

2. THEORETISCHER HINTERGRUND ZUR DYADISCHEN PLANUNG

In diesem Kapitel wird auf die Probleme eingegangen, die mit der Aufnahme eines neuen Verhaltens einhergehen und unter dem Begriff der Intentions-Verhaltens-Lücke zusammengefasst werden. Es wird das sozial-kognitive Prozessmodell gesundheitlichen Handelns (Health Action Process Approach) vorgestellt, das den Prozess der Verhaltensänderung und explizit der Ausführungs- und Bewältigungsplanung als volitionale Planungsstrategien zur Überbrückung der Intentions-Verhaltens-Lücke beschreibt. Bislang ist noch wenig untersucht, welche Rolle wichtige Sozialbeziehungen für die Umsetzung der Pläne in Verhalten spielen. Deshalb wird darüber hinaus das Konzept der *dyadischen Planung*, d.h. das gemeinsame Aufstellen von Plänen eingeführt. Anschließend werden potentielle Wirkmechanismen erörtert, von denen angenommen wird, dass sie den Effekt der gemeinsamen Planung auf die Verhaltensinitiierung und -aufrechterhaltung erklären.

2.1 Intentions-Verhaltens-Lücke

Wenn im Alltag, in der ärztlichen oder psychotherapeutischen Praxis, in der Anschlussheilbehandlung, der Rehabilitationsklinik oder im Krankenhaus Personen angeregt werden sollen, präventiv oder rehabilitativ ein Gesundheitsverhalten aufzunehmen, sollten Theoriebasierte Interventionen Anwendung finden (Michie & Abraham, 2004). Faktoren, von denen es abhängt, ob Personen ein Gesundheitsverhalten aufnehmen, werden von kontinuierlich-motivationalen Modellen wie dem Modell gesundheitlicher Überzeugungen (Health Belief Model; Rosenstock, 1990) oder der Schutzmotivationstheorie (Protection Motivation Theory; Rogers, 1975) beschrieben. Sie betrachten für die Vorhersage von Verhalten oder Verhaltensänderungen meist kognitive oder affektive Merkmale, deren Ausprägungen als Kontinuum gesehen werden, auf dem sich jede Person bewegen kann. Die Wahrscheinlichkeit zur Verhaltensaübung hängt folglich davon ab, ob die Ausprägungen der einzelnen Merkmale günstig sind. Darüber hinaus sehen fast alle kontinuierlichen Modelle die Intention als besten Prädiktor für das intendierte Verhalten. Die Theorie des geplanten Verhaltens (Theory of Planned Behavior; Ajzen, 1991) berücksichtigt darüber hinaus externe Kontrollfaktoren für die Verhaltensvorhersage. Metaanalysen (z.B. Sheeran, 2002) zeigen allerdings, dass ein Großteil der Varianz im Verhalten unaufgeklärt bleibt, wenn es lediglich durch die Intention vorhergesagt wird. Im Alltag werden oft Vorsätze bzw. Intentionen geäußert, die dann doch

nicht in Verhalten umgesetzt werden. Dieses Phänomen ist in der Literatur als *Intentions-Verhaltens-Lücke* (Sheeran, 2002) bekannt. Für diese Diskrepanz lassen sich verschiedene Erklärungen finden.

2.1.1 *Methodische Ursachen der Intentions-Verhaltens-Lücke*

Zunächst lässt sich die Intentions-Verhaltens-Lücke methodisch begründen. Methodische Artefakte wie die Berücksichtigung der lediglich linearen, nicht aber der nichtlinearen Zusammenhänge durch lineare Analyseverfahren wie Korrelationen und multiple Regressionsanalysen (Hunter & Schmidt, 1990) spielen eine Rolle. Auf diese Weise besteht die Gefahr, die aufgeklärte Varianz zu unterschätzen. Zusätzlich sollte die Umsetzung von Intentionen in Verhalten durch die Betrachtung weiterer Effektgrößen wie z.B. Cohen's d , in der Praxis beobachteter Effekte der Verhaltensausübung und im Vergleich von randomisierten Experimental- und Kontrollgruppen bewertet werden (Michie & Abraham, 2004).

In Bezug auf die Operationalisierung von Intention und Verhalten tragen unreliable und invalide Messinstrumente zu einer Verminderung der Teststärke bei (Sutton, 1998). Durch fehlende Kompatibilität der verwendeten Skalen oder Messvorschriften beispielsweise hinsichtlich der Wortwahl, des Antwortformats und der Anzahl der Antwortkategorien wird zudem der Zusammenhang zwischen Intention und Verhalten unterschätzt (Courneya, 1994; Sutton, 1998). Die Abbildung des Verhaltens hängt auch von den vorgegebenen Zielstandards, deren Schwierigkeit oder Erreichbarkeit ab.

Des Weiteren sind die Untersuchungsbedingungen ausschlaggebend für den Zusammenhang zwischen Intentionen und Verhalten. Unter kontrollierten Laborbedingungen lassen sich höhere Zusammenhänge messen als unter Feldbedingungen. Dies hängt neben der unterschiedlichen Kontrollierbarkeit der Untersuchungsbedingungen auch mit der größeren zeitlichen Nähe der Intentions- und Verhaltenserfassung im Labor zusammen. Ein größerer Zusammenhang von proximalen Prädiktoren und dem Kriterium lässt sich darauf zurückführen, dass in diesem Fall die Wahrscheinlichkeit geringer ist, dass sich die Intention bis zur Messung des Verhaltens aufgrund neuer Informationen oder unvorhersehbarer Hindernisse verändert (Sheeran, Orbell, & Trafimow, 1999; Sutton, 1998). Dies scheint den Vorzug distaler Messungen zu überwiegen, bei denen mehr Gelegenheiten zur Verhaltensinitiierung entstehen (Sheeran, 2002; Sutton, 1998).

2.1.2 Motivationale Ursachen der Intentions-Verhaltens-Lücke

Es ist augenscheinlich, dass die Höhe des Intentions-Verhaltens-Zusammenhangs von einer Vielzahl methodischer Bedingungen abhängt. Dennoch ist jedem aus dem Alltag bekannt, dass es schwer fällt, trotz guter Vorsätze das intendierte Verhalten auch in die Tat umzusetzen. Neben den methodischen Überlegungen kann deshalb die Intentions-Verhaltens-Lücke auch auf eine Vielzahl von intra- und interindividuellen Unterschieden zurückgeführt werden, die hier in Kürze skizziert werden sollen.

Personengruppen können sich darin unterscheiden, ob sie im Vorfeld versucht haben, ihre Intentionen umzusetzen und das Verhalten bereits gezeigt haben. Im längsschnittlichen Design können dazu sowohl die Intentionen als auch das Verhalten zu beiden Messzeitpunkten und ihre Veränderungen betrachtet werden (McBroom & Reid, 1992). Aber auch im querschnittlichen Design lassen sich vier Gruppen unterscheiden, mit deren Hilfe die Intentions-Verhaltens-Lücke erklärt werden kann (Orbell & Sheeran, 1998) (s. Tabelle 2.1).

Tabelle 2.1: Untergliederung der Intentions-Verhaltens-Lücke (nach Orbell & Sheeran, 1998)

	mit Intention	ohne Intention
Handlung ausgeführt	<i>inclined actors</i>	<i>disinclined actors</i>
Handlung nicht ausgeführt	<i>inclined abstainers</i>	<i>disinclined abstainers</i>

Die Entstehung der Intentions-Verhaltens-Lücke ist nicht nur auf die so genannten *inclined abstainers* zurückzuführen, die ihre Intentionen nicht in Verhalten umsetzen, sondern auch auf die Gruppen der *disinclined actors*, die, obwohl sie keine Intentionen geäußert haben, Verhalten zeigen. In diesen Gruppen stimmen die Intentionen und das Verhalten nicht überein. Da die Gruppe der *disinclined actors* meist eher klein ist, interessiert in erster Linie, wie die Diskrepanz zwischen Intentionen und Verhalten zustande kommt und was die motivierten Personen (*inclined*) davon abhält, das Verhalten auszuführen (*abstainers*).

In Studien basierend auf der Schutzmotivationstheorie oder der Theorie des geplanten Verhaltens konnte unter Berücksichtigung der motivationalen Variablen zwar zwischen Personen, die Intentionen bildeten, und solchen, die keine Intention bildeten, sowie denjenigen, die unintendiert das Verhalten zeigten unterschieden werden, es konnten aber keine Unterschiede zwischen den Gruppen der *inclined actors* und der *inclined abstainers* festgestellt werden (Orbell & Sheeran, 1998; Sheeran, 2002). Diese Ergebnisse zeigen, dass es neben den motivationalen noch weitere Faktoren geben muss, die die Initiierung eines intendierten Verhaltens beeinflussen.

2.1.3 Volitionale und selbstregulative Ursachen der Intentions-Verhaltens-Lücke

Neben den motivationalen Einflüssen hängt die Umsetzung von Intentionen in Verhalten vor allem von den Bedingungen ab, unter denen das Verhalten initiiert und ausgeführt werden soll (Sutton, 1998). Darunter können sowohl situative Merkmale, emotionale Zustände sowie volitionale und selbstregulative Prozesse verstanden werden.

Unter Selbstregulation ist die Kontrolle des Individuums bei der Verfolgung persönlicher Ziele zu verstehen. Personen können sich trotz vergleichbarer Intentionen darin unterscheiden, wie sie sich selbstregulieren. Vor allem durch Selbstregulationsfehler werden die Initiierung intendierten Verhaltens und das Erreichen höherer Ziele verhindert. Allgemein wird eine Unterregulation von einer Fehlregulation unterschieden (Baumeister & Heatherton, 1996). Bei einer Unterregulation wird zu wenig Kontrolle auf die Verhaltensausführung ausgeübt, wohingegen bei einer Fehlregulation von falsch eingesetzter Kontrolle oder inadäquaten Kontrollstrategien gesprochen wird, durch die das Ziel nicht erreicht werden kann. Ist die Person in einem Zustand, in dem sie den Anforderungen nicht gewachsen ist, wie z.B. Müdigkeit, Erschöpfung, Überanstrengung oder sonstigem Ressourcenmangel, kann dadurch die Selbstregulation in Form von Unterregulation beeinträchtigt werden. Studien zur *ego-depletion*, einem Zustand, in dem nicht genügend Ressourcen für eine ausreichende Selbstregulation zur Verfügung stehen, zeigen, dass die Selbstregulation bereits nach dem Treffen von Entscheidungen eingeschränkt ist. Dies zeigt sich in vermehrter Passivität und wirkt sich letztlich negativ auf die Verhaltensausführung aus (Baumeister, Bratlavsky, Muraven, & Tice, 1998). Ebenso können nicht-zielführende Impulse bei erschöpften Ressourcen nicht zurückgehalten werden, so dass die handelnde Person z.B. in alte Gewohnheiten zurückfällt. Auf die Handlungskontrolle (Carver & Scheier, 1981; Kuhl, 1985) und auf die Selbstwirksamkeitserwartungen (Bandura, 1997) soll an späterer Stelle (s. Abschnitt 2.4) noch genauer eingegangen werden.

Emotionen, die die handelnde Person während der Zielverfolgung erlebt, können sowohl einen förderlichen (Bagozzi, Baumeister, & Pieters, 1998), als auch einen hemmenden (Affleck et al., 2001) Einfluss auf die Ausführung des intendierten Verhaltens nehmen. Zielgerichtete Emotionen können die Verfolgung persönlicher Ziele wie der Gewichtskontrolle unterstützen (Bagozzi et al., 1998). In seinem Modell des Rückfallprozesses zählt Marlatt (1996) neben negativen Zuständen aber auch positiv aufgeladene emotionale Situationen zu den inneren Hochrisikosituationen, in denen es vermehrt zu Rückfällen in vergangenes Risikoverhalten kommen kann.

Situative Merkmale, die die Zielerreichung behindern und die von Marlatt (1996) als so genannte äußere Risikosituationen beschrieben wurden, bergen ein erhöhtes Risiko für Rückfälle in vergangene Verhaltensmuster, weil Verhalten, das häufig im selben Kontext ausgeführt wird, als automatisierte Gewohnheit weniger den Intentionen als vielmehr den situativen Auslöserreizen unterliegt (Gollwitzer, 1993, 1999; Ouellette & Wood, 1998). In Situationen erhöhter oder verminderter Anspannung versagt die Abschirmung gegenüber solcher Situationskontrolle. Neben Gewohnheiten können aber auch Möglichkeiten, Mittel, Ressourcen oder Fähigkeiten zur Verhaltensinitiierung fehlen. Weitere Risikosituationen können im sozialen Kontext liegen, wenn die Person durch andere Personen überredet wird, unter Druck gerät oder mit anderen Personen Konflikte austrägt (Marlatt, 1996).

2.1.4 Soziale und interpersonale Ursachen der Intentions-Verhaltens-Lücke

Personen aus dem sozialen Umfeld einer handelnden Person nehmen nicht nur in Risikosituationen Einfluss, sondern dienen der Umsetzung von Intentionen in Verhalten z.B. über Normen oder als Vorbilder. In einer Studie zur körperlichen Aktivität von Studierenden konnte gezeigt werden, dass die Studierenden besonders dann zur körperlichen Aktivität motiviert waren und diese Intentionen in die Tat umsetzten, wenn sie sich mit dem körperlich aktiven Prototyp verglichen und Freunde hatten, die ebenfalls sehr aktiv waren (Rivis & Sheeran, 2003). Im Hinblick auf nahe stehende Personen konnten van Dras und Madey (2004) den positiven Zusammenhang von sozialer Unterstützung und Intentionen zur Erreichung eines persönlichen Gesundheitsziel sowie der tatsächlichen Verhaltensausübung nachweisen. Welche Rolle soziale Unterstützungs- und Kontrollprozesse bei der Verhaltensinitiierung spielen, wird im Abschnitt 2.4 dargestellt.

Die genannten Faktoren lassen verschiedene Möglichkeiten zur Überbrückung der Intentions-Verhaltens-Lücke zu. Zudem fällt die Umsetzung von Intentionen in Verhalten auch dann schwer, wenn die handelnde Person keine klare Vorstellung hat, auf welchem Weg sie ihr Ziel erreichen kann.

Um zur Überbrückung der Intentions-Verhaltens-Lücke mit Hilfe von Interventionen die Verhaltensänderung zu unterstützen, sollten vor allem volitionale Faktoren wie z.B. die konkrete Planung der Verhaltensausübung angesprochen werden. Dies sollte möglichst Theorie-geleitet geschehen (Michie & Abraham, 2004; Abraham & Michie, 2008). Anstelle der bereits genannten kontinuierlich-motivationalen Modelle wird ein dynamisches Modell benötigt, das nicht nur die Intentionsbildung mit Hilfe motivationaler Variablen

vorherzusagen sucht, sondern die Verhaltensänderung als Prozess und unter Zuhilfenahme volitionaler Konstrukte beschreibt. In solchen dynamischen Modellen wird davon ausgegangen, dass die Verhaltensänderung in einer zeitlichen Abfolge diskreter, qualitativ unterschiedlicher Phasen abläuft (Norman, Abraham, & Conner, 2000), wie es z.B. das *Sozial-kognitive Prozessmodell gesundheitlichen Handelns* (Health Action Process Approach, HAPA; Schwarzer, 2002a, 2004) tut.

2.2 Das HAPA-Modell

Das HAPA-Modell zeichnet sich durch die klare Trennung zwischen einer motivationalen und einer volitionalen Phase und durch die Betrachtung der beteiligten sozial-kognitiven Variablen aus. Es beinhaltet als heuristisches Modell die wichtigsten Variablen der statisch-motivationalen Modelle, setzt aber einen expliziten Fokus auf die volitionalen Prozesse, die zur Verhaltensaübung führen (s. Abbildung 2.1).

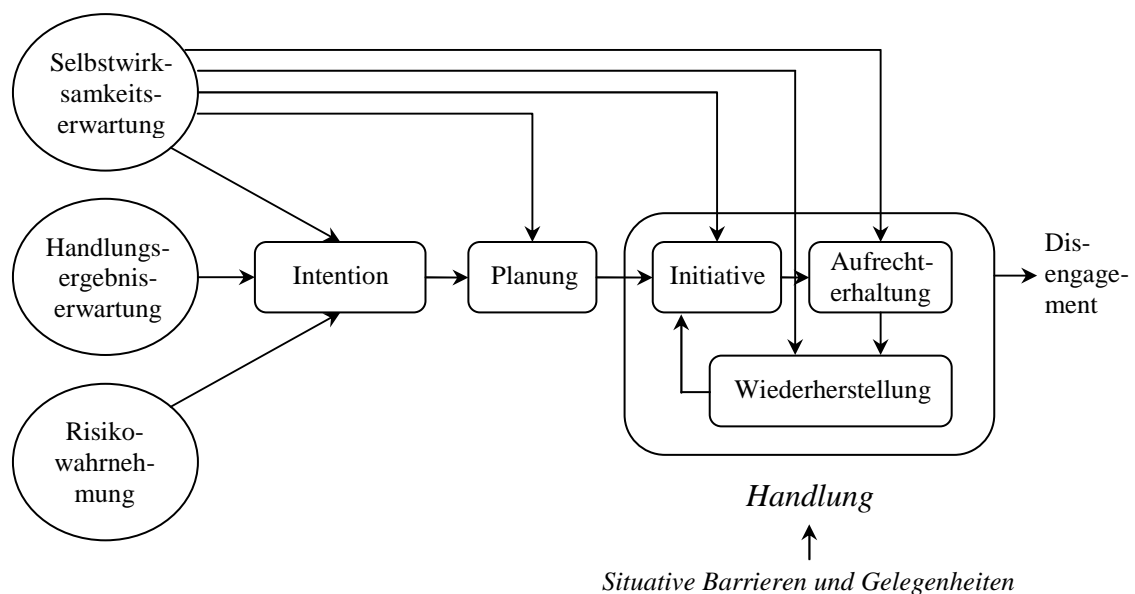


Abbildung 2.1: Sozial-kognitives Prozessmodell des Gesundheitsverhaltens (nach Schwarzer, 2004)

2.2.1 Motivationale Variablen des HAPA-Modells

Die Bildung von *Intentionen* wird in der *motivationalen bzw. präintentionalen Phase* durch das Zusammenspiel von Risikowahrnehmung, Handlungsergebniserwartungen und Kompetenz- bzw. Selbstwirksamkeitserwartungen beschrieben.

Die *Risikowahrnehmung* setzt sich aus einer subjektiven Einschätzung des Schweregrades von Erkrankungen sowie der eigenen Verwundbarkeit zusammen. Die *Handlungsergebniserwartungen* sind Erwartungen darüber, welche Konsequenzen das eigene Verhalten haben wird, d.h. ob es dem jeweiligen Ziel, also beispielsweise dem Abbau des Gesundheitsrisikos dient. Welchem Verhalten Priorität eingeräumt wird, hängt u. a. von der Bewertung der Handlungen und ihrer Ergebnisse ab. Diese beiden Einschätzungen führen erst dann zur Intentionsbildung, wenn das Individuum einschätzt, dass es über genügend Kompetenzen verfügt, um die Handlungsausführung und den späteren Erfolg zu sichern. Diese *motivationale Selbstwirksamkeitserwartung* entspricht den subjektiven Überzeugungen, spezifische Verhaltensweisen aufgrund der eigenen Kompetenz ausführen zu können, und zwar insbesondere in Situationen, die neu, unvorhersehbar, schwierig und stressreich sind.

Folglich intendiert eine Person nur dann eine Verhaltensänderung, wenn sie ihre Gesundheit als bedroht ansieht und Verhaltensweisen kennt, die diese Bedrohung abwenden. Gleichzeitig muss die Person ein ausreichendes Maß an Selbstwirksamkeitserwartungen besitzen, also glauben, dass sie es schafft, in Zukunft im Sinne ihrer Intention zu handeln, selbst wenn sie dabei Hindernisse überwinden muss.

2.2.2 Volitionale Variablen des HAPA-Modells

Das Modell geht über den motivationalen Teil hinaus und schreibt dem *postintentionalen Volitionsprozess* bei der Umsetzung von Intentionen in Verhalten eine besondere Bedeutung zu.

In die *präaktionale Phase* fällt die Planung des Verhaltens. Pläne stellen Konkretisierungen der Zielintentionen dar – wie z.B. die *implementation intentions* (Gollwitzer, 1993). Die planende Person wägt dabei zunächst die möglichen Handlungsalternativen ab und legt dann konkret fest, wie sie ihr intendiertes Ziel erreichen will und ggf. mit Hindernissen umgehen wird (Sniehotta, Schwarzer, Scholz, & Schüz, 2005) (s. Abschnitt 2.3.2). In der folgenden *aktionalen Phase* geht es um die *Initiierung und Aufrechterhaltung* des geplanten Verhaltens. Die *Aufrechterhaltungselbstwirksamkeit* unterstützt die Aufrechterhaltung und schirmt das Verhalten gegen auftretende Hindernisse ab. Kommt es dennoch zu Rückschlägen oder sogar zur zeitweiligen Aufgabe des Verhaltens, helfen die *Wiederherstellungselbstwirksamkeitserwartungen* bei der Neuintiierung des Verhaltens. Dem Umgang mit Misserfolgen zur Wiederaufnahme des Verhaltens in dieser Phase dient auch die *Handlungskontrolle*, die zwar nicht explizit im HAPA-Modell genannt wird, aber die *Orchestrierung der volitionalen Prozesse* ergänzt. Allerdings sind Rückfälle nicht nur negativ. Bei entsprechend positiver

Attribution und erneuter Planung und Handlung können sie dazu führen, dass Erfahrungen gesammelt und die eigene Kompetenz und somit die Volitionsstärke gesteigert werden (Marlatt & Gordon, 1985). Mit zunehmender Anzahl von Versuchen werden die Pläne konkreter und nehmen die Form von realisierbaren Vorgaben an, wann, wo und wie das Verhalten zukünftig ausgeführt werden soll. Gleichzeitig werden die Selbstwirksamkeitserwartungen gesteigert. In der abschließenden *postaktionalen Phase* findet eine *Bewertung* des Verhaltens statt. Je nach Ausgang kommt es zu einer Erneuerung oder Veränderung der Planung, einer Neuintiierung des Verhaltens oder zur Zielentbindung, dem Disengagement. Ob dieses adaptiv oder maladaptiv ist, hängt von den äußeren Umständen ab. Diese abschließende Phase kann erneut als motivationale Phase bezeichnet werden (Schwarzer, 2002a, 2004).

2.2.3 Interventionen basierend auf dem HAPA-Modell

Auf dem HAPA-Modell basierende Interventionen umfassen für Personen in der Motivationsphase z.B. die Risikokommunikation zur Modifikation der Risikowahrnehmung und die Ressourcenkommunikation zur Wahrnehmung der eigenen Möglichkeiten und Kompetenzen, um zur Verhaltensänderung zu motivieren. Für Personen in der volitionalen Phase können durch die konkrete Planung des Verhaltens gleichzeitig Themen wie das Setzen von Prioritäten, die Zielstrukturierung (z.B. Unterziele) und die Selbstwirksamkeitsförderung angesprochen werden. Im Besonderen wurden in Interventionen Planungsstrategien vermittelt (z.B. Sniehotta, Scholz & Schwarzer, 2005; Ziegelmann, Lippke, & Schwarzer, 2006). Dieser wichtige volitionale Faktor wird im nächsten Abschnitt genauer beschrieben.

2.3 Planung

Um ein neues Gesundheitsverhalten aufzunehmen, ist es hilfreich, sich zu überlegen, an welchen Tagen, zu welcher Zeit und in welchen Situationen das Verhalten gezeigt werden soll, und zu wissen, wie das neue Verhalten auszuführen ist. Dies entspricht der konkreten *Handlungsplanung* (Gollwitzer, 1993). Gleichzeitig ist bei einem regelmäßig auszuführenden Gesundheitsverhalten auf dessen Stabilisierung zu achten. Situationen, in denen Rückfälle drohen, müssen vermieden oder antizipiert werden, um sich rechtzeitig Strategien für den Umgang mit Hindernissen bereitzulegen. Auch dies entspricht einer Art der konkreten Planung des Verhaltens, der *Bewältigungsplanung* (Sniehotta et al., 2006). Planung kann demnach sowohl der Verhaltensinitiierung als auch der Rückfallprophylaxe dienen.

2.3.1 Handlungsplanung

Zahlreiche Forschungsvorhaben zur Zielsetzung und -erreicherung konnten zeigen, dass konkrete Ziele (*low-level strivings*) einfacher und mit weniger Mühe umgesetzt werden als abstrakte Ziele (*high-level strivings*; Emmons, 1992). Leventhal, Singer und Jones beschrieben bereits 1965 in einer Untersuchung zur Tetanusimpfung von Studenten, wie die Empfehlung zur Formulierung spezifischer Pläne die Verhaltensinitiierung erleichterte. Später unterschied Gollwitzer (1993, 1999) zwischen Zielintentionen und Handlungsplänen. Die Zielintention folgt der Form „Ich will X erreichen“ und legt damit einen erwünschten Zustand (z.B. „Ich will gesund bleiben/werden“) oder eine Handlungsabsicht (z.B. „Ich habe mir vorgenommen, regelmäßig körperlich aktiv zu sein“) fest. Die Handlungsplanung steht im Dienste der Zielintentionen und erhöht die Wahrscheinlichkeit für die Verhaltensinitiierung in der spezifizierten Situation. Je stärker die Zielintentionen sind, desto stärker wirkt sich die Handlungsplanung auf das Verhalten aus (Sheeran, Webb, & Gollwitzer, 2005). Um die Handlungsabsichten in die Tat umzusetzen bzw. den erwünschten Zustand zu erreichen, wird mit Hilfe der Handlungsplanung ein konkretes Verhalten unter vielen möglichen zielführenden Verhaltensweisen ausgewählt, das bestmöglich in den eigenen Alltag eingebaut werden kann. Bei der Handlungsplanung wird ein bestimmtes Verhalten mit einer konkreten Situation verknüpft. Die Situation wird durch die Beschreibung des Zeitpunktes und des Ortes festgelegt. Handlungspläne bestehen also aus drei Komponenten, der Spezifizierung der Zeit („wann“), des Ortes („wo“) und des Verhaltens („wie“) und haben die Form „Ich nehme mir vor, dass ich Handlung Z ausführe, sobald Situation Y auftritt“.

Die durch die Handlungsplanung ausgelösten kognitiven Prozesse, die zur Verhaltensinitiierung führen, ähneln denen, die für Gewohnheiten verantwortlich sind (Gollwitzer, 1993). Gewohntes Verhalten zeichnet sich dadurch aus, dass es nicht bewusst, sondern automatisch initiiert, d.h. durch Reize außerhalb der Person ausgelöst wird. Einen Nachweis dafür, dass durch Handlungspläne geplantes Verhalten unbewusst ausgelöst werden kann, erbrachte eine Untersuchung von Patienten mit Frontallappenläsionen. Trotz ihrer Hirnverletzungen, die eine bewusste Wahrnehmung ausschlossen, konnte in Handlungsplänen festgelegtes Verhalten in den spezifizierten Situationen initiiert werden (Lengfelder & Gollwitzer, 2001). Im Gegensatz zu Gewohnheiten, bei denen die Verknüpfung von Situationen und Verhalten auf häufige Wiederholungen dieser Kontingenzen beruht, ist die mentale Verknüpfung aufgrund der Handlungsplanung auf einen einmaligen willentlichen Akt zurückzuführen (Gollwitzer, 1993). Durch Handlungsplanung wird genau wie bei gewohnheitsmäßigem Handeln die Kontrolle über die Handlungsauslösung von der eigenen

Person auf die Umwelt übertragen und auf diese Weise automatisiert. Handlungspläne für neues Verhalten, z.B. Gesundheitsverhalten, stehen im Konflikt mit alten Gewohnheiten, da entschieden werden muss, welche der beiden Verhaltensweisen in der bestimmten Situation initiiert werden soll. Wenn also Handlungspläne wie Gewohnheiten wirken, müssen sie auch die als Gewohnheit bezeichnete Verbindung zwischen früherem und späterem Verhalten aufbrechen können. Im gesundheitspsychologischen bzw. medizinischen Kontext zeigten Orbell, Hodgkins und Sheeran (1997), dass in einer Kontrollgruppe das gewohnte frühere Verhalten noch der stärkste Prädiktor für das vorhergesagte Verhalten war, nicht aber bei Studienteilnehmerinnen, die angeleitet wurden, die Brustselbstuntersuchung zu planen.

Die konkrete Planung eines Verhaltens entspricht der kognitiven Vorwegnahme der späteren Handlungsausführung. Dadurch wird das Individuum in einen Bereitschaftszustand versetzt (Gollwitzer & Schaal, 1998). Gleichzeitig werden verschiedene kognitive Prozesse beeinflusst. Zunächst werden die für die Handlungsinitiierung ausschlaggebenden Erinnerungen sowohl an die Intention (Orbell et al., 1997) als auch an die situativen Handlungsauslöser (Gollwitzer & Schaal, 1998) verbessert. Trotz guter Erinnerung an die Vorsätze kann es bei der Handlungsinitiierung zu Problemen kommen. Diese sind oftmals darauf zurückzuführen, dass die handelnde Person durch andere Aktivitäten oder gedanklich abgelenkt, emotional angespannt oder ganz einfach erschöpft und müde ist. Dies führt nicht nur dazu, dass keine Energie und Ressourcen für die Handlungsausführung vorhanden sind, sondern auch dazu, dass die handelnde Person die günstigen, sich meist nur für einen kurzen Augenblick ergebenden Gelegenheiten für die Handlungsinitiierung nicht erkennt und sie vergehen lässt (Gollwitzer & Schaal, 1998). Mit Hilfe bei der Handlungsplanung entwickelten mentalen Repräsentationen der spezifizierten Situationsmerkmale kann die Aufmerksamkeit auf die Verhaltensinitiierung umgelenkt werden und Möglichkeiten zur Handlungsinitiierung leichter wahrgenommen werden (Gollwitzer, 1993; Orbell et al., 1997).

Zu den Effekten der Handlungspläne auf der Verhaltensebene zählen eine schnellere Initiierung des geplanten Verhaltens und eine verbesserte Zielerreichung (Gollwitzer & Brandstätter, 1997): In zwei Studien ging es um Projekte oder Aufgaben, die über die Ferien erledigt werden sollten. Diejenigen Studierenden, die Handlungspläne für das Erreichen ihrer Projekte aufgestellt hatten, initiierten das Verhalten eher zum geplanten Zeitpunkt und erreichten ihre Ziele vermehrt. Darüber hinaus wurde in einer dritten Studie im Labor untersucht, ob die Zeit bis zur Handlungsinitiierung durch Handlungspläne verkürzt werden kann: Die Studienteilnehmer wurden gebeten zu planen, wann, d.h. bei welchen günstigen Gelegenheiten sie Gegenargumente auf rassistische Bemerkungen einer auf Video

präsentierten Person anbringen wollten. Die folgende Videopräsentation, auf die sich die Studienteilnehmer vorbereitet hatten, wurde allerdings noch einmal von der Versuchsleitung modifiziert, indem zusätzliche rassistische Bemerkungen eingespielt wurden. Trotz der unvorhersehbaren Veränderungen brachte die Experimentalgruppe im Gegensatz zur Kontrollgruppe, die lediglich Gegenargumente formuliert hatte, ihre Gegenargumente schneller, d.h. häufiger im kritischen Zeitrahmen an.

Gesundheitsverhaltensweisen, die präventiv oder rehabilitativ ausgeführt werden können, um den Gesundheitszustand zu verbessern, sind z.B. körperliche Aktivitäten in Form von Ausdauersport und gesunde Ernährung. Diese müssen, um wirksam zu sein, häufiger bzw. regelmäßig durchgeführt werden, genauso wie nahrungsergänzende Vitaminpräparate oder Medikamente täglich eingenommen werden müssen. Der positive Einfluss der Handlungspläne auf die regelmäßig auszuführende gesunde Ernährung konnte sowohl für kürzere Zeiträume (z.B. zehn Tagen; Sheeran & Orbell, 1999) als auch für längere Zeiträume (z.B. vier Wochen; Armitage, 2004) beobachtet werden. In einer Längsschnittstudie von Milne, Orbell und Sheeran (2002) wurden die Studienteilnehmer zu mehr körperlicher Aktivität angehalten. Zu unterscheiden sind eine Kontrollgruppe ohne Intervention, eine motivationale Interventionsgruppe, und eine Gruppe, die zusätzlich zur motivationalen eine volitionale Intervention erhielt. Die motivationale Intervention bestand im Lesen einer Broschüre über die Vorbeugung Herz-Kreislauf-Erkrankungen durch körperliche Aktivität. Die volitionale Intervention bestand aus dem Formulieren von Handlungsplänen. Auch hier war lediglich in der Gruppe mit Handlungsplänen der Anteil derjenigen, die mindestens 20 Minuten pro Woche Sport trieben, nach einer Woche erhöht. Zudem führten fast alle Mitglieder der Planungsgruppen das Verhalten auch am geplanten Tag (88%), zur geplanten Zeit (97%) und am geplanten Ort (100%) aus. Die motivationale Intervention allein hatte dagegen keinen beobachtbaren Einfluss auf das Verhalten. Auch die körperliche Aktivität kann durch Handlungspläne für längere Zeit unterstützt werden (Prestwich, Lawton, & Conner, 2003).

Die Forschung zu Handlungsplänen zeigt, wie durch Handlungsplanung mit Hilfe einer kurzen Intervention viel versprechende Erfolge für die Handlungsinitiierung erzielt werden können. Bei der Gesundheitsverhaltensänderung geht es in den meisten Fällen nicht um das einmalige Ausführen einer gesundheitsförderlichen Verhaltensweise, wie einmal joggen zu gehen oder einen Tag lang auf Zigaretten zu verzichten, sondern es geht vielmehr um die dauerhafte Umstellung des Verhaltens, um die Aufgabe alter und um den Aufbau neuer Gewohnheiten. Damit werden Rückfälle wahrscheinlicher, da immer wieder Situationen

auftreten können, in denen die Motivation, das alte, gewohnte, vielleicht auch einfachere Verhalten zu zeigen, höher ist als der Wille, sich gesund zu verhalten.

2.3.2 *Bewältigungsplanung*

Im HAPA-Modell werden subjektiv wahrgenommene oder objektive Hindernisse – auch interne oder externe Barrieren genannt – als ausschlaggebend dafür beschrieben, ob ein Verhalten ausgeführt wird. Unter solchen Hindernissen sind sowohl psychische und physische Zustände wie Stress und Müdigkeit, als auch äußere Gegebenheiten wie Termine, aber auch jahrelange Gewohnheiten zu verstehen, die der Verhaltensinitiierung und -aufrechterhaltung im Wege stehen. Diese Herausforderungen und Barrieren stellen einen weiteren Grund für die Lücke zwischen der Intention und dem Verhalten dar, indem sie mit dem in den Handlungsplänen festgelegten Verhalten im Konflikt stehen. Mit Hilfe einer weiteren Planungsart, der *Bewältigungsplanung* (Sniehotta et al., 2006; Sniehotta, Schwarzer, Scholz, & Schüz, 2005), soll das Rückfallrisiko gesenkt werden. Sie schließt sich an die Handlungsplanung an und soll durch die Bewältigung von Hindernissen die regelmäßige Ausführung bzw. Aufrechterhaltung des Verhaltens unterstützen. Damit stellt sie einen weiteren Vorschlag zur Überbrückung der Intentions-Verhaltens-Lücke dar.

Bewältigungspläne folgen der Form „Wenn die Situation $S_{\text{konf.}}$ auftritt, in der das intendierte Verhalten X und das gewohnte Verhalten Z konfliktieren, wende ich Strategie Y an, um das intendierte Verhalten X anstelle der Gewohnheit Z auszuführen“. Sie liefern damit eine konkrete Strategie, um in Situationen, in denen es zu Konflikten zwischen altem und neuem Verhalten kommt ($S_{\text{konf.}}$) oder andere Barrieren auftreten, der geplanten Verhaltensweise vor diesen Hindernissen Priorität einzuräumen. Die Zielerreichung wird durch die Identifizierung von Hindernissen und durch die Formulierung von Handlungsstrategien kontrollierbarer, indem die handelnde Person um ihre eigenen Kompetenzen, mit den Hindernissen umzugehen, weiß.

Welche Rolle allein die Wahrnehmung hoher Barrieren spielt zeigen folgende Studien: Die Wahrnehmung von Barrieren wie z.B. Terminprobleme, gesundheitliche Einschränkungen und finanzielle Kosten reduziert die Wahrscheinlichkeit der regelmäßigen Ausführung körperlicher Aktivität (Fuchs, 1997; Sallis, Hovell, Hofstetter, & Barrington, 1992; Salmon, Owen, Crawford, Bauman, & Sallis, 2003). Auch die Inanspruchnahme einer intendierten Grippeimpfung wurde durch das wahrgenommene Fehlen von Impfstoff als unerwartet auftretende Barriere verhindert (DiBonaventura & Chapman, 2005).

Durch Interventionen, in denen die Teilnehmer angeleitet werden, persönliche Bewältigungspläne aufzustellen, können individuell zutreffende Hindernisse antizipiert und für das jeweilige Hindernis adäquate, auf die Person zugeschnittene Bewältigungsstrategien festgelegt werden. Der Einfluss von Bewältigungsplänen auf die Aufrechterhaltung des Verhaltens konnten bei Herz-Kreislauf-Patienten gezeigt werden (Sniehotta et al., 2006), die während ihrer Anschlussheilbehandlung an einer experimentellen Planungsintervention teilnahmen. Diese umfasste drei Gruppen, eine nicht-planende Kontrollgruppe, eine Gruppe, die Handlungspläne aufstellte, und eine kombinierte Gruppe, die sowohl Handlungs- als auch Bewältigungspläne formulierte. Im Gegensatz zur Kontrollgruppe konnte zwar die Handlungsplanungsgruppe ihre körperliche Aktivität steigern, unterschied sich aber nicht signifikant von der Kontrollgruppe. Die Teilnehmer der kombinierten Planungsgruppe dagegen waren zwei Monate später im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant körperlich aktiver (Sniehotta et al., 2006). In einer weiteren Studie überprüften die Autoren die Effekte des selbständigen, in Fragebogen berichteten Planens auf die körperliche Aktivität. Dabei ergab sich, dass die selbstberichtete Bewältigungsplanung in den ersten zwei Monaten verstärkt angewandt wurde, da die Patienten nach der Entlassung aus der Anschlussheilbehandlung in ihrem Alltag bereits Erfahrungen mit Hindernissen gemacht und Strategien ausprobiert hatten. In der Folge war die Bewältigungsplanung ein wichtiger Prädiktor für die Aufrechterhaltung der körperlichen Aktivität vier Monate nach dem Reha-Aufenthalt. Von der Anleitung zur Bewältigungsplanung konnten vor allem jüngere Herz-Patienten profitieren, während ältere Patienten aufgrund ihrer Lebenserfahrungen und ggf. einer längeren Krankengeschichte bereits über erprobte Bewältigungsstrategien verfügten (Scholz, Sniehotta, Burkert, & Schwarzer, 2007).

Das Konzept der Bewältigungsplanung ist nicht neu. Auch aus dem psychotherapeutischen Bereich ist bekannt, dass die Überwindung individueller Barrieren zu früheren Zeitpunkten deren Bedeutsamkeit für spätere Zeitpunkte mindert, so dass sie als langfristige Hindernisse an Einfluss verlieren. In der Verhaltens- und Suchttherapie werden Verfahren zur Bewältigung von Risikosituationen angewandt. So dient die *kognitive Probe* der Vorwegnahme eines schlecht beherrschten oder angstbesetzten Verhaltens dem Ziel einer effektiveren Verhaltensinitiierung und -ausführung (Hoffmann, 1996). Zum einen kommt es zur Desensibilisierung oder Entkatastrophisierung. Darüber hinaus werden wie bei der Bewältigungsplanung Handlungsabläufe konkretisiert, Schwierigkeiten antizipiert und Bewältigungsverhalten eingeübt. Auch Marlatt und Gordon (1985) gehen in ihrem *Rückfallmodell* davon aus, dass Suchtverhalten wie auch anderes Risiko- und

Gesundheitsverhalten erlernt ist und damit unter der Kontrolle der handelnden Person steht. Zunächst gilt es im Rahmen der Selbstregulation, das eigene Verhalten zu analysieren, um auf Situationen, die ein hohes Risiko bergen, vorbereitet zu sein und um nicht in das alte Verhalten zurückzufallen. Dazu unterscheiden die Autoren folgende Situationsklassen: (a) äußere bzw. interpersonale Hochrisikosituationen, in denen andere Personen einbezogen sind wie negative soziale Situationen (z.B. Konflikte) und sozialer (Gruppen-)Druck (z.B. Verführung) und (b) intrapersonale Hochrisikosituationen, in denen das Risiko in der Person selbst zu suchen ist wie negative oder positive emotionale Zustände oder plötzliches Verlangen (Marlatt, 1996). Sie entsprechen den potentiellen Hindernissen in den Bewältigungsplänen. Um diese Situationen zu meistern, müssen erfolgreiche Bewältigungsstrategien bereitliegen. In der verhaltenstherapeutischen Behandlung von Süchten werden deshalb neben Ablehnungstraining und Expositionsübungen auch gezielt Bewältigungsstrategien erarbeitet, indem mögliche Rückfallsituationen möglichst anschaulich beschrieben und Strategien erarbeitet werden, um die Situation abstinent bewältigen zu können (Lindenmeyer, 2001). Durch positive Lernerfahrungen („*mastery experiences*“) können die Selbstwirksamkeitserwartungen gestärkt werden, so dass die Wahrscheinlichkeit für einen Rückfall reduziert wird (Bandura, 1997).

2.4 Dyadische Planung und ihre potentiellen Wirkmechanismen

Die meisten Planungsstudien haben beleuchtet, wie individuell, d.h. allein aufgestellte Pläne die Verhaltensänderung unterstützen. Im gesundheitspsychologischen Kontext wurde dagegen wenig untersucht, welche Rolle es spielt, mit einem Partner gemeinsam zu planen. Bei der *dyadischen Planung* (Burkert et al., 2005) geht es deshalb um das mit einer zweiten Person *gemeinsame* Planen einer Verhaltensänderung der Zielperson. Die Partner stellen gemeinsam Handlungs- und Bewältigungspläne auf, indem sie im Gespräch erörtern, wann, wo und wie die Zielperson das geplante Verhalten im Alltag initiieren will, sowie Strategien erarbeiten, um mit Hindernissen oder kritischen Ereignissen umzugehen. Diese Pläne sollen von der Zielperson allein ausgeführt werden können.

Im Bereich der Krankheitsbewältigung sind solche Prozesse bereits bekannt. Indem von der dyadischen Planung erwartet wird, dass sie die Anpassung an die mit der Verhaltensausführung einhergehenden Veränderung erleichtert, ist sie mit bestimmten Formen des dyadischen Copings (Bodenmann, 2000) zu vergleichen. Bodenmann (2000) beschreibt das dyadische Coping als einen Prozess, der durch das Zusammenwirken von Stresssignalen des einen Partners, der Wahrnehmung dieser Signale durch den anderen

Partner und den Antwortreaktionen charakterisiert ist. Stress wird nicht allein, sondern in der Dyade bewältigt. Unter positivem dyadischen Coping fasst er das supportive, das delegierte und das gemeinsame Coping. Durch delegiertes Coping werden Stresssituationen bewältigt, indem dem Partner Aufgaben überantwortet werden. Dies würde nur dann mit der dyadischen Planung übereinstimmen, wenn geplant würde, dass der Partner Aufgaben, die der Beseitigung antizipierter Hindernisse dienen, übernehme. Die dyadische Planung ist eher mit dem gemeinsamen und supportiven Coping, insbesondere mit den problembezogenen Varianten, zu vergleichen. Beim gemeinsamen problembezogenen Coping werden gemeinsam Lösungsvorschläge diskutiert, Informationen beschafft oder Handlungsabläufe geplant. Im Vergleich dazu geht beim supportiven dyadischen Coping die Initiative vom Partner aus, indem er Ratschläge gibt oder dem Betroffenen durch Interesse und Mithilfe Mut macht. Dies sind Komponenten eines dyadischen Planungsgespräches und können daher den Stress, der mit der Verhaltensumstellung einhergeht, frühzeitig abmildern. Auf die möglichen Prozesse wie z.B. soziale Unterstützung, die durch das dyadische Planen angestoßen werden könnten, wird in den Abschnitten 2.4.1 bis 2.4.4 genauer eingegangen.

Auch im therapeutischen Kontext wird die Einbeziehung des Partners oder anderer assistierender oder unterstützender Personen für beabsichtigte Verhaltensänderungen genutzt. In verhaltenstherapeutischen Maßnahmen zur Behandlung von Suchterkrankungen wie der Alkoholabhängigkeit werden zunehmend Angehörige mit einbezogen (Lindenmeyer, 2001), indem sowohl Informationen vermittelt, der Umgang mit interpersonellen Konflikten oder die Förderung positiven Erlebens in der Partnerschaft thematisiert werden. Zudem können die Angehörigen direkt an der Rückfallprophylaxe teilhaben, indem Rückfälle gemeinsam analysiert, Auslösebedingungen identifiziert und Bewältigungsstrategien zum Umgang mit solchen Hindernissen besprochen oder gemeinsam ein Notfallplan erarbeitet werden (Lindenmeyer, 2001). Auch verhaltenstherapeutische Maßnahmen zur Behandlung der Adipositas umfassen eine Vielzahl von Bereichen, die partnerschaftlich bearbeitet werden sollen: z.B. Informationsvermittlung, Selbstmanagement-Training, Stressmanagement, Verhaltensanalyse, Stimuluskontrolle, Rückfallprophylaxe, kognitives Umstrukturieren, soziales Kompetenztraining aber auch soziale Unterstützung (Benecke, 2002). Durch den Einbezug eines Partners kann dieser nicht nur emotionale, instrumentelle und informationelle Unterstützung leisten, sondern übernimmt gleichzeitig sowohl eine Vorbild- als auch eine Kontrollfunktion. Die Frage, welchen Einfluss die Teilnahme des Partners auf die Adipositas-Therapie hat, kann aufgrund der derzeitigen Datenlage nicht abschließend beantwortet werden. In einem Raucherentwöhnungsprogramm für Jugendliche wurden sogenannte

„Paten“, d.h. andere Jugendliche einbezogen. Durch den Erhalt schriftlicher Hinweise sollten sie ihre Freunde bei der Entwöhnung adäquatere Unterstützung leisten können (Wiborg, Hanewinkel, Isensee, & Horn, 2004). Einerseits kann die soziale Unterstützung durch bedeutsame Personen („signifikant others“) den Erfolg von Verhaltensänderungen wie der Raucherentwöhnung voraussagen, andererseits zeigen Untersuchungen, dass Maßnahmen, in denen die Partner Unterstützungskompetenzen vermittelt werden, nicht immer erfolgreich sind (Rohrbaugh et al., 2001). Woran dies liegt, kann bislang kaum gesagt werden, da bei Evaluationen solcher Interventionen die sozialen Prozesse und ihre Veränderungen selten explizit untersucht werden. Eine Form der Familienkonsultation (FAMCON, family consultation), die die Partner als Teilnehmer der Programme in die Intervention integriert, könnte zur Aufklärung beitragen. Dabei konnten die Paare gemeinsam zwischenmenschliche Schwierigkeiten – in diesem Fall bei der Raucherentwöhnung – antizipieren sowie Substitutionsrituale und Aktivitäten alternativ zum Rauchen planen (Rohrbaugh et al., 2001). Die Autoren berichten von einer hohen Zufriedenheit der Teilnehmer mit dem Programm und von ermutigenden Ergebnissen hinsichtlich des Nichtrauchens.

Im gesundheitspsychologischen Kontext wurde bislang nur gezeigt, dass Gespräche mit der Familie oder Freunden, also der Einfluss des sozialen Umfeldes, die Intention zur Aufnahme eines Gesundheitsverhaltens bestärkt (Ajzen, 1991). Das gemeinsame Planen hat sich dagegen bislang noch nicht durchgesetzt. Nur eine Studie untersucht die Effekte der so genannten *collaborative implementation intentions*, bei denen es darum geht, sowohl gemeinsam Handlungspläne aufzustellen, als auch das Verhalten gemeinsam auszuführen (Prestwich et al., 2005). In dieser Studie war das Zielverhalten die Brustselbstuntersuchung, die durch die Beteiligung des Partners eher ausgeführt werden sollte. Alle Teilnehmerinnen der Gruppe, die gemeinsam mit ihrem Partner Handlungspläne aufstellten, führten die Untersuchung durch. Bei den Teilnehmerinnen, die in einer Partnerschaft lebten, aber keine Pläne aufstellten, lag der Anteil derjenigen, die die Untersuchung durchführten, bei 83%. Bei den planenden Teilnehmerinnen ohne Partner waren es nur 63%, die die Untersuchung durchführten. Lediglich 26% derjenigen, die nicht planten und die keinen Partner hatten bzw. deren Partner nicht an der Brustselbstuntersuchung teilnehmen sollte, führten die Untersuchung durch. Diese Gruppenunterschiede führen die Autoren darauf zurück, dass die Verhaltensaufführung seltener vergessen wurde. Ob die Effekte auf die gemeinsame Planung oder auf z.B. soziale Unterstützung oder andere volitionale oder soziale Faktoren zurückzuführen sind, wurde in dieser Studie nicht untersucht.

Im Gegensatz zur Studie von Prestwich und Kollegen wird in der vorliegenden Studie unter dyadischem Planen das gemeinsame Planen verstanden, nicht die gemeinsame Verhaltensausführung. Dem liegt die Annahme zugrunde, dass bei einem z.B. zur Rehabilitation regelmäßig auszuführenden Verhalten die Anwesenheit des Partners nicht immer erforderlich sein würde, da eine solche Voraussetzung eher eine Barriere als eine Hilfe für die Ausführung darstellen würde. Dennoch ist anzunehmen, dass dyadisches Planen nicht nur intrapersonale Prozesse, sondern auch interpersonale und soziale Prozesse in der Beziehung der beiden Partner anstößt. Im Folgenden werden deshalb potentielle Wirkmechanismen genannt, durch die das dyadische Planen die Verhaltensumstellung unterstützen kann. Durch die Beteiligung am Planungsgespräch erfährt die Partnerin Informationen zum auszuführenden Verhalten, die ihr ermöglichen, Einfluss auf die Verhaltensvorbereitung und -änderung zu nehmen.

2.4.1 Soziale Unterstützung

Soziale Unterstützungsprozesse als interpersonelle emotionale und instrumentelle Hilfe z.B. als Stresspuffer (Cohen et al., 1988; Lewis & Rook, 1999) spielen eine Rolle bei der Veränderung von Verhalten. Die Veränderung von (Gesundheits-)Verhaltensweisen, aber auch die Auslöser dafür – wie beispielsweise Erkrankungen – sind Stresssituationen, die bewältigt werden müssen. Unter anderem wurde gezeigt, dass sich bereits die soziale Einbettung wie Partnerschaft und Ehe für die Bewältigung von Stressoren als günstig erweist – vor allem für Männer (Helgeson, 2005). Die günstige Wirkung der Ehe und enger Partnerschaften wird darauf zurückgeführt (Coombs, 1991), dass vor allem gesündere Personen verheiratet sind, da die Ehe als Indikator für soziale Einbettung und Teilnahme steht (Selektionshypothese). Allerdings können die Partnerschaftsvorteile für die Gesundheit auch mit interpersonalen Unterstützungsleistungen erklärt werden (Unterstützungshypothese). Wird die soziale Unterstützung untersucht, kann zwischen wahrgenommener, mobilisierter, geleisteter und erhaltener Unterstützung unterschieden werden.

Die *wahrgenommene Unterstützung*, d.h. die generelle Überzeugung, dass Unterstützung verfügbar ist, wenn sie gebraucht wird (Sarason, Pierce, & Sarason, 1990; Schwarzer, Knoll & Rieckmann, 2003), kann ebenfalls als Erklärung für die positive Wirkung des sozialen Netzwerks herangezogen werden. Das Ausmaß an geleisteter Unterstützung, die vom Empfänger wahrgenommen und berichtet wird, wird als *erhaltene Unterstützung* bezeichnet (Sarason, Sarason, & Pierce, 1990). Befunde zum Effekt der erhaltenen Unterstützung auf den Rezipienten sind nicht konsistent. Einerseits ist sie förderlich für die Gesundheit und Wohlbefinden (Cohen & Wills, 1985), andererseits ist sie aber auch mit negativen

Phänomenen wie Ängstlichkeit (Dunbar, Ford, & Hunt, 1998) oder Depression (Bolger, Zuckerman, & Kessler, 2000) assoziiert. Die negativen Zusammenhänge zwischen erhaltener Unterstützung und Wohlbefinden sind auf drei Arten zu erklären (Dunbar et al., 1998): (a) durch die Hypothese zur Unterstützungsmobilisation, nach der die soziale Unterstützung erst als Folge des Stresserlebens mobilisiert und geleistet wird, (b) durch die Selbstwertbedrohungshypothese, nach der durch den Erhalt von Unterstützung die Selbstachtung sinkt und (c) durch die Ungleichgewichtshypothese, nach der das erlebte Ungleichgewicht im Fall, dass Unterstützungsleistungen nicht zurückgegeben werden können, zu einem Anstieg des Stresserlebens führt (Bolger, et al., 2000). Aus diesem Grund sollten bei der Transaktion von sozialer Unterstützung zusätzlich die Unterstützungsmobilisation und geleistete Unterstützung berücksichtigt werden (Dunkel-Schetter, Blasband, Feinstein, & Bennett, 1992). Wird der Unterstützungsaustausch von einer Person in Gang gesetzt, indem Hilfe, Rat oder Ähnliches eingefordert wird, spricht man von *Unterstützungsmobilisierung* (Dunkel-Schetter & Skokan, 1990; Hobfoll & Lerman, 1988). Steht die erhaltene Unterstützung nicht im Verhältnis zur Mobilisierung, kann dies zu Enttäuschung oder Ärger führen (Martire, Stephens, Druley, & Wojno, 2002). Zu viel Beschützung („overprotectiveness“) durch den Partner kann als zusätzliche Last wahrgenommen werden. Es kann auch in einer Abnahme der Selbstwirksamkeit resultieren, da Verhalten nicht selbst ausprobiert werden kann und die Autonomie und Verantwortung für das eigene Verhalten schwindet (Coyne, Ellard, & Smith, 1990). Wird dagegen zu wenig Unterstützung geleistet, beispielsweise weil die Mobilisierungsversuche nicht erkannt werden, oder weil die Unterstützungsleistung inadäquat ist (Hobfoll, 2001) oder vom Empfänger nicht wahrgenommen wird (Bolger et al., 2000), beeinflusst auch dies das Wohlbefinden des Empfängers negativ (Burkert, Knoll, & Gralla, 2006). Die *geleistete Unterstützung* kann wiederum vom Empfänger nicht bemerkt und nicht berichtet werden, sich dennoch auf dessen Wohlbefinden auswirken. Bolger und Kollegen sprechen in diesem Fall von „unsichtbarer Unterstützung“ („invisible support“; Bolger et al., 2000). So kann Stress beispielsweise durch „protektives Abpuffern“ („protective buffering“; Cohen & Wills, 1985) vom Empfänger ferngehalten und damit sein Wohlbefinden erhalten oder gestärkt werden. Um den Effekt der erhaltenen Unterstützung aufzuklären, wurden auch weitere Moderatoren wie z.B. Persönlichkeitseigenschaften berücksichtigt (Knoll, Burkert, & Schwarzer, 2006).

Die positive Auswirkung sozialer Unterstützung auf die Aufrechterhaltung von Gesundheitsverhalten konnte bereits in verschiedenen Studien zur Gewichtsreduktion oder zum Nichtrauchen gezeigt werden (z.B. Finnegan & Suler, 1985). Die Unterscheidung zwischen

Personengruppen, von denen die Unterstützung ausgeht, zeigt, dass für die Aufnahme körperlicher Aktivität oder einer gesunden Ernährung vor allem Ehepartner und Familienangehörige wichtig waren, wohingegen für die Krebsvorsorge vor allem der Austausch und die unterstützende Interaktion mit Ärzten als hilfreich angesehen wurden (Trasher et al., 2004).

Soziale verhaltensbezogene Unterstützung sollte nicht nur eine Rolle während des dyadischen Planens spielen, sondern auch durch das dyadische Planen angestoßen werden und die Umsetzung der Pläne in Verhalten fördern. Es ist anzunehmen, dass sie sich auf die motivationalen und volitionalen Prozesse der Verhaltensänderung auswirkt. So kann einerseits ein Partner durch die Beteiligung an der Planung des Verhaltens Ratschläge einfließen lassen und Hilfe leisten. In diesem Sinne könnte dyadische Planung als eine Form des dyadischen Copings angesehen werden (Bodenmann, 2000). Andererseits ist aber auch zu erwarten, dass der Partner durch die gemeinsame Planung Verantwortung für die Verhaltensänderung der Zielperson übernimmt und mit Unterstützungsleistungen versucht, die Verhaltensänderung zu erleichtern.

Über diese positiven Auswirkungen gemeinsamen Planens hinaus sind aber auch nachteilige soziale Prozesse denkbar, die auf die dyadische Planung folgen. Aus diesem Grund soll im nächsten Abschnitt die negative soziale Kontrolle genauer beleuchtet werden.

2.4.2 Negative soziale Kontrolle

Soziale Kontrolle umfasst explizit oder implizit ausgeübten Druck von anderen Personen mit dem Ziel, dass soziale Normen eingehalten oder Verpflichtungen erfüllt werden. Beispielsweise sollen erwünschte Verhaltensweisen ausgeübt und unerwünschte unterlassen werden (Tucker & Mueller, 2000).

Unter sozialer Kontrolle sind Taktiken zusammengefasst, die von einer Person, z.B. dem Partner, ausgeübt werden, um das Verhalten einer Zielperson zu regulieren. Sozialer Einfluss wird vor allem dann genommen, wenn entweder der Partner oder die Zielperson den starken Wunsch hat, dass ein Verhalten verändert werden soll (Butterfield & Lewis, 2002). Wünscht sich der Partner, dass die Zielperson ihr Verhalten umstellt oder drängt er sie sogar dazu, kann dies dazu führen, dass die Motivation der Zielperson erhöht wird, ihr Verhalten tatsächlich zu verändern. Sie können demnach einen wichtigen Anstoß zur Verhaltensänderung geben.

Es wird zwischen indirekten und direkten Kontrollmechanismen unterschieden. Kontrolle äußert sich *indirekt*, wenn die Zielperson sich ihrer Verpflichtung oder Verantwortung gegenüber anderen Personen bewusst ist und sich deshalb entsprechend der sozialen Normen

oder gesundheitsbewusst verhält. Strategien, die von einer kontrollierenden Person direkt an die Zielperson gerichtet sind wie z.B. Überredungen oder Drängen, fallen unter die *direkt* ausgeübte soziale Kontrolle (Lewis & Rook, 1999).

Die Taktiken der sozialen Kontrolle korrespondieren mit den von Raven (1988) beschriebenen „bases of power“, wonach soziale Macht durch Belohnung, Zwang, Referenzen und Informationen oder aufgrund von Legitimität und Expertise ausgeübt wird. Sie können in positiv und negativ differenziert werden. Unter *negativen* Taktiken werden z.B. ein schlechtes Gewissen zu machen, zu drängen, Spott zu äußern und negative Vergleiche anzustellen gefasst. Sie werden vor allem dann angewendet, wenn es um das Unterlassen von gesundheitsgefährdendem Verhalten geht (Butterfield & Lewis, 2002; Lewis & Rook, 1999). Dagegen zählen zu den *positiven* Taktiken der sozialen Kontrolle Hilfe anzubieten, Besorgnis zu äußern, Verständnis zu zeigen, Belohnung und Informationen zu geben sowie positive Vergleiche anzustellen. Diese positiven Taktiken sind mit sozialer Unterstützung gleichzusetzen.

Die Ausübung vor allem negativer sozialer Kontrolle kann zu Problemen führen, wenn die Verhaltensänderung lediglich auf den Wunsch und das Drängen des Partners und aus der Verpflichtung gegenüber dem Partner heraus erfolgt. Zwar werden generell in engen Partnerschaften negative Kontrolltaktiken seltener angewandt. Doch tritt Widerstand und Noncompliance der Zielperson auf, werden auch sie eingesetzt. Je länger die Verhaltensänderung andauert, desto mehr soziale Kontrolle wird ausgeübt (Butterfield & Lewis, 2002). Im Fall, dass der Kontrollierende aber keine Kontrolle über das Verhalten der Zielperson ausüben kann, wird auch er langfristig hilflos reagieren und die Kontrollversuche aufgeben (Butterfield & Lewis, 2002).

Soziale Kontrolle entsteht immer dann, wenn eine Person Einfluss auf die Verhaltensregulation einer Zielperson nimmt. So also auch bei der Veränderung von Risiko- und Gesundheitsverhalten. Untersuchungen zur sozialen Kontrolle hatten in erster Linie Risikoverhalten zum Thema (Lewis & Rook, 1999), wobei neben gesundheitsgefährdendem Verhalten (z.B. Substanzmissbrauch; Umberson, 1987) vor allem deviantes Verhalten (z.B. Kriminalität; Malinowski & Münch, 1975; Meier, 1982) im Mittelpunkt der Forschung stand. Im Hinblick auf Gesundheitsverhaltensweisen konnten Helgeson und Kollegen keinen förderlichen Effekt der von dem Ehepartner ausgeübten sozialen Kontrolle feststellen (Helgeson, Novak, Lapore, & Eton, 2004). Tucker und Mueller (2000) interviewten Ehepaare, um herauszufinden, welche Taktiken überhaupt angewendet und welche von der Zielperson als effektiv wahrgenommen werden. Vor allem Strategien wie gemeinsam das Gesundheitsverhalten auszuführen, Hilfestellungen zu leisten und (auch wiederholte) Aufforderungen, das

Verhalten zu verändern wurden dabei von der Zielperson als effektiv identifiziert. Lewis und Rook (1999) betrachteten den Zusammenhang sozialer Kontrolle mit zu veränderndem Gesundheitsverhalten (z.B. Nichtrauchen, körperliche Aktivität und Alkoholkonsum) noch differenzierter, d.h. unter Berücksichtigung von direkten positiven und negativen Taktiken. Die soziale Kontrolle war vor allem dann besonders hoch, wenn ein Verhalten zu unterlassen war. Ausschlaggebend für die Verhaltensänderung waren die positiven Taktiken. Im gesundheitspsychologischen Kontext untersuchten Cohen und Lichtenstein (1990) den Einfluss von positivem und negativem (Kontroll-)Verhalten auf die Raucherentwöhnung und Aufrechterhaltung des Nichtrauchens. Nicht nur die Häufigkeit, sondern auch das Verhältnis der angewendeten Taktiken war von Bedeutung für das Rauchverhalten der Zielperson: Je mehr positive und je weniger negative Taktiken von den Zielpersonen wahrgenommen wurden, desto eher waren sie nach einem, drei, sechs und sogar nach zwölf Monaten noch abstinent.

Im „dual-effect“-Modell (Rook, 1990) wird davon ausgegangen, dass soziale Kontrolle nicht nur einen positiven Einfluss auf das Gesundheitsverhalten und damit auf den Gesundheitszustand einer Person hat, sondern auch Stress auslösen kann (Lewis & Rook, 1999). Wird zu viel soziale Kontrolle ausgeübt und fühlt sich die Zielperson bevormundet, kann das Stress und Reaktanz bei der Zielperson auslösen (Brehm & Brehm, 1981; Butterfield & Lewis, 2002), was zu kontraindiziertem Verhalten führt. Darüber hinaus existiert die Auffassung, dass nicht zwischen einer affektiven und einer behavioralen Reaktion auf die wahrgenommene soziale Kontrolle unterschieden werden muss. Stattdessen werden in Abhängigkeit der gewählten Taktiken affektive Reaktionen ausgelöst, die den Zusammenhang zwischen sozialer Kontrolle und Gesundheitsverhalten medieren (Tucker & Anders, 2001). Die Autoren untersuchten, welche Taktiken effektiv waren und welche nicht. Negative Emotionen wie Stress und Schuldgefühle traten nur dann auf, wenn der Partner negative Kontrolltaktiken anwendete, wohingegen Zielpersonen, die positive Taktiken wahrnahmen, eher positive Gefühlszustände wie Inspiration und Anreize berichteten. Dass keine vollständige Mediation gefunden wurde, kann laut der Autoren ein Zeichen dafür sein, wie vielschichtig der Zusammenhang zwischen sozialer Kontrolle und Verhalten ist und dass nicht nur die angewendeten Taktiken, sondern auch affektive und kognitive Prozesse (z.B. Bewertung, Selbstwirksamkeit) eine Rolle bei der Verhaltensänderung spielen (Tucker & Anders, 2001).

Aus den berichteten Befunden kann abgeleitet werden, dass vor allem die positiven Kontrolltaktiken die Gesundheitsverhaltensänderung fördern. Da sie mit sozialer Unterstüt-

zung (s.o.) gleichzusetzen sind, werden in der vorliegenden Studie nur die negativen, direkten Kontrollstrategien als negative soziale Kontrolle verstanden. Es wird angenommen, dass die Partnerinnen aufgrund ihrer Einbeziehung in den Verhaltensänderungsprozess durch die dyadische Planung auch soziale Kontrolle im Sinne negativer Taktiken ausüben werden. Wie bereits gezeigt, wirken diese negativen Taktiken sich eher hemmend auf das Verhalten aus.

2.4.3 Phasenspezifische Selbstwirksamkeit

Neben den sozialen Komponenten, die bei der Umsetzung des geplanten Verhaltens eine Rolle spielen sollten, werden als weitere potentielle Wirkmechanismen individuelle Faktoren der Selbstregulation betrachtet. Zunächst werden die *Selbstwirksamkeitserwartungen* untersucht. Mit Selbstwirksamkeitserwartungen werden die Überzeugungen bezeichnet, Fähigkeiten und Kompetenzen zu besitzen, um mit neuen und schwierigen Situationen umgehen oder sie bewältigen zu können (Bandura, 1997). Sie spielen bei der Umsetzung von Intentionen in Verhalten eine wichtige Rolle (Luszczynska & Schwarzer, 2003) und können im gemeinsamen Gespräch, aber auch während der aktiven Verhaltensumstellung durch den Partner gestärkt werden. Selbstwirksamkeitserwartungen können auf vier Arten entstehen und gesteigert werden: (a) persönliche Erfahrungen („mastery experiences“), (b) Beobachtungs- / Modell-Lernen, (c) verbale Überzeugung durch andere und (d) Wahrnehmung des eigenen körperlichen Zustands oder Erregung bzw. Entspannung.

Gleichzeitig wird zwischen drei verschiedenen Abstufungen der Generalität und Spezifität hinsichtlich der Inhalte von Selbstwirksamkeitserwartungen unterschieden (Schwarzer, 2002b): (a) die *allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung* bezieht sich auf die Einschätzung der generellen Lebensbewältigung und wird als stabile personale Ressource betrachtet (Schwarzer, 1994), dagegen ist (b) die *bereichsspezifische Selbstwirksamkeit*, wie sie ursprünglich von Bandura (1997) beschrieben wurde, auf bestimmte Handlungen zur Erreichung eines gesteckten, höheren Zieles – z.B. auf Alkohol und Drogen verzichten oder abnehmen zu wollen – ausgerichtet; (c) die *situationspezifische Selbstwirksamkeit* ist dagegen der Glaube an die eigenen Kompetenzen, eine konkrete Handlung in einer bestimmten Situation trotz möglicher Barrieren ausführen zu können (Fuchs & Schwarzer, 1994).

Selbstwirksamkeitserwartungen beeinflussen nicht nur die Zielsetzung, sondern auch die Dauer und Anstrengung, die in die Verhaltensausführung investiert werden. Durch die Unterscheidung *phasenspezifischer Selbstwirksamkeitserwartungen* kann der Effekt dieser Überzeugungen auf die Verhaltensinitiierung, -aufrechterhaltung und -wiederherstellung

genauer untersucht werden. Diese Differenzierung geht auf Marlatt und Kollegen (1995) und ihre Überlegung zurück. Danach können die Umstellung von Verhalten bzw. die Aufnahme neuer Verhaltensweisen durch unterschiedliche Überzeugungen, das neue Verhalten initiieren, es trotz auftretender Hindernisse aufrechterhalten oder nach Rückschlägen wieder aufnehmen zu können, unterstützt werden. Marlatt et al. (1995) bezeichneten diese Überzeugungen als „action self-efficacy“, „coping self-efficacy“ und „recovery self-efficacy“. Im Deutschen sind folgende Bezeichnungen üblich: (a) *motivationale Selbstwirksamkeit*, die generell darauf ausgerichtet ist, ob eine Verhaltensänderung auf der Grundlage der eigenen Kompetenzen überhaupt möglich scheint und Intentionen gebildet werden, (b) *Aufrechterhaltungselbstwirksamkeit*, durch die der Umgang mit Barrieren bei der Handlungsausführung erleichtert wird, und (c) *Wiederherstellungselbstwirksamkeit* für die Neuaufnahme des Verhaltens nach Rückfällen (Schwarzer & Renner, 2000; Luszczynska & Schwarzer, 2003). Je höher diese Selbstwirksamkeitserwartungen sind, desto eher wird die Motivation zu einer Verhaltensänderung ausgeprägt (s. Schwarzers HAPA-Modell) und desto erfolgreicher können die Intentionen in Verhalten umgesetzt werden, da auch bei Rückschlägen (s. Marlatts Rückfallmodell; Larimer, Palmer, & Marlatt, 1999) nicht sofort aufgegeben wird.

Studienergebnisse bestätigten, dass die Unterscheidung der phasenspezifischen Selbstwirksamkeitserwartungen sinnvoll ist, z.B. bei der Vorhersage der Brustselbstuntersuchung (Luszczynska und Schwarzer, 2003). Bei der Untersuchung von Patienten der kardiologischen Rehabilitation war die motivationale Selbstwirksamkeit der beste Prädiktor für die Intention, körperlich aktiv zu werden. Dagegen sagte die Aufrechterhaltungselbstwirksamkeit nicht nur das Verhalten, sondern auch weitere volitionale Konstrukte wie die Planung und Handlungskontrolle vorher (Sniehotta, Scholz, & Schwarzer, 2005). Auch in einer weiteren Studie mit Koronarpatienten konnte der Effekt der Aufrechterhaltungselbstwirksamkeit auf das spätere Verhalten gefunden werden. Vor allem Patienten, die vor dem Herzinfarkt bereit körperlich aktiv waren, konnten nach der Entlassung aus der Klinik von ihren Aufrechterhaltungselbstwirksamkeitserwartungen profitieren. Nachdem nach dem Reha-Aufenthalt Erfahrungen mit der körperlichen Aktivität gesammelt wurden, verschwand diese Interaktion. Die Wiederherstellungselbstwirksamkeit hatte in dieser Studie keinen direkten, sondern einen moderierten Einfluss auf das Verhalten: Nur unter Berücksichtigung von Aussetzern war sie für die Teilgruppe prädiktiv, die aufgrund gesundheitlicher Probleme nicht trainieren konnten (Scholz, Sniehotta, & Schwarzer, 2005).

Gerade bei körperlichen Einschränkungen fällt es schwer, ärztlichen Vorgaben zur körperlichen Aktivität nachzukommen. Für die Aufrechterhaltung regelmäßigen Becken-

bodentrainings bei Frauen mit Harninkontinenz war die Selbstwirksamkeit einer der bedeutendsten Prädiktoren (Alewijnse, Mester, Metsemakers, & von den Borne, 2003). In einer Studie mit älteren Teilnehmern einer Sportgruppe konnte gezeigt werden, dass die Selbstwirksamkeitserwartungen für den Umgang mit Barrieren und hinsichtlich der Aktivitätsausführung gestärkt werden konnten, wenn zum einen das Verhalten im Sinne der „mastery experiences“ regelmäßig erfolgreich ausgeführt wurde und zum anderen wenn die Teilnehmer sich unterstützt fühlten (McAuley, Jerome, Marquez, & Elavsky, 2003).

In der vorliegenden Studie werden die phasenspezifischen Selbstwirksamkeitserwartungen betrachtet. Vor dem Hintergrund der bestehenden Literatur ist anzunehmen, dass dyadisches Planen einen Einfluss auf die (v.a. Aufrechterhaltungs- und Wiederherstellungs-) Selbstwirksamkeitserwartungen nehmen kann. Durch die gemeinsame Antizipation potentieller Barrieren sowie durch das gemeinsame Erörtern der persönlichen adäquaten Strategie kann die Zielperson durch ihren Partner darin bestätigt werden, dass sie in den geplanten Situationen das neue Verhalten oder die Bewältigungsstrategie wie geplant anwenden werden kann. Vor allem über verbale Überzeugungen, aber auch durch die Initiierung des eigenen Verhaltens sollten als Folge des dyadischen Planens die Selbstwirksamkeitserwartungen gestärkt werden.

2.4.4 Handlungskontrolle

Die Handlungskontrolle ist eine weitere individuelle selbstregulative Kompetenz. Sie wird in der vorliegenden Studie als vierter potentieller Wirkmechanismus der dyadischen Planung untersucht. Die Handlungskontrolle spielt neben der Planung als volitionale Strategie und der Selbstwirksamkeit bei der Umsetzung von Intentionen in Verhalten und bei der Aufrechterhaltung eines regelmäßig auszuführenden Verhaltens eine wichtige Rolle. Sie kann als Selbstregulation im engeren Sinne verstanden werden, um Prozesse zu beschreiben, die die für die Zielerreichung notwendige Regulation intendierten auszuführenden Verhaltens beschreibt (Kuhl, 1985). Die *Selbstregulation* im engeren Sinne erfolgt nach dem Prinzip einer Rückkopplungsschleife in kybernetischen Systemen (Carver & Scheier, 1981, 2002): Das aktuelle Verhalten bzw. der aktuelle Zustand entspricht einer Input-Funktion, die mit dem vorgegebenen Zielstandard verglichen wird. Bei einer Diskrepanz zwischen Input und Standard wird regulierendes Verhalten eingeleitet, dies entspricht der Output-Funktion. In positiven Rückkopplungsschleifen dient ein so genanntes Anti-Ziel als Standard, dessen Erreichung vermieden werden soll. Bei negativen Rückkopplungsschleifen soll dagegen die Diskrepanz zwischen dem Ist-Zustand und dem angestrebten Standard minimiert werden.

Entsprechend dieses Kreislaufes ist unter *Handlungskontrolle* ein Zusammenspiel dreier kognitiver Komponenten zu verstehen (Karoly, 1993): (a) Das Wissen über die eigenen *Standards*, d.h. über die zu erreichenden Zielvorgaben, ist wichtig, da es dem selbstregulierendem Verhalten eine Richtung gibt. Beispielsweise können konkrete Handlungspläne als Standards dienen, mit denen das eigene Verhalten verglichen wird. (b) Die *Selbstbeobachtung* bzw. auf die eigene Person ausgerichtete Aufmerksamkeit ist eine weitere wichtige Voraussetzung für den Vergleich von aktuellem Verhalten und beabsichtigtem Verhalten und folglich für die Diskrepanzreduktion. Vor allem, wenn das Verhalten noch nicht habituiert ist, muss die Verhaltensausführung beobachtet und überprüft werden. (c) Das *Regulationsbemühen* dient der Steuerung des Verhaltens, indem bei Abweichungen von den Standards das Verhalten verändert oder intensiviert wird, um die Diskrepanz zu minimieren. Voraussetzung für eine erfolgreiche Selbstregulation ist in diesem Fall, dass die Möglichkeit zur Verhaltensausführung besteht. Die in Bewältigungsplänen beschriebenen Strategien, wie mit Hindernissen und Barrieren umgegangen werden soll, kann die Handlungsregulation zur Zielerreichung unterstützen.

Im Gegensatz zur Planung als ex-situ-Strategie zur Vorbereitung eines intendierten Verhaltens, wird die Handlungskontrolle als in-situ-Strategie in der Situation zur Regulation des Verhaltens eingesetzt (Schüz, Sniehotta, & Schwarzer, 2007). Die Mediatorfunktion der Handlungskontrolle zwischen der individuellen Planung und dem Verhalten bei einer Stichprobe von kardiologischen Rehabilitationspatienten konnte bereits gezeigt werden (Sniehotta, Schwarzer et al., 2005): Die Patienten wurden während des Klinikaufenthalts angeleitet, Pläne zur Ausführung von körperlicher Aktivität aufzustellen, und sollten in der Folgezeit ihre Handlungskontrolle, Selbstwirksamkeitserwartungen und die tatsächliche Verhaltensausübung berichten. Sowohl der Effekt der Handlungspläne, als auch die Wirkung der Aufrechterhaltungselbstwirksamkeit auf das Verhalten nach zwei Monaten wurden durch die Handlungskontrolle partiell mediiert. Gleichzeitig stellte die Handlungskontrolle den stärksten Prädiktor für das nachfolgende Verhalten dar und kann damit als proximalster der volitionalen Prädiktoren für das (Gesundheits-)Verhalten angesehen werden (Sniehotta, Scholz, & Schwarzer, 2005). Auch in anderen Studien konnte der Einfluss der Handlungskontrolle auf die erfolgreiche Ausführung von Gesundheitsverhalten wie z.B. Aerobic (Kendzierski, 1990) gezeigt werden.

Allerdings gibt es auch Situationen, in denen das Handeln nicht kontrolliert wird. *Selbstregulationsfehler* im Sinne von Unter- oder Fehlregulationen können sich auf alle drei Komponenten der Handlungskontrolle beziehen (Baumeister & Heatherton, 1996). Treten

Konflikte zwischen verschiedenen Zielen auf, sind diese inadäquat (z.B. zu hoch oder zu niedrig gesteckt) oder gibt es gar keine klaren Standards, behindert dies die Selbstregulation und verhindert die erfolgreiche Handlungsausführung. Die Formulierung von Handlungsplänen hilft, klare Vorgaben zu machen, wann und wo ein Verhalten auf eine bestimmte Art und Weise ausgeführt werden soll. Die Selbstbeobachtung ist eingeschränkt, wenn die Aufmerksamkeit nicht mehr auf das intendierte Verhalten ausgerichtet wird. Durch das Formulieren von Handlungs- und Bewältigungsplänen, wird die Aufmerksamkeit auf Außenreize in der Handlungssituation gelenkt, so dass es zur automatisierten Initiierung des geplanten Verhaltens kommt. Gleichzeitig führt aber auch eine nicht akkurate Einschätzung der eigenen Fähigkeiten, wie sie zu über- oder zu unterschätzen, zu Fehlern in der Selbstbeobachtung. Durch eigene Erfahrungen, Beobachtung anderer und durch die Rückmeldung nahe stehender Personen kann nicht nur die Selbstwirksamkeit gesteigert (s. o.), sondern auch die Einschätzung der eigenen Kompetenzen und des Verhaltens verbessert werden. Durch die Aufstellung von Bewältigungsplänen kann das Individuum sich auf kritische Situationen vorbereiten. Hinsichtlich des Regulationsbemühens können Fehler auftreten, wenn nicht klar ist, welches Verhalten ausgeübt werden soll, oder zu wenig Aufwand betrieben wird, um die Regulation erfolgreich abzuschließen. Auch hier kann wieder die Vorwegnahme des Verhaltens durch Planung diese Risiken vermindern.

Es ist anzunehmen, dass auch die dyadische Planung die Handlungskontrolle unterstützen und Selbstregulationsfehler reduzieren kann. Aufgrund des dyadischen Planens kann der Partner auf die Standards, die Aufmerksamkeit bzw. Selbstbeobachtung und auf das Regulationsbemühen der Zielperson Einfluss nehmen. Darüber hinaus sieht Kuhl (1985) die Schwierigkeit, ein zielführendes Verhalten auszuüben, im externen und internen Druck, anderes Verhalten ausführen zu sollen oder zu wollen. Durch die Beteiligung eines Partners an der Verhaltensplanung können gemeinsam Standards festgelegt und äußere Barrieren identifiziert werden. Der Partner kann zudem die Regulationsbemühungen der Zielperson unterstützen.

2.5 Gesundheitsverhaltensänderung im medizinischen Kontext: Beckenbodentraining nach Prostatektomie

Patienten, die sich einer Prostatektomie unterziehen, befinden sich in einer Stresssituation, in der sie sich sowohl mit der Operation als auch mit den Operationsfolgen auseinandersetzen müssen. Aus zwei Gründen wurden für die vorliegende Studie Prostatektomiepatienten und ihre Partnerinnen untersucht: Zum einen werden sie meist als Paare in der Klinik angetroffen,

da die Stresssituation auch die Partnerinnen betrifft und gemeinsam bewältigt wird. Zum anderen müssen sich die Patienten nach der Operation auf ein neues Gesundheitsverhalten, das Beckenbodentraining, vorbereiten. Durch die konkrete Planung kann die Initiierung und Aufrechterhaltung des Verhaltens erleichtert werden. Die medizinischen Hintergründe werden im folgenden Abschnitt genauer erläutert.

2.5.1 Prostatakrebs und Prostatektomie

Die *Prostata*, auch Vorsteherdrüse genannt, ist eine etwa kastaniengroße Drüse, die beim Mann unterhalb der Blase die Harnröhre umschließt und an der Basis mit der Harnröhre und den Samenbläschen verbunden ist. Sie produziert ein Sekret, das die Beweglichkeit der Samenfäden stimuliert und damit die Reproduktivität unterstützt. Ein *Prostatakarzinom* wird jährlich bei über 48.000 Patienten diagnostiziert und ist damit der häufigste Krebs des Mannes (Deutsches Krebsforschungszentrum Heidelberg, 2006). Das mittlere Erkrankungsalter liegt bei 73 Jahren. Als Risikofaktoren (Pienta & Esper, 1993) für die Entwicklung eines Prostatakarzinoms gelten das Alter, genetische Faktoren, die sich in einer familiären Häufung von Erkrankungen erkennen lassen, und der kulturell-ethnische Hintergrund, so erkranken Afrikaner häufiger, Asiaten dagegen seltener. Auch behaviorale Ursachen werden gesehen wie z.B. das Rauchen oder eine Ernährung, die reich an tierischen Fetten und Proteinen ist. Stattdessen gilt eine fettreduzierte Diät und die vermehrte Aufnahme von Phytoöstrogenen (Sojaprodukte) und pflanzlichem Vitamin A, D und E als protektiv. Umstritten ist, ob das Sexualverhalten mit der Entwicklung eines Prostatakarzinoms in Zusammenhang steht.

Die Krebsfrüherkennung erfolgt u.a. über die Messung des Prostata spezifischen Antigens (PSA) im Blut. Ein erhöhter PSA-Wert deutet auf Neubildungen in der Prostata hin, eine endgültige Aufklärung bringt allerdings erst eine Biopsie, bei der mehrere Gewebeproben aus verschiedenen Bereichen der Prostata entnommen werden. Gemäß des TNM-Systems lässt sich eine Tumorklassifikation des Prostatakarzioms vornehmen, die Aussagen über die Behandlung und Prognose ermöglicht (Classen, Diehl, & Kochsiek, 1998):

- T1: klinisch inapparenter Tumor, nicht palpabel oder durch bildgebende Verfahren nachweisbar
- T2: Tumor beschränkt auf die Prostata
- T3: Tumor überschreitet die Prostatakapsel
- T4: Tumor ist fixiert oder infiltriert benachbarte Strukturen.
- N: Metastasen in den benachbarten Lymphknoten
- M: Fernmetastasierung

Durch eine frühzeitige Diagnostik ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass der Tumor noch auf die Prostata begrenzt ist und nicht gestreut hat (T1 und T2). In diesem Fall ist die *Prostatektomie*, die vollständige Entfernung der Prostata, eine der meist genutzten Behandlungsmethoden, durch die eine vollständige Heilung unter Erhalt der individuellen Lebensqualität möglich ist (Schill, Bretzel, & Weidner, 2005). Je jünger der Patient, desto eher sollte eine Operation vorgenommen werden. Ob operiert wird oder nicht hängt neben dem Tumorstatus und dem biologischen Alter auch von der körperlichen Kondition des Patienten ab. Als operative Verfahren kommen die offene radikale Prostatektomie oder die laparoskopischen Operationstechniken in Frage (Schill et al., 2005), die auch nerverhaltend (Roumeguere et al., 2003) zum Erhalt der Erektionsfähigkeit durchgeführt werden kann. Bei der Prostatektomie werden die Prostata mit Samenbläschen und Samenleiter, ein Teil des Blasenhalbes und die benachbarten Lymphknoten vollständig entfernt und die Harnröhre mit der Blase verbunden (Basillote, Ahlering, Skarecky, Lee, & Clayman, 2004; Deutsche Krebshilfe, 2005). Mit der Entfernung geht in den meisten Fällen eine Beschädigung des inneren Schließmuskels einher. Zur Wundheilung wird zunächst ein Dauerkatheter gelegt, der – je nach Heilungsverlauf – nach etwa einer Woche entfernt wird. Nach dem Entfernen kann es zu einer vorübergehenden oder anhaltenden Inkontinenz kommen, da die Funktion des inneren Schließmuskels erst vom willkürlich gesteuerten äußeren Schließmuskel im Beckenboden übernommen werden muss. Dies kann durch spezifisches Training wie Beckenbodengymnastik (s. Abschnitt 2.5.2) unterstützt werden.

Die Laparoskopie, die so genannte Schlüssellochtechnik, ermöglicht einen minimal-invasiven Eingriff, um so die mit der Operation einhergehende Morbidität zu reduzieren. Bei der *laparoskopischen Prostatektomie* werden mittels Trokaren die Instrumente und Kamera zur Entfernung der Prostata über fünf Arbeitskanäle in den Bauchraum eingeführt, über die die Drüse auch entnommen wird (Basillote et al., 2004; Türk et al., 2001). Diese Operationsmethode ist im Vergleich zur offenen Operation mit weniger Blutverlust, weniger post-operativen Schmerzen und einem kürzeren Krankenhausaufenthalt verbunden (Roumeguere, et al., 2003; Schuessler, Schulam, Clayman, & Kavoussi, 1997). Dennoch ist auch eine laparoskopische wie eine offene radikale Prostatektomie kurz- und langfristig mit Stress für die Patienten verbunden. Dazu zählen sowohl die Angst vor der Narkose, die post-operativen Schmerzen oder Komplikationen und der Krankenhausaufenthalt im Allgemeinen (de Bruin, Schaefer, Krohne, & Dreyer, 2001; Johnston & Vögele, 1993), als auch die Harninkontinenz (s. Abschnitt 2.5.2) und die erektile Dysfunktion als spätere Beeinträchtigungen. Die erektile Dysfunktion hängt von dem Ausmaß der intraoperativen

kavernosalen Nerverhaltung ab. Unterstützt durch die Medikation (z.B. PDE-5-Inhibitoren), kann die erektile Funktion von einem Teil der Patienten nach der Operation wiedererlangt werden (Roumequere et al., 2003), dennoch ist eine anhaltende erektile Dysfunktion bei einem Großteil der Prostatektomie-Patienten zu erwarten (Saranchuk, et al., 2005).

Durch eine *Fast-track*-Behandlung bei der laparoskopischen Prostatektomie (Gralla et al., 2007) sollen die Patienten möglichst schnell nach der Operation hinsichtlich Ernährung und körperlicher Bewegung wieder mobilisiert werden, um die perioperativen Beeinträchtigungen zu minimieren. Im Durchschnitt dauert die laparoskopische Prostatektomie drei Stunden, so dass versucht wird, die Patienten noch am Operationstag zu mobilisieren, das Bett zu verlassen und einige Schritte zu laufen. Außerdem dürfen die Patienten am Operationstag schon Tee und Joghurt zu sich nehmen. Bereits ab dem ersten Tag nach der Operation erhalten die Patienten normale Mahlzeiten. Sie werden von den Schwestern und Physiotherapeuten angehalten und unterstützt, im Laufe des Tages selbstständig einige Schritte zu tun. Am vierten Tag nach der Operation werden die Patienten von den Physiotherapeuten in das Beckenbodentraining eingewiesen, das allerdings erst nach der Entfernung des Katheters durchgeführt werden soll. Ob der Katheter entfernt werden kann, hängt von der Wundheilung ab und wird nach etwa einer Woche mit Hilfe der Dichtigkeitsprüfung (Miktionszystourethrographie, MCU) festgestellt. Dabei wird die Blase mit einem Röntgen-Kontrastmittel gefüllt und anschließend die Harnröhren-Blasen-Anastomose, die Naht zwischen Blase und Harnröhre, radiologisch überprüft. Tritt kein Kontrastmittel aus, ist die Nahtstelle dicht und der Katheter kann entfernt werden. Ist dies nicht der Fall, wird eine weitere Überprüfung nach ein bis zwei Wochen angesetzt.

Ist eine Operation nicht indiziert, können alternativ Strahlen-, Hormon- oder Chemotherapie durchgeführt werden.

2.5.2 *Harninkontinenz und Beckenbodentraining*

Durch die Entfernung der Prostata und der damit einhergehenden Beschädigung des inneren Schließmuskels sowie durch funktionelle Störungen im unteren Harntrakt, d.h. im reflexhaften Zusammenwirken zwischen der Blasenwandmuskulatur und dem im Beckenboden gelegenen äußeren Schließmuskel (Schmid, Zellmann, Liedl, Clemm, & Weber, 2003) kann es zu einer vorübergehenden Harninkontinenz kommen, die sich in der Regel innerhalb eines Jahres zurückbildet und nur in den wenigsten Fällen persistiert (Basillote et al., 2004). Mit Hilfe spezieller Maßnahmen kann die Stärke und Dauer der Inkontinenz verringert werden. Im Vordergrund steht dabei das Training der Beckenbodenmuskulatur, das

Mitte des 19. Jahrhunderts von dem amerikanischen Gynäkologen Arnold Kegel konzipiert wurden. Da nach der Prostatektomie die Beckenbodenmuskulatur, speziell der äußere Schließmuskel, die Funktion des inneren Schließmuskels übernehmen muss, diese Muskulatur aber willkürlich eingesetzt werden muss und normalerweise wenig trainiert ist, sollten Prostatektomiepatienten vor oder nach der Operation an das Beckenbodentraining von Physiotherapeuten herangeführt werden. Dabei handelt es sich um Übungen, die selbständig und möglichst mehrmals am Tag durchgeführt werden sollen. Um nicht die Wundheilung zu stören, soll mit intensivem Training allerdings erst nach der Entfernung des Katheters begonnen werden. Zunächst müssen die Patienten ein Gefühl dafür entwickeln, zwischen dem eigentlichen Verschlussapparat, den synergetisch arbeitenden Muskeln (Gesäß- und Bauchmuskulatur) und der antagonistisch arbeitenden Bauchmuskulatur zu differenzieren (Otto, Grosemans, Hoffmann, & Dombo, 1998). Die ersten Übungen konzentrieren sich deshalb auf die Grundspannung, also auf eine leichte Anspannung des Beckenbodens. Als nächstes können Übungen im Liegen auf dem Rücken oder auf der Seite durchgeführt werden, schwieriger sind Übungen im Sitzen oder im Stehen und Gehen. In Tabelle 2.2 sind beispielhafte Übungen aufgeführt. Diese Übungen sind nicht nur auf Prostatektomiepatienten zugeschnitten, sie werden auch von anderen Risikogruppen angewandt wie Frauen und Männer mit Harninkontinenz im Alter, Frauen während und nach der Schwangerschaft, Frauen mit Senkung oder Vorfall der Gebärmutter oder Scheide sowie Frauen und Männer zur Verbesserung der Sexualität und zur Vorbeugung von Beckenbodenproblemen im Allgemeinen.

Tabelle 2.2: Beispielhafte Übungen des Beckenbodentrainings

Übung zur Grundspannung

Legen Sie sich auf den Rücken und stellen Sie beide Beine etwas geöffnet nebeneinander auf. Die Hände liegen flach und leicht auf dem Bauch. Entspannen Sie sich. Lenken Sie Ihre Aufmerksamkeit auf den Beckenboden. Lassen Sie Ihre Atmung wie eine Welle gleichmäßig fließen. Versuchen Sie, Ihren Beckenboden zu erspüren. Beim Ausatmen wird der Beckenboden in den Bauchraum hineingesaugt. Beim Einatmen zerfließt die Spannung wieder. Genießen Sie dieses Wellenspiel, solange es Ihnen angenehm ist.

Übung im Stand und Gehen

Mit jeder Ausatmung spannen Sie sich betont in aufrechter Haltung. Der Unterbauch wird angesogen. Der Beckenboden schließt sich. Nun halten Sie den Beckenboden angespannt und gehen auf der Stelle. Trainieren Sie den Beckenboden weiter, indem Sie ihn beim Gehen bewusst festhalten.

Ergänzt werden kann das Beckenbodentraining durch elektronisches, sonographisches oder videoendoskopisches Biofeedback, bei dem mit empfindlichen Messgeräten die Muskelspannung gemessen wird (Vahlensieck, 2008; Wille, Sobottka, Heidenreich, & Hofmann, 2003). Mittels akustischer oder visueller Signale können die Patienten bei der

richtigen Durchführung der Übungen unterstützt werden, um eine Unter- oder Überbeanspruchung der Muskulatur zu verhindern.

Beckenbodengymnastik soll die Wiedergewinnung der Harnkontrolle beschleunigen. Beim Vergleich zweier Patientengruppen, von denen nur eine explizit zum Beckenbodentraining in einer Trainingsgruppe angeleitet wurde, während die andere Gruppe lediglich die Standardbehandlung inklusive Aufklärung über das Beckenbodentraining erhielt, zeigte sich, dass unter professioneller Anleitung etwa 70% der Patienten nach zwölf Wochen und weitere 10% der Patienten nach etwa 16 Monaten wieder kontinent waren, wohingegen in denselben Zeiträumen nur 35% und 50% der Patienten ohne Anleitung zur Beckenbodengymnastik die Kontinenz wiedererlangten. Nach einem Jahr glich sich die Anzahl der Patienten, die wieder kontinent waren, mit etwa 80% in beiden Gruppen an (Parekh et al., 2003). Eine andere randomisierte Studie (van Kampen et al., 2000) verglich nach einer radikalen Prostatektomie 50 Patienten, die über maximal ein Jahr einmal wöchentlich unterstützt durch Biofeedback oder Elektrostimulation zum Beckenbodentraining angeleitet wurden, mit 52 Patienten in einer Placebogruppe, die in wöchentlichen Sitzungen über die Entstehung von Inkontinenz aufgeklärt wurden und Elektrostimulationen erhielten, die allerdings die Beckenbodenmuskulatur nicht erreichte. Bereits nach drei Monaten waren nur noch 12% der das Beckenbodentraining ausführenden Patienten inkontinent, nach einem halben und einem ganzen Jahr waren es noch 5%. In der Placebogruppe gaben dagegen 44%, 23% und 9% der Patienten zu den entsprechenden Zeitpunkten mit Hilfe des 1-Stunden- und im 24-Stunden-Vorlagen-Tests an, noch mehr als 2g Urin zu verlieren bzw. in den vergangenen drei Tagen nicht kontinent gewesen zu sein (van Kampen et al., 2000). In einem Überblick von Studien fassen Basillote und Kollegen (2004) zusammen, dass nach einem halben Jahr 76% bis 92% der Patienten nicht mehr an Harninkontinenz leiden und nach einem Jahr 81% bis 97% der Patienten wieder Kontinenz erlangt haben. Diese Variabilität der Angaben hängt neben selektiven Stichproben davon ab, welche Kriterien die Kontinenz definierten, z.B. eine Vorlage am Tag zu tragen oder weniger als 2g Urinverlust im Vorlagentest. Bei etwa 10% der Prostatektomiepatienten verbessert sich allerdings die Harninkontinenz nicht innerhalb eines Jahres. Sie leiden z.T. unter einer relativen Anastomosenenge oder einer langen Anastomoseninsuffizienz. Weitere Gründe sind eine cerebrale Insuffizienz, eine persistierende Harnwegsinfektion oder auch Diabetes mellitus. Urodynamische Ursachen können außerdem ein hypotoner Schließmuskel oder eine Funktionsbeeinträchtigung der Blasenwandmuskulatur, eine verkürzte funktionelle Verschlusslänge oder eine instabile Blase sein (Otto et al., 1998). Bei diesen Patienten sollte eine intensive urodynamische Untersuchung durchgeführt

(Parekh et al., 2003) und eine medikamentöse Therapie eingeleitet werden (Otto et al., 1998). Bei stark eingeschränkter Schließmuskelfunktion kann auch als passives Übungssystem die Elektrostimulation mit dem Beckenbodentraining und der medikamentösen Behandlung kombiniert werden (Schmid et al., 2003).