

# Gesundheit und Krankheit



Lerntag 47

© K. Oborny/Thieme

## 1 Grundlagen

### 1.1 Gesundheit und Krankheit

#### 1.1.1 Definition von Gesundheit

Meistens wird der Begriff **Gesundheit** negativ definiert und als „Abwesenheit von Krankheit“ beschrieben. Gesund ist eine Person dann, wenn sie subjektiv keine körperlichen, geistigen und seelischen Störungen wahrnimmt oder wenn bei ihr keine krankhaften Veränderungen vorliegen. Die WHO jedoch hat Gesundheit positiv formuliert: **Gesundheit ist laut WHO ein Idealzustand „völligen körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Wohlbefindens“**. Dieser Idealzustand wird auch **Idealnorm** genannt.

#### 1.1.2 Definition von Krankheit

##### Definition nach Gesundheitskriterien

Häufig wird **Krankheit** anhand der verschiedenen Kriterien von Gesundheit definiert:

- Gesundheit ist ein ausgewogener, harmonischer Zustand des Organismus (bzw. von Körper und Seele), Krankheit dagegen eine **Störung des Gleichgewichts** oder eine **Disharmonie**.
- Gesundheit besteht in einer intakten **Funktions- und Regulationsfähigkeit** des Gesamtorganismus und seiner Teile, Krankheit kommt dagegen durch den Ausfall eines oder mehrerer zur Ausübung dieser Fähigkeit benötigter Teile oder Glieder zustande.
- Gesundheit ist durch Wohlbefinden, Genuss- und Leistungsfähigkeit gekennzeichnet, Krankheit besteht dagegen in einer **subjektiven Beeinträchtigung** dieser Befindlichkeiten.
- Gesundheit beinhaltet die Fähigkeit zur Ausübung der gesellschaftlich erwarteten Leistungen und Rollenverpflichtungen, Krankheit ist dagegen mit **sozialer Hilfsbedürftigkeit** und der Entbindung von sozialen Verpflichtungen verbunden.

Ein Mensch ist demnach krank, wenn er sich in seinem **Wohlbefinden** und seiner **Leistungsfähigkeit eingeschränkt** fühlt.

##### Definition nach Krankheitskriterien

Andere Ansätze zur Definition von „Krankheit“ beruhen auf konkreten **Krankheitskriterien**. In verkürzter Form dargestellt ist ein Zustand oder ein Ereignis nach dieser Betrachtung krankhaft,

- wenn er unbehandelt zum vorzeitigen Tod oder zur **Verkürzung der natürlichen Lebenserwartung** führt, oder
- wenn er unbehandelt mit Schmerz oder Beschwerden in körperlicher und/oder seelischer Hinsicht verbunden ist, die eine bestimmte Intensität, Dauer oder Häufigkeit überschreiten (**Leiden**), oder
- wenn er unbehandelt die **Unfähigkeit zur biologischen Reproduktion** zur Folge hat, oder
- wenn er dazu führt, dass ein davon Betroffener unbehandelt nicht in der Lage ist, mit „gesunden“ menschlichen Lebensgemeinschaften seinem Alter entsprechend möglichst konfliktfrei und kooperativ zusammenzuleben (**soziale Integrationsunfähigkeit**), oder
- wenn er die natürlich vorgegebenen körperlich-seelischen Potenziale des Betroffenen so verändert, dass dieser in bestimmten, zuvor harmlosen Situationen gemäß den hier genannten Krankheitskriterien krank wird (**Krankheitsdisposition**).

#### 1.1.3 Wichtige Begriffe rund um Krankheit

**Ätiologie.** Die Ätiologie beschreibt die Lehre von den Krankheitsursachen und untersucht alle Faktoren, die zu einer Krankheit geführt haben.

**Pathogenese.** Sie beinhaltet die Entstehungsgeschichte der Krankheit. Die Pathogenese körperlicher Erkrankungen ist besser erforscht als diejenige psychischer Erkrankungen.

**Störung.** Diese Bezeichnung wird in der Psychologie häufig anstelle des weniger neutralen Begriffs „Krankheit“ verwendet, da sich bei psychischen Erkrankungen die ätiologischen und pathogenetischen Beziehungen häufig nicht eindeutig nachweisen lassen. Bei der Entstehung von psychischen Störungen spielt oft eine Wechselwirkung biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren eine Rolle (**biopsychosoziales Modell** (S. 11)).

**Krankengeschichte.** Hier finden sich u. a. Angaben zur Anamnese, zur Krankheitsursache, zum Verlauf der Erkrankung und zu den durchgeführten therapeutischen Maßnahmen. Ärztliches Personal ist dazu verpflichtet, die Krankengeschichte zu dokumentieren.

**Chronifizierung.** Übergang von einer akuten Krankheit zu einer **dauerhaften, chronischen Krankheit**. Ein Beispiel sind chronische Schmerzen. Von einer chronischen Depression oder einer chronischen Schmerzstörung spricht man, wenn die Symptome länger als sechs Monate bestehen.

**Remission.** Remission bedeutet, dass sich die Symptome einer Krankheit im Verlauf abschwächen. Die Remission kann dauerhaft oder vorübergehend sein. Sie erfolgt entweder durch therapeutische Maßnahmen oder ohne medizinische Hilfe (Spontanremission). Außerdem unterscheidet man zwischen kompletter und partieller Remission.

**Rezidiv.** Unter einem Rezidiv versteht man das erneute Auftreten einer Krankheit (Rückfall), obwohl sie bereits abgeheilt war.

**Kuration.** Als Kuration oder kurative Therapie bezeichnet man Behandlungsmaßnahmen, die auf eine vollständige Heilung („restitutio ad integrum“) der erkrankten Person abzielen und zugleich eine weitere Verschlechterung verhindern.

**Rehabilitation.** Eine erkrankte Person wird so therapiert, dass sie wieder am normalen Leben teilnehmen kann. Ziel der Rehabilitation ist es, die Krankheitsbewältigung zu fördern und die Folgen chronischer Krankheiten abzumildern, so dass Betroffene wieder in die Gesellschaft „hineinpassen“.

**Risikofaktoren.** Das sind Faktoren, die die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten einer Erkrankung erhöhen.

**Protektive Faktoren.** Sie können im Verlauf der Pathogenese pathobiologische Mechanismen unterbrechen oder in ihrer Wirkung abschwächen. Protektive Faktoren sind beispielsweise günstige Persönlichkeitseigenschaften oder ein stabiles soziales Umfeld. Sie wirken außerdem auch einer Rezidivbildung oder Chronifizierung entgegen.

**Resilienz.** Widerstandsfähigkeit oder **psychische Elastizität** (S. 110). Es handelt sich um psychische und physische Fähigkeiten, die einem Individuum helfen, belastende Lebenskrisen ohne langfristige Beeinträchtigung zu verarbeiten.

### 1.1.4 Dichotomie von Gesundheit und Krankheit

**Dichotom** bedeutet **zweipolig**, also „krank“ oder „gesund“. Die Modelle, die Gesundheit als die Abwesenheit von Krankheit definieren, gehen von einer dichotomen Betrachtungsweise aus. Wirklichkeitsnäher ist jedoch, Gesundheit als einen Zustand zu beschreiben, der sich auf einem **Kontinuum** zwischen den beiden Polen absoluter Krankheit und vollkommener Gesundheit befindet.

### 1.1.5 Normbegriffe

- **Statistische Norm:** orientiert sich an tatsächlichen statistischen, also Ist-Werten (z. B. am Mittelwert einer Bevölkerung, Prozentangaben, Häufigkeiten ...). Dabei ist das „Häufige“ normal.
- **Idealnorm:** Damit ist der wünschenswerte Sollwert gemeint.
- **Funktionsnorm:** Diese prüft, ob eine ausreichende Funktionsfähigkeit der Person im alltäglichen Leben gegeben ist.
- **Diagnostische Norm:** Ein diagnostischer Test kann ein normales („negatives“) oder nicht normales („positives“) Ergebnis hervorbringen.
- **Therapeutische Norm:** Sie beschreibt die Bedeutung eines Normwerts in der Therapie. Kann beispielsweise das Risiko für Folgeerkrankungen ab einem bestimmten Blutdruckwert gesenkt werden, gilt dieser Wert als therapeutische Norm.

### IMPP-Fakten



! **Statistische Norm:** Orientierung an Ist-Werten, das „Häufige“ ist normal, z. B. ähnlicher BMI in gleicher Altersgruppe.

!!!! **Idealnorm:** Idealzustand „völligen körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Wohlbefindens“ (Gesundheitsbegriff der WHO).

! **Funktionsnorm:** Diese prüft, ob eine ausreichende Funktionsfähigkeit der Person im alltäglichen Leben gegeben ist.

!!! **Remission:** Abschwächung von Symptomen im Verlauf einer Krankheit.

! **Chronifizierung:** Übergang von einer akuten Krankheit zu einer dauerhaften, chronischen Krankheit.

!!!! **Rezidiv:** Erneutes Auftreten einer Erkrankung nach erfolgtem Heilungsprozess.

!! **Therapeutische Norm:** Sie beschreibt die Bedeutung eines Normwerts in der Therapie.

## 1.2 Der Patient

### 1.2.1 Subjektives Befinden und Erleben

Bevor ein Mensch einen Arzt aufsucht, muss er zunächst selbst die Entscheidung über seinen gesundheitlichen Zustand treffen. Wie sich eine Person subjektiv fühlt, orientiert sich meist am **vorausgegangenen Zustand** und wird mit „besser“ oder „schlechter“ bewertet. **Veränderungen des Normalzustandes** können als beeinträchtigende Symptome wahrgenommen werden. Physische Beschwerden werden dabei meist deutlicher wahrgenommen als psychische. Körperliche Veränderungen und Symptome können von Mensch zu Mensch sehr unterschiedlich ausgeprägt sein. Die Fähigkeit zur Wahrnehmung von körperlichen Vorgängen wird **Interozeption** genannt. Sie wird wie folgt unterteilt:

- **Propriozeption:** Wahrnehmung der Körperlage im Raum, die u. a. durch Muskel- und Sehnenspannung vermittelt wird.
- **Viserozeption:** Wahrnehmung von Körpersignalen aus dem inneren Organbereich (z. B. Magenknurren oder Herzklopfen).
- **Nozizeption:** Wahrnehmung von Schmerzen (S. 17).

### 1.2.2 Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Neben der erlebten Intensität von Symptomen spielt bei der Einschätzung des Gesundheitszustandes einer Person eine Rolle, wie sehr sie sich durch die Beschwerden in ihrer Funktions- und Handlungsfähigkeit **eingeschränkt** fühlt.

Krankheit und Schmerzen können die Lebensqualität deutlich einschränken. Die **subjektive Lebensqualität** wird anhand der folgenden **vier zentralen Komponenten** beschrieben:

1. **physisches Befinden**
2. **psychisches Befinden** (z. B. Stimmungen, Emotionen)
3. **soziales Befinden** (z. B. Qualität sozialer Beziehungen)
4. **Funktionstüchtigkeit** (Berufsfähigkeit, Belastbarkeit).

Die **gesundheitsbezogene Lebensqualität** kann mit dem „**Short-Form-36 Health Survey**“ (**SF-36**) erfasst werden. Sie orientiert sich an den Kriterien der WHO-Gesundheitsdefinition. Die deutsche Version besteht aus 36 Items mit 8 Subskalen zur körperlichen Gesundheit (körperliche Funktionsfähigkeit, Rollenfunktion, Schmerzen, Gesundheitswahrnehmung) und zur psychischen Gesundheit (Vitalität, soziale Funktionsfähigkeit, emotionale Rollenfunktion, psychisches Wohlbefinden).

### 1.2.3 Subjektive Krankheitstheorien und Laienätiologie

Für den Entwurf des Behandlungsplans ist es für einen Arzt wichtig zu wissen, welche subjektive Krankheitstheorie ein Patient verfolgt. Damit sind **Annahmen** gemeint, die der Patient **hinsichtlich seiner Erkrankung** hat. D.h. er stellt eine Theorie über die Krankheit auf, wobei sich diese **subjektiven Krankheits-theorien** von den wissenschaftlichen Theorien der medizinischen Fachleute manchmal kaum, häufiger aber stark unterscheiden. Im Einzelnen geht es dabei um Theorien über

- die **Krankheitsursache** und **-entstehung**
- **Auswirkungen** der Erkrankung
- mögliche **Wege zur Genesung**.

In diesen Zusammenhang fällt auch der Begriff **„Laienätiologie“**, der sich speziell auf die **Ursachenzuschreibung** durch einen Nichtmediziner bezieht.

Die subjektiven Theorien des Patienten sind häufig **implizit**, d.h. sie sind dem Patienten nicht wirklich bewusst. Daher ist es wichtig, dass ein Arzt die Krankheitsannahmen seines Patienten im Gespräch vorsichtig und geschickt erfragt.

#### Lerntipp

##### Subjektive Krankheitstheorien

Subjektive Krankheitstheorien können eher rational sein, wenn z. B. der Ausbruch einer Erkältung mit schlechter Witterung und zu dünner Bekleidung erklärt wird. Viele Patienten haben aber auch weniger konkrete Erklärungen für den Ausbruch einer Erkrankung. Das IMPP bezieht sich z. B. in älteren Prüfungsfragen mehrfach auf eine Frau, die den Ausbruch ihrer Krebserkrankung mit dem Stress des gesellschaftlichen Lebens in Zusammenhang bringt. Ein kausaler Zusammenhang zwischen psychischen Eigenschaften und Krebs (sog. „Krebspersönlichkeit“) konnte aber bisher wissenschaftlich nicht nachgewiesen werden. In einer neueren Physikumsfrage ging es um Patienten, die die Schuld bezüglich der Erkrankung auf sich nehmen bzw. in der Erkrankung sogar eine Strafe für frühere Verhaltensweisen sehen.

### 1.2.4 Emotionale und kognitive Einflüsse

Bestimmte Krankheitsbilder, wie zum Beispiel **Krebs** oder Schizophrenie, sind in der Gesellschaft stark **emotional behaftet**. Dies wirkt sich sowohl auf die Wahrnehmung des Betroffenen als auch auf das Verhalten des Umfelds aus. Auch können die Entstehung und der Verlauf von Krankheiten ganz entscheidend durch Emotionen und Kognitionen beeinflusst werden.

#### Merke: Kognition

Kognitionen sind Gedanken, Einstellungen, Bewertungen und finden im **Kopf** statt.

#### IMPP-Fakten

!!! **Viszerozeption** ist die Wahrnehmung von Körpersignalen aus dem inneren Organbereich.

! **Nozizeption** ist die Wahrnehmung von Schmerzen.

!!!! Zur **subjektiven Lebensqualität** gehören die zentralen Dimensionen physisches und psychisches Befinden, soziales Befinden und körperliche Funktionstüchtigkeit.

!!!! Die gesundheitsbezogene Lebensqualität kann mit dem **„Short-Form-36 Health Survey“** oder **SF-36** (körperliche Funktionsfähigkeit, körperliche Schmerzen, Vitalität, emotionale Rollenfunktion und psychisches Wohlbefinden) erfasst werden.

!!!! Als **subjektive Krankheitstheorie** bezeichnet man die Annahmen, die der Patient hinsichtlich seiner Erkrankung hat. Sie können auch Gedanken an eigene Schuld (Vorwürfe gegen sich selbst) und Bestrafung umfassen.

!!! **Laienätiologie:** Die **Ursachenzuschreibung** sowie die Vorstellung über das **Krankheitsbild**, den **Verlauf**, die **Behandlung** und die **Auswirkungen** einer Krankheit durch einen **Nichtmediziner**.

! Ein kausaler Zusammenhang zwischen psychischen Eigenschaften und Krebs (sog. **„Krebspersönlichkeit“**) konnte bisher **wissenschaftlich nicht nachgewiesen** werden.

## 1.3 Krankheit und Gesellschaft

### 1.3.1 Krankheit aus Sicht der Gesellschaft

In der Gesellschaft bedeutet Kranksein, dass die betroffene Person ihre sozialen Rollen nicht mehr erfüllen kann. Eine kranke Person ist meist nicht mehr normal leistungsfähig (Abweichung vom „Normalzustand“). Daher wird sie von der gesellschaftlichen Erwartung bzw. Pflicht befreit, ihren **sozialen Rollen** (z. B. bei der Arbeit oder in der Familie) nachzukommen. Vom Kranken wird jedoch aus gesellschaftlicher Perspektive erwartet, dass er seinen Zustand verändern will, um seinen sozialen Rollen wieder vollständig gerecht zu werden. In unserem Gesundheits- und Sozialsystem gibt es festgelegte Regelungen, die die Abweichung des Kranken von seinen gesellschaftlichen Rollen rechtfertigen.

#### Lerntipp

**Medikalisierung** bedeutet, dass Bereiche des gesellschaftlichen Lebens unter medizinischen Aspekten betrachtet werden, die vorher nicht in den klassischen Zuständigkeitsbereich der Medizin fielen (z. B. medizinische Betrachtung von gesellschaftlichen Phänomenen wie Kinderlosigkeit oder Anti-Aging-Phänomenen).

### 1.3.2 Stigmatisierung und Diskriminierung

Insbesondere Menschen mit psychischen Erkrankungen werden häufig **stigmatisiert** und **diskriminiert**. Ein **Stigma** (*stigma*, lat.-gr. = Stich, Zeichen, Brandmal) ist, ganz allgemein gesprochen, ein **negativ bewertetes Merkmal** (Stereotyp). Jemanden zu **stigmatisieren** bedeutet, jemanden wegen eines **negativ bewerteten Merkmals** zu **diskreditieren**.

In den letzten Jahrzehnten haben das Verständnis für Menschen mit psychischen Erkrankungen und die Möglichkeiten der Behandlung stark zugenommen. Sie werden nicht mehr so häufig in staatlichen, psychiatrischen Krankenhäusern untergebracht und isoliert, sondern erhalten vermehrt eine **ambulante Versorgung und Therapie**. Die dort behandelnden niedergelassenen Ärzte haben meist eine **Kassenzulassung**.

Doch immer noch scheint eine psychische Krankheit einen anderen Stellenwert in der Gesellschaft zu haben als eine Krankheit, die rein körperlichen Ursprungs zu sein scheint. Man spricht von **Stigmatisierung**, da Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen häufig auch nach erfolgreicher Therapie von anderen nicht akzeptiert werden. Ihre Chancen auf dem Arbeits- und

Wohnungsmarkt sind geringer als die von anderen Menschen. Es wird ihnen ein **diskreditierendes Merkmal** zugeschrieben, obwohl dieses gar nicht mehr vorhanden ist. Auch Menschen mit Behinderung oder Erkrankungen, die mit sichtbaren Veränderungen (wie z. B. einem Hautekzem) einhergehen, sind häufig von Stigmatisierung betroffen.

**Soziale Diskriminierung** im Allgemeinen ist die „kategorische Benachteiligung von Personen aufgrund negativer Bewertung“ und tritt auch bei körperlichen Erkrankungen wie z. B. einer HIV-Infektion auf. Auch längere oder aufeinanderfolgende Krankenhausaufenthalte schaden dem „Ruf“ der Person, die infolgedessen nicht selten ausgegrenzt oder gemieden wird.

### 1.3.3 Etikettierungsansatz

Der Etikettierungsansatz, auch **Labeling-Theorie** genannt, geht davon aus, dass die Gesellschaft einen großen Einfluss auf die Bestimmung von „psychisch gesund oder krank“ hat. Die Theorie besagt, dass eine Störung erst dann entsteht, wenn Personen als „psychisch gestört“ etikettiert worden sind. Erst durch die Etikettierung kommt es zur Festigung des abweichenden Verhaltens, das von der Gesellschaft als solches definiert wird.

### 1.3.4 Arbeitsunfähigkeit

Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn der Erkrankte seiner Arbeit zu diesem Zeitpunkt nicht nachgehen kann oder man davon ausgehen muss, dass sich sein gesundheitlicher Zustand durch die Arbeit verschlechtern würde. Der Arzt bescheinigt eine befristete Arbeitsunfähigkeit. Dieser Vorgang ist auch als **Krankschreibung** bekannt. Diese Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung muss der Arbeitnehmer seinem Arbeitgeber vorlegen.

Das **Entgeltfortzahlungsgesetz** sichert die finanzielle Situation des Kranken: In den ersten **sechs Wochen** erhält der Arbeitnehmer weiterhin seinen Lohn vom Arbeitgeber. Anschließend bekommt er Krankengeld von seiner Krankenkasse.

#### IMPP-Fakten



! **Medikalisierung** bedeutet, dass Bereiche des gesellschaftlichen Lebens unter medizinischen Aspekten betrachtet werden, die zuvor nicht in den klassischen Zuständigkeitsbereich der Medizin fielen.

! Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen erhalten vermehrt eine **ambulante Versorgung** und Therapie. Sie werden von **Ärzten** behandelt, die eine **Kassenzulassung** haben.

!!! Ein **Stigma** ist ein negativ bewertetes Merkmal (Stereotyp). Jemanden zu stigmatisieren bedeutet, jemanden wegen eines **negativ bewerteten** Merkmals zu diskreditieren.

!! Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen werden häufig auch nach erfolgreicher Therapie von anderen nicht akzeptiert. Ihnen wird ein **diskreditierendes Merkmal** zugeschrieben (obwohl es nicht mehr vorhanden ist).

!! **Soziale Diskriminierung** ist die „kategorische Benachteiligung von Personen aufgrund negativer Bewertung“. Sie tritt auch gegenüber Menschen mit körperlichen Erkrankungen (z. B. HIV) auf.

## 2 Modelle

### 2.1 Verhaltensmodelle

#### 2.1.1 Lerntheoretisches Modell

Das lerntheoretische Modell geht davon aus, dass Erfahrungen mit der **Umwelt** einen großen **Einfluss** auf das **Verhalten** einer Person haben. Psychische sowie physische Krankheiten können demnach durch Lernerfahrungen entstehen und aufrechterhalten werden. Der behavioristische Ansatz des lerntheoretischen Modells beschäftigt sich damit, wie die klassische (S. 38) und die operante Konditionierung (S. 39) unser Erleben, Denken und Verhalten formen. Der **psychotherapeutische Ansatz** dieses Modells ist die **Verhaltenstherapie**.

#### 2.1.2 Kognitives Modell

Beim kognitiven Ansatz sind Kognitionen (lat. cognitio = Erkenntnis) der wichtigste Ansatzpunkt der Psychologie. Der Begriff der Kognition umfasst alle „geistigen“ Prozesse, also das Wahrnehmen, Schlussfolgern, Erinnern, Denken und Problemlösen sowie das Gedächtnis (S. 43), das Sprechen und Sprachverstehen, die Begriffe und die Einstellungen. So wird auch die Entstehung und Aufrechterhaltung von psychischen Krankheiten durch unsere Gedanken und Einstellungen beeinflusst.

#### 2.1.3 Kognitiv-behavioraler Ansatz

Man geht davon aus, dass sowohl Lernprozesse als auch Kognitionen, also Bewertungen und Interpretationen, eine wichtige Rolle bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von psychischen Störungen spielen. Das kognitive und das lerntheoretische Modell werden im kognitiv-behavioralen Modell verbunden. In der **kognitiven Verhaltenstherapie** werden sowohl die Lernprozesse und -bedingungen, die einem ungünstigen Verhalten zu Grunde liegen, als auch die dabei auftretenden Gedanken des Patienten analysiert und gemeinsam mit dem Patienten bearbeitet.

#### 2.1.4 Weitere Bereiche der Verhaltensforschung

##### Verhaltensmedizin

Die Verhaltensmedizin ist ein interdisziplinärer Forschungsbereich, in dem Kenntnisse aus den Verhaltens- und medizinischen Wissenschaften zusammenlaufen. Dabei wird versucht, den **Zusammenhang** zwischen **psychischen Verhaltensweisen** und **physischen Krankheiten** zu verstehen. Neben dem Erkenntnisgewinn geht es auch um die praktische Anwendung von Prävention, Behandlung und Rehabilitation von Krankheiten.

##### Verhaltensgenetik

Die Verhaltensgenetik versucht, Erkenntnisse darüber zu gewinnen, inwiefern Unterschiede im menschlichen Verhalten auf **genetische Faktoren**, beziehungsweise auf **Umwelteinflüsse**, zurückzuführen sind. Dabei hat sich gezeigt, dass der genetische Anteil stark variiert. Außerdem ist bei Verhaltensstörungen mit genetischer Komponente lediglich die Auftretenswahrscheinlichkeit der Störung erhöht. Für das Eintreten wiederum sind Fak-

toren der Umwelt (z. B. kritische Lebensereignisse) verantwortlich. Aus diesem Grund sagt man, dass lediglich eine **Disposition** (Veranlagung), nicht aber die Störung selbst vererbt wird. Eine Verhaltensstörung, die genetisch beeinflusst ist, tritt also nur auf, wenn es zu einer **Gen-Umwelt-Interaktion** kommt.

#### Blick in die Klinik Monoaminoxidase-A-Gen

Es gibt ein bestimmtes Allel des Monoaminoxidase-A-Gens, das für die Entwicklung einer antisozialen Persönlichkeit prädisponiert. Das gilt aber nur, wenn die Betroffenen als Kinder schwer missbraucht wurden. Hier kommen verhaltensgenetische und Umweltfaktoren zusammen.

#### IMPP-Fakten

! Der psychotherapeutische Ansatz des **lerntheoretischen Modells** ist die (**kognitive**) **Verhaltenstherapie**.

!!!! **Gen-Umwelt-Interaktion:** Einige psychische Störungen treten nur auf, wenn bestimmte Umweltfaktoren auf eine bestimmte genetische Disposition treffen.

## 2.2 Psychobiologische Modelle

### 2.2.1 Psychobiologie

Die **Psychobiologie** geht davon aus, dass sich körperliche Prozesse und Verhalten und Erleben gegenseitig beeinflussen. Sie betrachtet sowohl die Auswirkungen **psychischer Prozesse** (z. B. Stress) auf biologische Vorgänge, als auch die Folgen **körperlicher Veränderungen** (z. B. Hirnschädigungen) für das Verhalten und Erleben. Die Psychobiologie beinhaltet **mehrere Teilgebiete**, die sich hinsichtlich ihrer im Vordergrund stehenden Forschungsfragen unterscheiden:

**Psychophysiologie.** Sie sucht nach physiologischen Ursachen für psychische Prozesse. Sie versucht **zentralnervöse** und **vegetative Veränderungen** zu identifizieren, die psychische Vorgänge wie Stress, Emotionen oder klinische Störungen begleiten.

**Physiologische Psychologie.** Die physiologische Psychologie ist eine Disziplin der **Grundlagenforschung**. Sie untersucht direkte Zusammenhänge zwischen zentralnervösen Prozessen und Verhalten beim Menschen und beim **Tier**.

**Neuropsychologie.** Die Neuropsychologie beschäftigt sich ebenfalls mit der Frage, welche **Bereiche im Gehirn** für Verhalten oder emotionale Prozesse verantwortlich sind. Dabei stützt sie sich auf Untersuchungen von Patienten mit Hirnschädigungen und den Einsatz von **bildgebenden Verfahren**.

**Psychoendokrinologie.** Die Psychoendokrinologie untersucht die Wechselwirkung von **hormonellen Vorgängen** und menschlichem Erleben und Verhalten.

**Psychoneuroimmunologie.** Die Psychoneuroimmunologie beschäftigt sich mit dem komplexen Zusammenwirken des psychischen, des zentralnervösen und des Immunsystems.

## 2.3 Psychodynamische Modelle

Die **Psychoanalyse**, auch als psychodynamisches Modell bezeichnet, wurde von dem Wiener Arzt Sigmund Freud (1856–1939) ins Leben gerufen und geht von seiner psychoanalytischen Theorie der menschlichen Persönlichkeit aus. Neben der normalen

Entwicklung beschäftigen sich diese Modelle auch mit der Entstehung von psychischen Störungen. Sie enthalten zudem Theorien über die **Beweggründe menschlicher Verhaltensweisen**.

Freud entwickelte zwei Modelle der menschlichen Psyche: das **topografische Modell** und das **Strukturmodell**.

### 2.3.1 Topografisches Modell

Freud ging davon aus, dass der Großteil unserer Bedürfnisse und Wünsche dem Bewusstsein unzugänglich ist. Daher rührt der gelegentlich verwendete Begriff „**Eisbergmodell**“. Das topografische Modell beschreibt den Ort psychischer Vorgänge (griech. topos=Ort). Dieser kann im **Bewussten**, **Vorbewussten** und **Unbewussten** liegen.

### 2.3.2 Strukturmodell

Später entwickelte Freud das Strukturmodell, nach dem sich die Persönlichkeit aus den **drei Instanzen** Es, Ich und Über-Ich zusammensetzt, die sich in einem dynamischen Gleichgewicht befinden.

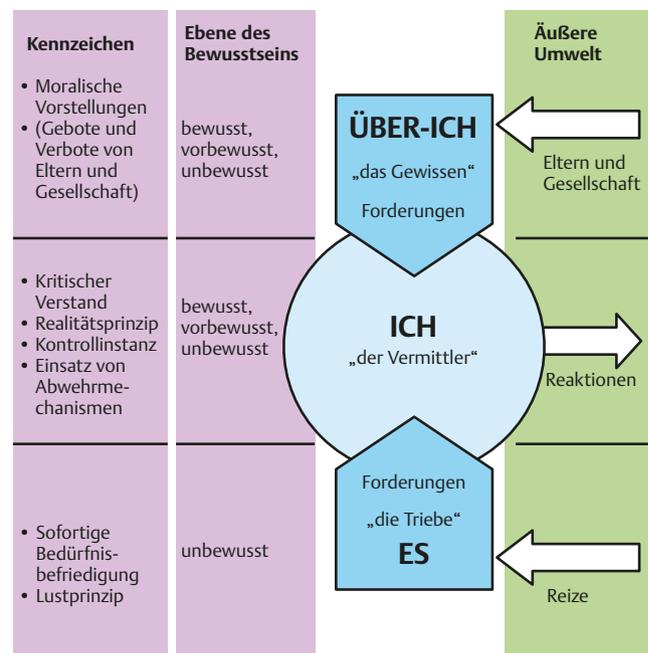


Abb. 2.1 Drei Instanzen der Persönlichkeit nach Freud. Die Abbildung veranschaulicht, wie die drei Instanzen der Persönlichkeit zusammenwirken. [Quelle: Kessler, Kurzlehrbuch Medizinische Psychologie und Soziologie, Thieme, 2021]

- **Es:** Das Es ist von Geburt an vorhanden und ist die Quelle unserer **primären Triebe**. Freud postulierte deren zwei: den Sexualtrieb (Libido) und den Aggressions- oder Todestrieb (Thanatos). Beide streben nach Befriedigung (Lust erlangen, Unlust vermeiden). Das Es ist **immer unbewusst**.
- **Über-Ich:** Das Über-Ich ist der Sitz der Werte, Normen und moralischen Vorstellungen. Es entwickelt sich zum Ende der ödipalen (phallischen) Phase. Die Inhalte des Über-Ich können sowohl **bewusst**, **unbewusst** als auch **vorbewusst** sein.
- **Ich:** Das Ich ist Repräsentant des **Realitätsprinzips** und nimmt eine Art **Vermittlerrolle** ein indem es versucht, den Konflikt zwischen den Impulsen des Es, den Anforderungen des Über-Ich und den Gegebenheiten der Realität zu lösen. Die Inhalte des Ich sind meistens bewusst, können aber auch unbewusst oder vorbewusst sein.

Im Strukturmodell nach Freud repräsentiert das Ich das **Realitätsprinzip**. Zu seinen Funktionen gehören die **Angstabwehr**, der Einsatz von **Abwehrmechanismen** (S.89), die **Realitätsprüfung** und die **Vermittlung** zwischen Triebbedürfnissen und moralischen Forderungen.

### Entwicklung psychischer Störungen

Nach psychoanalytischer Auffassung ist das Symptom einer psychischen Störung nur Ausdruck eines unbewussten psychischen **Konflikts** zwischen den **Persönlichkeitsinstanzen**, der erst bewusst gemacht werden muss. Der Grund für diesen Konflikt liegt nach der traditionellen Psychoanalyse oft in einem **Trauma** aus der Kindheit begründet. So kann es beispielsweise sein, dass das Es ein nicht akzeptables sexuelles Bedürfnis in der Vergangenheit verspürt hat, das es nicht stillen konnte, ohne eine Bestrafung durch das Über-Ich zu fürchten. Ein solcher Über-Ich-Es-Konflikt kann in **Konversionsstörungen** münden. In diesem Fall funktionieren die üblichen **Abwehrmechanismen** nicht mehr genügend und die Triebspannung wird in ein Symptom „konvertiert“.

Die beiden Konzepte von Konflikt und Abwehr stehen im Zentrum des psychoanalytischen Modells der Symptomentstehung.

### Primärer und sekundärer Krankheitsgewinn

Die Entwicklung eines Symptoms hat für den Patienten auch „Vorteile“. Zum einen reduziert das Symptom wie ein Ventil die Spannung des unbewussten (neurotischen) Konflikts (**primärer Krankheitsgewinn**), und zum anderen bekommt der Patient auch Zuwendung oder erfährt Entlastung (**sekundärer Krankheitsgewinn**).

#### Lerntipp

##### Anschlussbehandlung – sekundärer Krankheitsgewinn

Manche Patienten wünschen sich, nachdem sie durch eine Anschlussbehandlung eigentlich wieder arbeitsfähig sind, eine weitere Behandlung, weil für sie die Zuwendung und Aufmerksamkeit im Rahmen der Therapie einen sekundären Krankheitsgewinn darstellt.

Auch Kopfschmerzen können einen sekundären Krankheitsgewinn erzeugen, wenn nämlich durch diese Form der Beeinträchtigung, z. B. soziale Verpflichtungen umgangen werden können.

### (Dis-)Simulation und Aggravation

Der Mensch ist in der Lage, die Vor- und Nachteile des Krankseins **bewusst** zu reflektieren. So kann er auch die Krankheit zu seinem Vorteil nutzen. Er kann **Symptome vortäuschen** (**simulieren**), z. B. um krankgeschrieben zu werden. Er kann auch bestehende Symptome stärker darstellen. Dies nennt man **Aggravation** (Übertreiben bestehender Symptome). Wenn ein Symptom geleugnet und Gesundheit vorgetäuscht wird, so spricht man von **Dissimulation**. Repressoren (S.97) neigen tendenziell eher zur Dissimulation als Sensitizer.

#### Lerntipp

##### Reduktion der Symptomaufmerksamkeit

Einen Sonderfall stellt die „Reduktion der Symptomaufmerksamkeit“ dar, bei der Krankheitssymptome aufgrund vordergründiger, dominanter Lebensumstände (z. B. die intensive und beanspruchende Pflege eines geliebten Menschen), weniger stark wahrgenommen werden. Es ist sozusagen „nicht genug Raum“ für das eigene Leid gegeben.

#### IMPP-Fakten



- ! Die beiden Konzepte von **Konflikt** und **Abwehr** stehen im Zentrum des psychoanalytischen Modells der Symptomentstehung.
- ! **Primärer Krankheitsgewinn**: Das Symptom selbst reduziert wie ein Ventil die Spannung des unbewussten (neurotischen) Konflikts.
- !!!! **Sekundärer Krankheitsgewinn**: Der Patient erfährt durch die Erkrankung Zuwendung oder Entlastung.
- !! **Aggravation**: Bestehende Symptome werden stärker oder **übertriebener dargestellt**.
- !!!! **Dissimulation**: Symptome werden **geleugnet**, Gesundheit wird vorgetäuscht.
- ! **Repressoren** neigen zur **Dissimulation**.
- ! Bei einer **Reduktion der Symptomaufmerksamkeit** geben die Lebensumstände nicht genug Raum für das eigene Leid, wodurch dieses weniger stark wahrgenommen wird.

## 2.4 Sozialpsychologische Modelle

### 2.4.1 Normen

**Normen** sind in der Gesellschaft verankerte **Regelsysteme**, die das Verhalten der Gesellschaftsmitglieder regeln und es erleichtern, das gegenseitige Verhalten **vorherzusehen**. Wenn eine Person normabweichendes Verhalten (Devianz) zeigt, wird sie bestraft, das Verhalten wird **sanktioniert**. Soziale Normen werden meist für **wiederkehrende Situationen** aufgestellt, für die es verbindliche **Verhaltenserwartungen** gibt. Sie enthalten eine **Bewertung** des Verhaltens und sind teilweise in Form von **Gesetzen** codiert.

Häufig tritt normabweichendes Verhalten zunächst zufällig oder ungewollt auf, z. B. bei einem Jugendlichen, der das erste Mal verbotene Drogen konsumiert (= **primäre Devianz**).

**Sekundäre Devianz** oder **Abweichung** ist das abweichende Verhalten als Folge gesellschaftlicher **Etikettierung**. Wird also der Jugendliche wie ein „Junkie“ behandelt, so wird ihn dies veranlassen, weiter Drogen zu nehmen.

#### Lerntipp

Im Physikikum wird zu „Etikettierung“ gerne das Beispiel einer Frau bemüht, die ein großes Muttermal im Gesicht hat, was dazu führt, dass sich wiederholt Menschen von ihr abwenden. Als sekundäre Devianz erfolgt daraufhin der Rückzug der Frau aus dem gesellschaftlichen Leben und der Berufstätigkeit.

### 2.4.2 Soziale Rollen

Eine **soziale Rolle** besteht aus einem Bündel von (genormten) Verhaltens- und Denkweisen, die von dem Inhaber einer bestimmten sozialen Position **erwartet werden**. Wir verhalten uns unterschiedlich, je nachdem, in welchem sozialen Kontext, also in welcher sozialen Rolle, wir uns gerade befinden. Wir denken, fühlen und verhalten uns im Beruf anders als abends mit Freunden.

Wenn ein Individuum auf einer bestimmten sozialen Position die Rollenerwartungen der Gesellschaft übernimmt, spricht man von **Rollenidentifikation**. Widersetzt sich jemand, der eine bestimmte Rolle innehat, den Rollenerwartungen, so spricht man von **Rollendistanz**.

Viele Berufsgruppen sind mit einer starken sozialen Rollenerwartung verknüpft. Parsons fasste die Rollenerwartungen an einen Arzt wie folgt zusammen:

## Arztrolle nach Parsons

- **Affektive Neutralität:** Ein Arzt soll seine Patienten unabhängig von Gefühlen wie Zu- oder Abneigung behandeln.
- **Universale Orientierung:** Jede Person soll nach gleichen Grundsätzen ärztlicher Kunst behandelt werden, egal, ob arm oder reich, alt oder jung, männlich oder weiblich. Gemeint ist eine uneingeschränkte Bereitschaft zur Hilfeleistung (= **Universalismus**).
- **Funktionale Spezifität:** Der Arzt soll sich nur auf das **ärztliche Handeln beschränken**, für das er kompetent ist, und nichts anderes tun.
- **Kollektivitätsorientierung/Altruismus:** Der Arzt soll **uneigennützig** handeln.
- **Kompetenz:** Der Arzt muss in dem, was er tut, kompetent sein, um richtig handeln zu können.

Der **Status** (S. 75) gehört **nicht** zu den von Parson charakterisierten **Verhaltenserwartungen**. Einem Arzt wird zwar ein bestimmter sozialer Status zugeschrieben, dieser beschreibt aber kein erwartetes Verhalten. Auch das Prinzip der **Subsidiarität** gehört **nicht** dazu. Das Prinzip besagt, dass staatliche Aufgaben zuerst von untergeordneten, lokalen Gliedern wie Stadt, Gemeinden oder Kommunen umgesetzt werden sollen. Ist eine Aufgabe durch diese Glieder nicht zu bewerkstelligen, greift die staatliche Einrichtung ein.

### Lerntipp

#### Beispiel für das Handeln gegen die Erwartung der funktionalen Spezifität

Laut IMPP verstößt ein Arzt z. B. gegen die Erwartung der **funktionalen Spezifität**, wenn er einen Patienten nicht an einen anderen Facharzt überweist, sondern ihn selbst weiter behandelt, weil der Patient das möchte. Man könnte hier auch argumentieren, dass die Erwartung der **Kompetenz** bei einem solchen Verhalten verletzt wird.

## Krankenrolle nach Parsons

Wie für den Arzt formulierte Parsons auch für den Patienten Rollenerwartungen, die er aus den Normen und somit aus den Erwartungen der Gesellschaft ableitete.

- Demnach ist der Kranke von vielen **sozialen Normen befreit**, was durch die ärztliche Diagnosestellung legitimiert ist.
- Er wird für seine Krankheit **nicht verantwortlich** gemacht.
- Und schließlich muss er schnell **wieder gesund** werden (genesen) und das auch wollen und alles dafür tun, z. B. indem er die **medizinischen Angebote** (Diagnose, Behandlung) **wahrnimmt** und sich dem behandelnden Arzt gegenüber kooperativ verhält, also eine hohe **Compliance** (S. 78) zeigt.

## Intra- und Interrollenkonflikt

Rollenkonflikte können entstehen, wenn **unterschiedliche Erwartungen an eine Person** gestellt werden. Rollenkonflikte führen zu Stress und können damit auch **Krankheiten** auslösen.

- Ein **Intrarollenkonflikt** liegt vor, wenn an ein und dieselbe Rolle unterschiedliche Erwartungen gestellt werden, die nicht miteinander in Einklang zu bringen sind.
- Ein **Interrollenkonflikt** liegt vor, wenn sich mehrere Rollen, die wir zur selben Zeit innehaben, gegenseitig ausschließen (z. B. Berufstätigkeit und der Wunsch, für die Kinder da zu sein).

### Lerntipp

#### Beispiele für Intrarollenkonflikte

Ein Arzt findet sich z. B. in einem Intrarollenkonflikt, wenn er im Interesse des Patienten ein teures Medikament verschreiben will, die Krankenkasse von ihm aber die Verordnung einer günstigen Therapie erwartet.

Ein anderes Beispiel ist eine Ärztin, die laut Berufsethos Leben erhalten soll, von der aber Angehörige verlangen, das Leiden eines Patienten durch Abschalten der Geräte zu beenden.

## Soziale Konformität

Sie beschreibt, dass Menschen es aufgrund eines sozialen Drucks akzeptieren, wenn von ihnen Dinge erwartet werden, die sie eigentlich nicht erfüllen müssten.

## 2.4.3 Soziale Risiko- und Schutzfaktoren

### Soziale Kohäsion

Die soziale Kohäsion beschreibt den **Zusammenhalt** einer Gruppe zwischen Menschen, die in sozial-räumlichen Einheiten miteinander leben. Wo starke Kohäsion herrscht, findet man wechselseitiges Vertrauen und Hilfsbereitschaft. Soziale Kohäsion gilt als **Schutzfaktor für die Gesundheit**. Der Soziologe Émile Durkheim konnte zeigen, dass es einen Zusammenhang gibt zwischen geringer sozialer Kohäsion und hohen Suizidraten.

### Soziales Kapital

Der Begriff **soziales Kapital** umfasst die Gesamtheit der sozialen Beziehungen eines Menschen. Je höher das soziale Kapital eines Menschen ist, umso besser ist sein Zugang zu den Ressourcen des sozialen und gesellschaftlichen Lebens (z. B. Unterstützung, Anerkennung). Ein hohes Ausmaß an **sozialem Vertrauen** vermindert das Krankheitsrisiko und die vorzeitige Sterblichkeit.

### Soziale Unterstützung

Mit **sozialer Unterstützung** (social support, sozialer Rückhalt) sind gemeint:

- **emotionaler Rückhalt** (Anteilnahme und Zuwendung, Anerkennung, Wertschätzung, Vertrauen)
- **Weitergabe von Wissen/Informationen/Rat**
- **instrumentelle** (direkte) Hilfe und **materielle Unterstützung**.

Soziale Unterstützung wird auch als soziale Eingebundenheit oder soziales Netzwerk bezeichnet. Gute soziale Netzwerke können z. B. von Nachbarn geschaffen werden und wirken als Puffer gegen Stress und somit gegen Krankheiten. Dieses **Stresspuffer-Modell sozialer Unterstützung** fängt negative Belastungsfolgen ab, bevor sie einen schädlichen Einfluss ausüben können. Die **Haupteffektthese** (Direkteffektthese bzw. Direktmodell) gilt im Gegensatz zum Stresspuffer-Modell unabhängig von der Lebenssituation. Sie besagt, dass gute soziale Unterstützung per se einen positiven Einfluss auf Gesundheit und Wohlbefinden hat.

### Lerntipp

#### Instrumenteller Rückhalt

Unter instrumentellem Rückhalt versteht man z. B., wenn die Nachbarin für eine rückenranke Frau wöchentlich die Treppe putzt.

**Achtung!** Staatliche Unterstützung gehört **nicht** zu den sozialen Risiko- und Schutzfaktoren.

## 2.4.4 Theorie der kognitiven Dissonanz

Menschen streben ein Gleichgewicht ihres kognitiven Systems an. Das heißt, dass Menschen ihr Verhalten **sinnvoll begründen** müssen, um sich wohlfühlen. Wenn Kognitionen, d. h. Einstellung und Verhalten, untereinander im Zusammenhang stehen, dann können sie nach **Leon Festinger** (1957) entweder **konsonant** sein, sich also gegenseitig ergänzen, oder **dissonant** sein, sich also gegenseitig ausschließen. Eine Dissonanz tritt z. B. bei einem Raucher auf, der weiß, dass er seiner Gesundheit mit dem Rauchen schadet, andererseits aber Genuss empfindet und deshalb nicht damit aufhören will. Es gibt mehrere Möglichkeiten, den **aversiven Zustand** aufzulösen.

### Merke: Erzeugung von Dissonanz

Ein klassisches Beispiel ist das Rauchen. „Ich möchte rauchen“ (Kognition 1). „Rauchen ist schädlich“ (Kognition 2). Diese schließen sich gegenseitig aus, erzeugen Dissonanz.

Oder: Ich habe zwei tolle Jobangebote. Ich entscheide mich für Job 1 (Kognition 1), obwohl Job 2 auch sehr vielversprechend gewesen wäre (Kognition 2).

### Dissonanzreduktion

Stellen Menschen fest, dass ihr **Verhalten** und ihre **Einstellungen** nicht in Einklang zu bringen sind (= **kognitive Dissonanz**), entsteht bei ihnen eine Motivation oder ein Druck, die entstandene Dissonanz zu reduzieren. Diese Reduktion kann auf verschiedene Weise durch Veränderung des kognitiven Systems erfolgen:

- **Addition** (Hinzufügen) neuer konsonanter Kognitionen
- **Subtraktion** (Abziehen) dissonanter Kognitionen (Ignorieren, Vergessen, Verdrängen)
- **Substitution** (Ersetzen) von Kognitionen.

Häufiger ändern Menschen zur Reduktion der Dissonanz ihre **Einstellung** statt ihr Verhalten.

### Lerntipp

#### Beispiele für kognitive Dissonanz

Kognitive Dissonanz und Beispiele dafür werden sehr gerne in der Prüfung gefragt:

- Ein übergewichtiger Mann mit erhöhtem Herzinfarktisiko reduziert die kognitive Dissonanz („Ich bin dick“ und „Dicksein führt zu Herzinfarkt“) damit, dass er sagt, dass viel dickere Männer in seinem Umfeld auch keinen Infarkt bekommen haben.
- Eine übergewichtige Frau weigert sich abzunehmen mit dem Argument, dadurch Widerstandskräfte gegenüber Infektionskrankheiten zu verlieren.
- Ein Arzt rechtfertigt das ruppige Verhalten einer geschätzten Kollegin gegenüber einem Patienten damit, dass die Kollegin sich wohl Sorgen macht über das unvernünftige Verhalten des Patienten.

### IMPP-Fakten



! **Verhaltens**erwartungen von Patienten an den Arzt werden in der Soziologie als „**soziale Rolle**“ bezeichnet.

!! **Normen** sind **Regelsysteme**, die das Verhalten der Gesellschaftsmitglieder regeln und es erleichtern, das gegenseitige Verhalten **vorherzusehen**. Sie enthalten eine **Bewertung** des Verhaltens und sind teilweise in Form von **Gesetzen** codiert.

!! **Soziale Normen** werden meist für **wiederkehrende Situationen** aufgestellt, für die es verbindliche **Verhaltens**erwartungen gibt.

! **Primäre Abweichung** (= Devianz) ist das erste, meist zufällige, Nichtbefolgen gesellschaftlicher Normen.

!! **Sekundäre Devianz** oder Abweichung ist das abweichende Verhalten als Folge gesellschaftlicher Etikettierung.

Zur Arztrolle nach Parsons gehört die:

!! **Affektive Neutralität**: Ein Arzt soll seine Patienten unabhängig von Gefühlen wie Zu- oder Abneigung behandeln.

!!! **Universale Orientierung (Universalismus)**: Jede Person soll nach gleichen Grundsätzen behandelt werden. Gemeint ist eine uneingeschränkte Bereitschaft zur Hilfeleistung.

!!!! **Funktionale Spezifität**: Der Arzt soll sich nur auf das **ärztliche Handeln beschränken**, für das er kompetent ist.

!! **Kollektivitätsorientierung** bzw. **Altruismus** besagt, dass der Arzt uneigennützig handeln soll.

!! **Kompetenz**: Der Arzt muss in dem was er tut kompetent sein, um richtig handeln zu können.

!! Der **Status gehört nicht zu** den von Parson charakterisierten **Verhaltens**erwartungen an einen Arzt.

! Nach **Parsons** Rollenverständnis sind Kranke verpflichtet, **ärztliche Hilfe** in Anspruch zu nehmen.

!!!! **Intrarollenkonflikt**: An ein und dieselbe Rolle werden unterschiedliche Erwartungen gestellt, die nicht miteinander in Einklang zu bringen sind.

!!!! **Interrollenkonflikt**: Mehrere Rollen, die jemand zur selben Zeit innehat, schließen sich gegenseitig aus (z. B. Berufstätigkeit und der Wunsch, für die Kinder da zu sein).

!! **Soziale Kohäsion: Zusammenhalt** einer Gruppe, die in sozial-räumlichen Einheiten miteinander lebt. Starke Kohäsion mündet in wechselseitiges Vertrauen und Hilfsbereitschaft und gilt als **Schutzfaktor** für die Gesundheit. Es gibt einen Zusammenhang zwischen geringer sozialer Kohäsion und hohen **Selbstmordraten**.

!!! **Soziales Kapital**: Gesamtheit aller sozialen Beziehungen, die eine Person hat.

!!!! **Social Support** beinhaltet **emotionalen Rückhalt**, die Weitergabe von **Wissen, Informationen** und **Rat** und instrumentelle (direkte) Hilfe und materielle Unterstützung und die Einbindung in ein soziales Netzwerk.

!!! Das **Stresspuffer-Modell sozialer Unterstützung** fängt negative Belastungsfolgen ab, bevor sie einen schädlichen Einfluss ausüben können.

!!!! **Haupteffektthese** (Direkteffektthese bzw. Direktmodell):

Gute soziale Unterstützung fördert unmittelbar Gesundheit und Wohlbefinden.

! Liegt **kognitive Dissonanz** vor, sind eigenes **Verhalten** und **Einstellungen** nicht miteinander in Einklang zu bringen.

!!!! Aus **kognitiver Dissonanz** entsteht eine Motivation oder ein Druck, die entstandene Dissonanz zu reduzieren (**Dissonanzreduktion**).

!! Häufiger ändern Menschen zur Reduktion der Dissonanz ihre **Einstellung** statt ihr Verhalten.