach Ende einer Entwöhnungstherapie/VT sagen die Rückfälle vorher)

# Selbstwirksamkeit = Kompetenzerwartung

- Gedächtnisleistung** (ältere Menschen mit hoher SW-Erwartung erinnern sich besser; aber: mediiert von erhöhter Motivation sich mit kognitiven Anforderungen auseinanderzusetzen = indirekte Wirkung über Anstrengung)
- Selbstregulation /allgemeine Lebensbewältigung** (Bei gleicher Fähigkeit zeigen Menschen mit hoher SW-Erwartung: mehr Anstrengung, Ausdauer, höheres AN/Zielsetzung, effektiveres Zeitmanagement, größere Flexibilität bei der Problemlösung, bessere Leistungen, selbstwertförderlichere Ursachenzuschreibungen, was SW wiederum stabilisiert etc. – **liefert also eigenständigen Beitrag zu Leistungsergebnissen über die Fähigkeit hinaus**)

# Selbstwirksamkeit = Kompetenzerwartung

## MESSUNG Jerusalem & Schwarzer 1999

(1) stimmt nicht, (2) stimmt kaum, (3) stimmt eher, (4) stimmt genau

- Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.
- Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.
- Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.
- In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.
- Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurechtkommen kann.
- Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann.
- Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen.
- Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden.
- Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann.
- Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern.

# Dt. Normen

24 – 35 normal

< 24 geringe SW-Erwartung

> 35 hohe SW-Erwartung

→ **zeitstabiles, generalisierendes Konstrukt**

→ **Wirkmechanismus?** vermutlich durch Informationsverarbeitungsprozesse vermittelt (v.a. situationsunabhängiger Infoverarbeitungsstil in schwierigen Situationen/Misserfolgssituationen, d.h. zur Lösung nützliche Aspekte wie z.B. die stabilen guten Selbsteinschätzungen oder der persönliche Nutzen durch die Aufgabenlösung stehen im Vordergrund)

# Sozial-kognitive Theorie/Social Cognitive Theory/SCT (Bandura 2004)



# SW-Erwartung erhöhen:

- **Eigene Erfolgserfahrungen:** schon einmal trotz Widerstand darauf bestanden, ein Kondom zu benutzen
  - **Modelllernen:** beobachtet, wie jemand geschickt und erfolgreich die Kondombenutzung durchsetzt
  - **Verbale Verstärkung:** Broschüren arbeiten so ‚du kannst es – vertraue auf deine Fähigkeiten‘
  - **Pysiologische/affektive Zustände:** körperliches Unwohlsein und Angst z.B. angesichts einer bevorstehenden Prüfung liefert Info, dass Kompetenz wohl nicht reicht – wer dagegen ruhig bleibt, wird daraus schließen, dass er hinreichende Kompetenz hat (Therapie: ruhig bleiben lernen!)
- **Healthy-eater Identity and Self-efficacy Predict Healthy Eating Behavior: A Prospective View *J Health Psychol* 2009; 14; 684, Shaelyn M. Strachan and Lawrence R. Brawley**

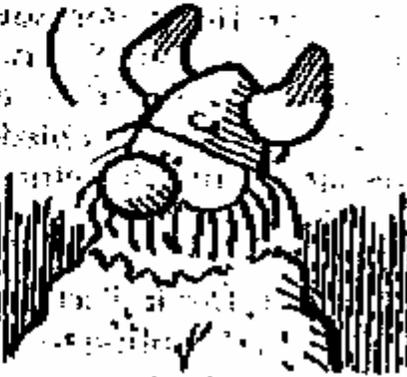
# Fazit bisher:

- Verdienst dieser motivationalen Modelle ist, dass mittlerweile Kompetenzansatz und Verhaltensabsicht (sowie andere sozialkognitive Faktoren) integriert sind
- alle **motivationalen Modelle weisen aber ein Defizit** auf: Es gibt eine Lücke, wenn es um die **konkrete Übersetzung von Absichten/Zielen in Verhalten** geht!
- trotz Absichtsbildung verhalten wir uns gemäß unsere alten Gewohnheiten! → Korrelation früheres/aktuelles Verhalten = .51 (d.h. 26% Varianzaufklärung durch früheres Verhalten, die Intention nur weitere 7%!) Was erklärt die restliche Varianz?
- **Folgende Theorien betrachten die Prozesse nach der Intentionsbildung – also wie wird die gebildete Absicht in die Tat/in Verhalten umgesetzt!** = Volitionale Theorien (z.B. Rubikonmodell nach Heckhausen und HAPA Health Action Process Approach von Schwarzer)



© 1988 by King Features Syndicate, Inc. Printed in the U.S.A.

DANN PASSIERT  
IMMER IRGENDWAS.



## b) Volitionale Theorie: Rubikonmodell (Heckhausen 1989)

Beispiel:

3 Studentinnen mittags in der Mensa

- A) Plant direkt nach der Uni zum Schwimmen zu gehen und hat Schwimmzeug bereits dabei
- B) Hat vor, abends an ihrem Unisportkurs teilzunehmen
- C) Möchte ebenfalls am Abend Sport treiben, weiß aber noch nicht genau, welcher Art Sport

# Volitionale Theorie: Rubikonmodell (Heckhausen 1989)

Am Tag danach:

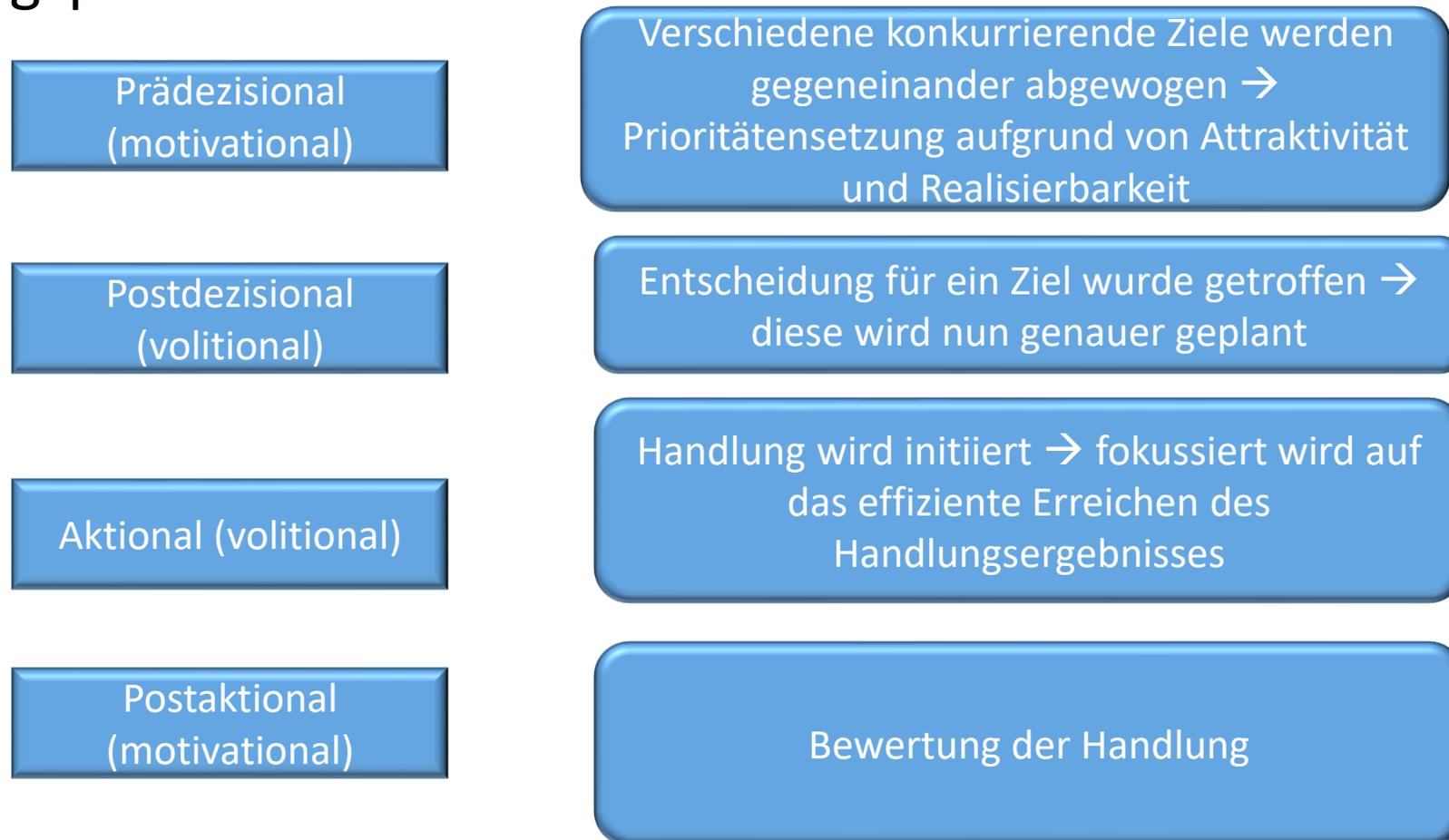
- C) Hat es sich doch anders überlegt und keinen Sport gemacht
- B) Wollte zwar nur kurz nach Hause, um Sportzeug zu holen. Überfallen von akuter Lustlosigkeit hat sie sich auf ihr Sofa gesetzt. Dort ist ihr die Fernbedienung in die Hände gefallen. Schließlich hat sie den Sport vergessen. Als es zu spät war, überkam sie ein schlechtes Gewissen.
- A) War wie geplant zum Schwimmen gegangen, trotz akuter Lustlosigkeit. Nach dem ersten Sprung ins Wasser war diese vorüber und sie konnte kraftvoll ihre Runden ziehen. Danach ging sie zufrieden und erfrischt nach Hause und legte sich auf ihr Sofa.

# Über den Rubikon gehen...

- Im Laufe seiner politischen Karriere hatte **Cäsar** es bis zum Konsul gebracht. Damals regierten jeweils zwei Konsulen für ein Jahr die römische Republik. Um dieses Amt zu erlangen, war er 59 vor Christus ein Dreimännerbündnis, ein sogenanntes **Triumvirat** mit **Pompeius und Crassus** eingegangen.
- Während sich **Caesar auf Feldzügen in Frankreich (Gallien!) und Großbritannien** befand, wurde Pompeius in Rom zum alleinigen Konsul ausgerufen. Crassus war bereits 53 vor Christus auf einem Feldzug umgekommen. Das Triumvirat existierte also nicht mehr.
- **Pompeius und der römische Senat wollten Caesar entmachten** und forderten ihn auf, die Teile des Heeres, die ihm unterstellt waren, aufzulösen, doch Caesar war damit nicht einverstanden. **So entschloss er sich, von Gallien aus mit seinen Truppen nach Italien einzumarschieren**, um dort die Macht durch einen Feldzug erneut zu erlangen.
- Am **10. Januar 49 vor Christus** war es dann so weit: **Caesar überquerte mit etwa 5000 Legionären den Rubikon**. Dass dieser Schritt nicht mehr rückgängig gemacht werden könnte, unterstrich Caesar mit dem berühmten Ausspruch "Alea iacta est", zu deutsch "der Würfel ist gefallen".

# Volitionale Theorie: Rubikonmodell (Heckhausen 1989)

## Handlungsphasen des Rubikonmodells



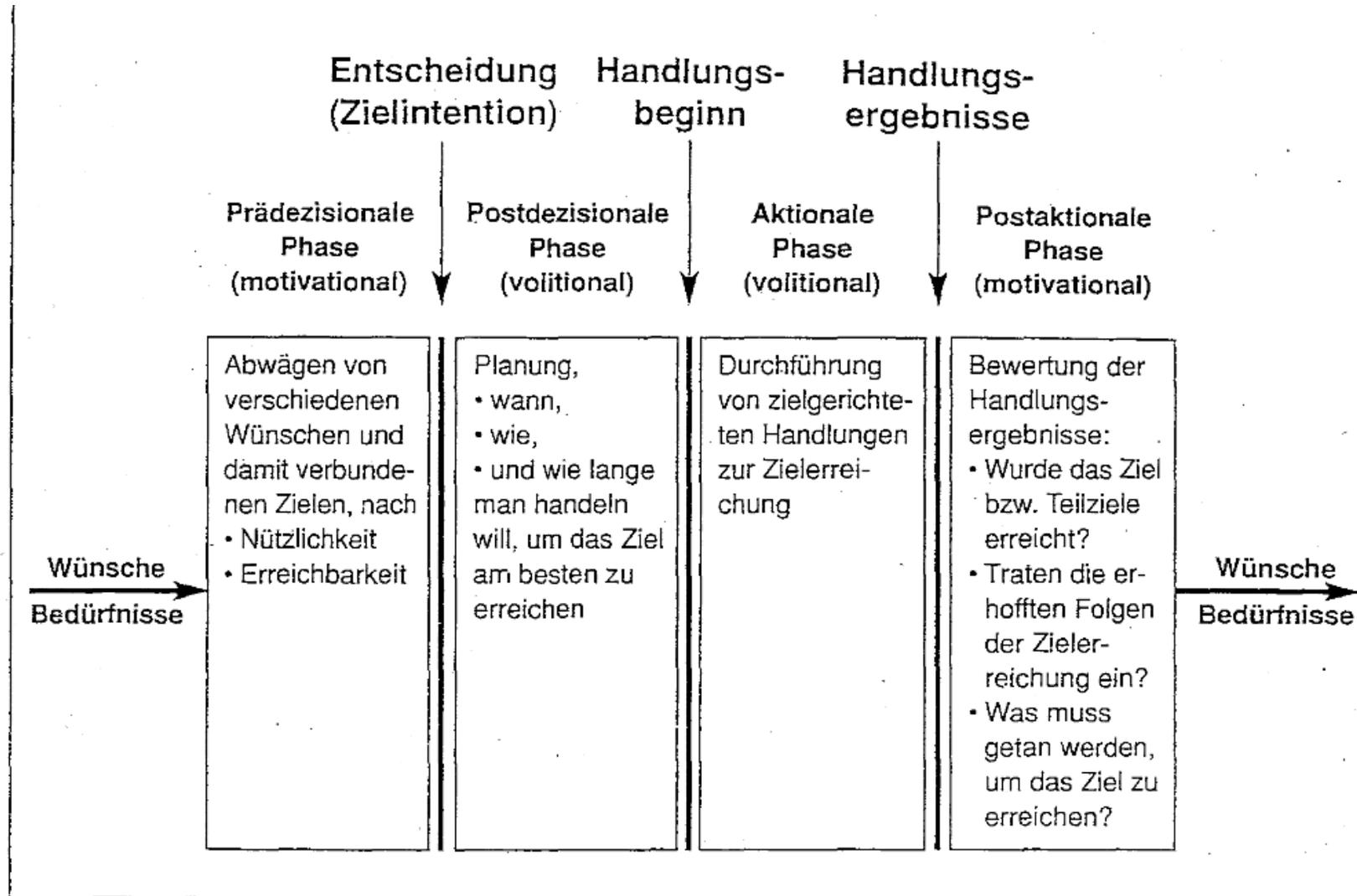


Abbildung 1: Rubikonmodell der Handlungsphasen (Heckhausen & Gollwitzer, 1987)

Tabelle 1: Konsequenzen der abwägenden und der planenden Bewusstseinslage

Abwägende Bewusstseinslage	Planende Bewusstseinslage
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Realistische Selbstbeurteilung hinsichtlich Intelligenz, Beliebtheit, Attraktivität etc.</li> <li>– Realistische Betrachtung eigener Kontrollmöglichkeiten objektiv unkontrollierbarer Ereignisse (wenig „illusorisch optimistisch“)</li> <li>– Realistische Einschätzung eigener Vulnerabilität hinsichtlich kontrollierbarer (z. B. eigene Alkoholprobleme) und nicht kontrollierbarer (z. B. Tod eines Angehörigen) Ereignisse</li> <li>– Objektive Beurteilung von Informationen über die Wünschbarkeit eigener Ziele</li> <li>– Effektive Verarbeitung von Informationen, die sich auf die Wünschbarkeit eines Ziels beziehen</li> <li>– offene Verarbeitung neu auftauchender Informationen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Übertrieben positive Selbstbeurteilung (z. B. als attraktiver und intelligenter als andere; „illusorischer Optimismus“)</li> <li>– Illusionen, was die Kontrolle häufig auftretender, aber objektiv nicht kontrollierbarer Ereignisse betrifft</li> <li>– Beurteilung eigener Vulnerabilität hinsichtlich kontrollierbarer (z. B. „Scheidung“) und nicht kontrollierbarer Ereignisse (z. B. „Unfall“) als eher niedrig</li> <li>– Zu positive Verarbeitung von Informationen über die Wünschbarkeit eigener Ziele aufgrund hoher Konzentration auf Informationen, die ein Ziel wünschenswert erscheinen lassen; Vernachlässigung von Informationen, welche die Wünschbarkeit eines Ziel in Frage stellen</li> <li>– Bevorzugte und sehr effiziente Verarbeitung von Informationen, die sich auf die Erreichung eines Ziels beziehen</li> <li>– Vernachlässigung neu auftauchender Informationen, die möglicherweise das Ziel in Frage stellen; verringerte Offenheit der genauen Verarbeitung dieser Informationen</li> </ul>

# Handlungspläne

- präzisieren das Wann, Wie und Wo eines Verhaltens**
- Struktur von **Wenn-Dann-Beziehungen** → **Automatismus**: auf Reiz/Wenn-Teil folgt Reaktion (Dann-Teil) → Kontrolle des Verhaltens wird an Umwelt übertragen/Wenn-Teil/Reiz: Wenn das Seminar vorbei ist, gehe ich Schwimmen
- Bei fremdgesetzten Zielen wirkungslos** (z.B. vom Arzt verordnete Tabakentwöhnung) – also nur in postdeziisonalen Phase hilfreich → d.h. Menschen, die noch in prädeziisonalen Phase sind, müssen erst mal zur Absichtsbildung gebracht werden, bevor Pläne helfen (siehe Stadienmodelle!) z.B. Lippke et al. 2004
- v.a. bei zu erwartenden Schwierigkeiten (z.B. bei Tabakentwöhnung Entzugserscheinungen) hilfreich, da konkrete Maßnahmen eingeplant werden können (z.B. Nikotinpflaster im Haus haben)

# Volitionale Theorien

- **Empirie:**

- Metaanalysen → mittlere bis hohe Effektstärken für den Zusammenhang zwischen Plänen und Zielerreichung (z.B. Koestner et al. 2002)

- außerdem fühlen sich Menschen wohler, wenn sie Pläne formuliert haben

*z.B. auch Gollwitzer, P.M. & Sheeran, P. (2006). Implementation intentions and goal achievement: A meta-analysis of effects and processes. Advances in Experimental Social Psychology, 38, 69-119 (verschiedene Gesundheitskontexte separat untersucht)*

Gedankenexperiment

c) Lerntheorie: Theorie der erlernten Sorglosigkeit (Schulz-Hardt & Frey 1997, 1999)

## **Ausgangsfrage**

- Managementversäumnisse an den Finanzmärkten (z.B. 90er Jahre Nick Leeson, Barings Bank in UK)
  - Defizite im Arbeits- und Umweltschutz (z.B. Chemieunfall im indischen Bhopal)
  - Mangelnde Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen**
- Mögliche Ursache: **Erlernte Sorglosigkeit**
- (individuelles Phänomen und auch auf höherer Aggregatsebene → ganze Volkswirtschaften siehe USA Immobilienkrise)

# Entrapment-Forschung

Warum führen Menschen fehlgehende/verlustreiche Handlungen weiter? Warum handeln wir in manchen Fällen nicht zukunftsorientiert - wir können doch eigentlich Gefahren antizipieren, Verhalten korrigieren?

# Entrapment-Forschung

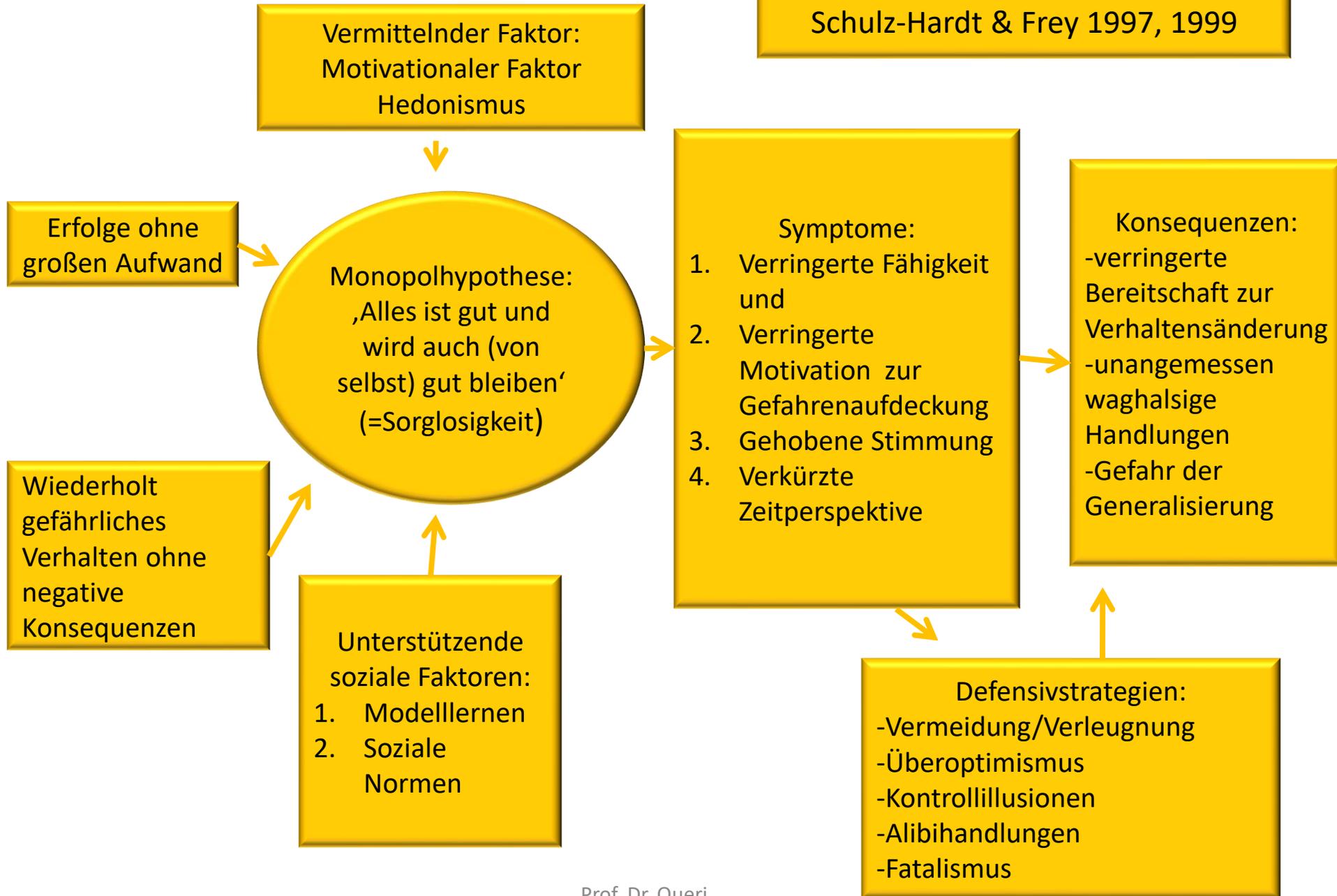
- **Entrapment** = Handlung, in die **bereits Ressourcen investiert** wurde und die zunehmend zu Verlusten führt, wird fortgesetzt

## Zentrale Forschungsbefunde:

- Escalation of commitment-Phänome (Staw 1997)
- Sunk-cost-Effekt (Arkes & Blumer 1985)

## Vermittelnde Mechanismen :

- Prozesse, die die Wahrnehmung der Verlustsituation verhindern (**z.B. Erlernte Sorglosigkeit**)
- Prozesse, die bei Erkennen der Verlustsituation verhindern, dass die Entscheidung verändert wird



c) Lerntheorie: Theorie der erlernten  
Sorglosigkeit (Schulz-Hardt & Frey 1997, 1999)

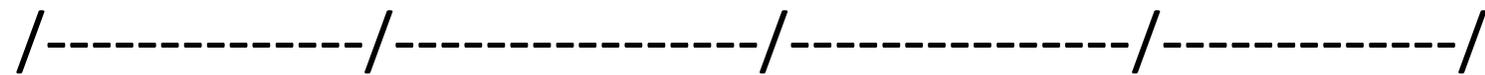
Forschungsergebnisse besagen, dass eine optimistische Haltung adaptiv bei Stress oder Krankheit ist. Widerspricht die Theorie der erlernten Sorglosigkeit diesen Befunden?

c) Lerntheorie: Theorie der erlernten Sorglosigkeit (Schulz-Hardt & Frey 1997, 1999)

**-funktionaler** Optimismus

**-defensiver** Optimismus (= erlernte Sorglosigkeit)

Kontinuum:



Exzessive Besorgnis

milder Pessimismus

realistischer Optimismus

Unrealistischer Optimismus

- *Nur funktionaler Optimismus (realistischer Optimismus) = gesundheitsförderlich/adaptiv bei Stress!*

c) Lerntheorie: Theorie der erlernten Sorglosigkeit (Schulz-Hardt & Frey 1997, 1999)

### **Präventionsstrategien gegen die Entstehung von ‚erlernter Sorglosigkeit‘?**

- Informieren über Bedingungen, Ursachen, Symptome und Konsequenzen
- Lernprozess (dass risikoreiches Verhalten nicht zu neg. Konsequenzen führt) unterbrechen
- Positive Verhaltensmodelle
- Konstruktive Streitkultur
- Kontrafaktisches und präfaktisches Denken