

Die Bedeutung von Prototype-Matching für präventives Verhalten: Ist die Teilnahme an Streßbewältigungskursen „unmännlich“?

Monika Sieverding

Freie Universität Berlin

Zusammenfassung. Die vorliegende Studie untersuchte die Bedeutung der Maskulinität des Selbstkonzeptes und von Prototype-Matching für präventives Gesundheitsverhalten. Eine Stichprobe von Klinikärztinnen und -ärzten und Medizinstudierenden wurde befragt nach ihrer Motivation zur Teilnahme an einem Streßbewältigungskurs, nach ihrer Wahrnehmung der prototypischen Person, die an einem solchen Kurs teilnehmen würde, sowie nach ihrem Selbstkonzept. In einer Vorstudie war bei einer anderen Stichprobe der Prototyp des „Marlboro-Mannes“ erhoben worden. Die Ähnlichkeit zwischen Selbstkonzept und Teilnehmer-Prototyp erwies sich als der bedeutsamste Prädiktor zur Vorhersage der Kursmotivation. Bei den Männern war die Maskulinität des Selbstkonzeptes ein weiterer Prädiktor: je ähnlicher ihr Selbstkonzept dem Marlboro-Mann-Prototyp war, desto weniger waren sie motiviert, an einem Streßbewältigungskurs teilzunehmen. Im Vergleich zu den Selbstkonzepten und zum Marlboro-Mann-Prototyp fiel das gefundene negative Image des Teilnehmer-Prototypen auf, möglicherweise ein Hinweis auf gesellschaftliche Normen zum Umgang mit Streß.

Schlüsselwörter: Präventives Gesundheitsverhalten, Streßbewältigung, (maskulines) Selbstkonzept, Prototype-Matching

*The role of prototype matching in preventive health behavior:
Is it "unmanly" to participate in stress-management training?*

Abstract. This study examined the role of a masculine self-concept and of prototype matching in preventive health behavior. A sample of male and female physicians and medical students were asked how willing they were to participate in a stress-management training course, their perceptions of the prototypical person who would be found in such a training, and their self-concepts. The prototype of the "Marlboro-Man" was assessed in another sample. The similarity between self-concept and participant prototype was the most important predictor of the motivation to participate. For males the masculinity of the self-concept was an additional predictor: the more their self-concept resembled the Marlboro-Man prototype, the less they were motivated to participate in a stress-management-training course. Compared to the self-concepts and the Marlboro-Man prototype, the found unfavorable image of the participant prototype was striking. This possibly points to social norms for coping with stress.

Key words: Preventive health behavior, stress management, (masculine) self concept, prototype matching

Anschrift der Verfasserin: Dr. Monika Sieverding, Freie Universität Berlin, Abteilung für Medizinische Psychologie, Habelschwerdter Allee 45, D-14195 Berlin.

Ein Teil der Ergebnisse wurde anlässlich der 3. Tagung der Fachgruppe Gesundheitspsychologie der DGPs vom 22.-24. Mai 1997 in Greifswald vorgestellt.

In gesundheitsrelevantem Verhalten – grob unterteilt in Risikoverhalten und präventives Verhalten – finden sich eine Reihe von bedeutsamen Geschlechtsunterschieden, wobei Studien in verschiedenen Ländern zu ähnlichen Ergebnissen kommen. Bei Männern sind gesundheitsriskante Verhaltensweisen wie Konsum von Tabak, Alkohol und Drogen sowie aggressives Autofahren und Ausüben gefährlicher Sportarten häufiger, präventive Verhaltensweisen dagegen seltener als bei Frauen (Waldron, 1988). Der European Health and Behavior Survey zeigte, daß Männer sich weniger gesundheitsbewußt verhalten (Step toe, Sanderman & Wardle, 1995; Step toe, Wardle, Vinck, Tuomisto, Holte & Wichstrom, 1994). Noch größere Geschlechtsunterschiede finden sich bei der Inanspruchnahme professioneller Beratung und Hilfe im präventiven Bereich. Nach einer aktuellen Statistik des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung zur Früherkennung von Krebs machen 30 bis 35 % aller anspruchsberechtigten Frauen und nur 12 bis 15 % aller anspruchsberechtigten Männer von der Möglichkeit einer kostenlosen präventiven Untersuchung Gebrauch (Deutscher Bundestag, 1997). Bei Gesundheitsförderungsprogrammen und gesundheitlichen Bildungsmaßnahmen sind regelmäßig nur eine Minderheit der Teilnehmer männlich. Dazu ein Beispiel:

Durch das Sozialgesetzbuch V waren die gesetzlichen Krankenkassen seit 1988 angewiesen, zur Gesundheitsförderung ihrer Versicherten beizutragen. Daraufhin starteten die Krankenkassen verschiedene Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und Prävention. Angeboten wurden primär verhaltensorientierte Maßnahmen in den Bereichen Bewegung, Ernährung, Nichtrauchertraining, Entspannung und Streßbewältigung¹. Im Laufe des Jahres 1992 nahmen von den Versicherten der Barmer Ersatzkasse 160.000 Personen an solchen präventiven Kursangeboten teil; davon war jedoch nur jeder 7. Teilnehmer männlich. 86 % der Teilnehmenden waren Frauen (die Frauenquoten im einzelnen: Ernährungskurse 93.5 %; Bewegungstraining 85.3 %; Streßbewältigung 83.9 %; Nichtrauchertraining 65.1 %; s. Meierjürgen & Schulte, 1993). Ähnliche Ergebnisse liefern Inanspruchnahme-Analysen bei anderen Krankenkassen in verschiedenen Städten Deutschlands (z. B. Böhm, 1995; Ollenschläger & Denecke, 1994).

Bisher liegen nur wenige Studien vor, die psychologische Faktoren in Zusammenhang mit Geschlechtsunterschieden in präventivem Verhalten erforscht haben. Eine Ausnahme ist eine neue Studie der Arbeitsgruppe um Kohlmann und Weidner (Kohlmann, Weidner, Dotzauer & Burns, in press), in der die Bedeutung von Copingstilen untersucht wurde. Sie stellten in drei von fünf erfaßten präventiven Verhaltensweisen Geschlechtsunterschiede fest; Frauen hatten höhere Werte in den Variablen gesundheitsbewußtes Verhalten („self care“), Anlegen von Sicherheitsgurten („vehicle safety“) und Vermeidung von Drogen („drug avoidance“); keine Unterschiede gab es bei den Variablen körperliche Bewegung („physical exercise“) und gesunde Ernährung („healthy nutrition“). Die Geschlechtsunterschiede in den Verhaltensweisen Anlegen von Sicherheitsgurten und Vermeidung von Drogen konnten durch die durchschnittlich höhere kognitive Vermeidung der Männer im Umgang mit Streß erklärt werden.

¹ Aus Kostengründen wurde der entsprechende Paragraph (§ 20 SGB V) zum Jahresbeginn 1997 wieder stark eingeschränkt.

Die Unterschiede im Gesundheitsverhalten werden in Zusammenhang mit Geschlechtsrollenerwartungen und geschlechtsspezifischen Sozialisationsmustern diskutiert (s. auch Kolip, 1994; Winter, 1994). „For example, drug taking, diminished self-care, and reckless driving may be more gender-appropriate or socially acceptable for boys than for girls“ (Weidner, Kohlmann, Dotzauer & Burns, 1996, S. 11). Waldron (1988) kann in ihrem Literaturüberblick plausibel zeigen, daß die meisten Geschlechtsunterschiede in Risikoverhalten weniger durch gesundheitsbezogene Motivationen beeinflußt werden als vielmehr durch die Kompatibilität bzw. Inkompatibilität eines bestimmten gesundheitsrelevanten Verhaltens mit der männlichen oder weiblichen Geschlechtsrolle. Es liegt nahe, bei der geringen Teilnahme von Männern an Angeboten zur Gesundheitsförderung ebenfalls einen Einfluß von Geschlechtsrollenerwartungen zu vermuten. Geschlechtsrollenerwartungen sind normative gesellschaftliche Erwartungen, die am biologischen Geschlecht anknüpfen; die Erwartungen definieren die Arbeitsteilung und die hierarchische Beziehungsstruktur zwischen den Geschlechtern (soziale Geschlechtsrolle) sowie als wünschenswert angesehene Eigenschaften, Interessen, Fähigkeiten und Verhaltensweisen (psychologische Geschlechtsrolle, s. Alfermann, 1996; Spence, Deaux & Helmreich, 1985). Geschlechtsrollenerwartungen schlagen sich nicht direkt im Verhalten einer Person nieder; vielmehr ist das Selbstkonzept als relevante moderierende Variable zu berücksichtigen. Es finden sich große interindividuelle Unterschiede in der Übernahme von gesellschaftlichen Geschlechtsrollenerwartungen in das Selbstkonzept, beispielsweise in der Selbstbeschreibung mit expressiven (femininen) bzw. instrumentellen (maskulinen) Persönlichkeitseigenschaften (s. Alfermann, 1996; Hannover, 1997; Sieverding & Alfermann, 1992).

Welchen Zusammenhang gibt es zwischen Selbstkonzept und gesundheitsrelevantem Verhalten? Nach sozialkognitiven Theorien sind soziale Situationen häufig kognitiv durch Merkmale einer „typischen Person“ repräsentiert, d. h. einer Person, die mit hoher Wahrscheinlichkeit in einer solchen Situation anzufinden ist; man spricht von „person-in-situation-prototypes“ (Cantor, Mischel & Schwartz, 1982; Lord, 1982). Es wurde postuliert, daß die Entscheidung für eine soziale Situation – man könnte analog sagen für ein bestimmtes Verhalten – in zwei kognitiven Schritten erfolgt: Im ersten Schritt wird die Ähnlichkeit zwischen dem Selbst und den Prototypen möglicher Situations- (oder Verhaltens-) Optionen bestimmt. Im zweiten Schritt erfolgt eine Präferenz für die Situation (bzw. das Verhalten), die die größte Ähnlichkeit zwischen Selbst und Prototyp verkörpert. Dieser Prozeß wurde als „prototype matching“ bezeichnet (Niedenthal, Cantor & Kihlstrom, 1985; Niedenthal & Mordkoff, 1991). Auch wenn Menschen vor der Entscheidung stehen, ob sie zu einer bestimmten Gruppe gehören möchten, vergleichen sie sich häufig mit bestimmten Prototypen, die für diese Gruppe typisch sind. „The closer the match between the self (concept) and the prototype, the greater the interest in joining the group“ (Gibbons & Gerrard, 1995, S. 505).

Niedenthal und Mordkoff (1991) stellten die These auf, daß in manchen Situationen Menschen auch nach dem Prinzip des Prototype-Distancing handeln würden, insbesondere in solchen Situationen, in denen ihr Selbstwertgefühl bedroht wird. „Situations that threaten self-evaluation are defined as events, institutions, and roles that are negatively evaluated in the social context or are (perhaps consequently) associated with negative

person-in-situation prototypes“ (Niedenthal & Mordkoff, 1991, S. 484). Die Autoren erfaßten bei einer Stichprobe amerikanischer Erwachsener die Klienten-Prototypen von Psychotherapeuten unterschiedlicher Therapierichtungen. Sie nahmen an, daß die Prototypen von Psychotherapiepatienten negative evaluative Komponenten beinhalten: „Therapy patients are assumed to possess peculiar vulnerability to painful, negative emotions; they are ‚emotionally disturbed‘, have ‚emotional problems‘, or are ‚neurotic‘ (Niedenthal & Mordkoff, 1991, S. 485). Weiterhin wurde vermutet, daß Personen solche Psychotherapeuten bevorzugen würden, deren typische Patienten möglichst unähnlich dem Selbstkonzept wahrgenommen werden. Tatsächlich fanden sie, daß die Prototypen von Psychotherapiepatienten (Patienten/Klienten von Psychiatern, Psychoanalytikern, Familientherapeuten und Sozialarbeitern) stärker durch negative Persönlichkeitsmerkmale und Emotionen charakterisiert wurden als durch positive. Außerdem waren die Inhalte der Patienten-Prototypen deutlich negativer als die der Selbstkonzepte. „We take this as evidence that entering a patient role is evaluated quite negatively (i. e., is threatening to self-evaluation) in our society“ (Niedenthal & Mordkoff, 1991, S. 486). Bei den Therapeutenpräferenzen fand sich eine schwer interpretierbare Mischung aus Prototype-Matching- und Prototype-Distancing-Mechanismen, möglicherweise dadurch begründet, daß die Probanden in eine „forced choice“-Situation versetzt worden waren. Sie mußten entscheiden, zu welchem Psychotherapeuten sie selbst gehen würden und konnten nicht entscheiden, überhaupt keinen aufzusuchen.

Im Bereich des Risikoverhaltens gibt es einige Arbeiten, die auf dem „Prototype-Matching“-Ansatz basieren. Maßgeblich angeregt wurden diese Untersuchungen durch einen Überblicksartikel, in dem Leventhal und Cleary (1980) die Vermutung äußerten, daß positive („inviting“) Aspekte des Images eines typischen Rauchers Jugendliche ermuntern könnten, mit dem Rauchen zu experimentieren (s. auch Fuchs & Schwarzer, 1997). Diese Vermutung wurde in einer Reihe von Studien bestätigt, wobei neben Rauchen (Barton, Chassin, Presson & Sherman, 1982; Chassin, Presson, Sherman, Corty & Olshavsky, 1981; Kolip, 1995) andere riskante Verhaltensweisen untersucht wurden, wie Alkoholkonsum (Chassin, Tetzloff & Hershey, 1985), „reckless driving“ und unzureichende Verhütung (Gibbons & Gerrard, 1995; Gibbons, Gerrard & Boney-McCoy, 1995) sowie bulimisches Eßverhalten bei jungen Frauen (Habermas, 1990). Insgesamt erwiesen sich vor allem zwei Komponenten der Wahrnehmung als entscheidend: die (relative) Günstigkeit oder Positivität (favorability) des Prototypen und die Ähnlichkeit zum Selbstkonzept (s. Gibbons et al., 1995). Je günstiger die Wahrnehmung des Prototypen und je ähnlicher der Prototyp dem Selbstkonzept ist, desto größer ist die Motivation zu einem bestimmten Verhalten und umso eher wird das Verhalten tatsächlich ausgeführt.

Inwieweit spielen Prototype-Matching-Prozesse auch für präventives Gesundheitsverhalten eine Rolle? Welches „Image“ haben verschiedene präventive Verhaltensweisen? Wie werden Personen wahrgenommen, die sich gesundheitsbewußt verhalten oder die aus präventiven Gründen professionelle Hilfe in Anspruch nehmen, also zum Beispiel an einem Stressbewältigungskurs teilnehmen? Ich hatte die Vermutung, daß präventives Verhalten nicht nur positive Assoziationen weckt. In einem Stressbewältigungskurs beispielsweise geht es darum, die eigene Belastung sowie wichtige Einflussfaktoren

zu analysieren und einen adäquateren Umgang mit Belastung einzuüben, z. B. durch kognitive Umstrukturierung oder mit Hilfe von Entspannungsübungen. Erforderlich ist das Eingeständnis, Hilfe gebrauchen zu können sowie die Bereitschaft, über eigene Gefühle und Probleme in einer psychologisch geleiteten Gruppe zu sprechen (Kaluza, 1991). Das klassische männliche Rollenstereotyp ist mit einem solchen Verhalten inkompatibel: In westlichen Gesellschaften werden Unabhängigkeit, Leistung, Macht und Stärke als maskuline Qualitäten definiert (Alfermann, 1996; Brannon, 1985; Harrison, 1987; Levant, 1990).

In der vorliegenden Arbeit wurde der Prototype-Matching-Ansatz auf die Motivation zu präventivem Gesundheitsverhalten angewandt, wobei die Bereitschaft zur Teilnahme an einem Stressbewältigungskurs exemplarisch untersucht werden sollte. Zunächst ging es darum, den Prototypen des „typischen Teilnehmers“ eines Stressbewältigungskurses zu erfassen (Teilnehmer-Prototyp) und diesen mit dem Prototyp eines „männlichen“ Mannes zu vergleichen. Als Prototyp eines männlichen Mannes fungierte der „Marlboro-Mann“ aus der Kinowerbung (Marlboro-Mann-Prototyp). Darüberhinaus sollten Zusammenhänge zwischen Prototypwahrnehmung, Selbstkonzept (SK) und Motivation zur Teilnahme an einem Stressbewältigungskurs überprüft werden.

Erwartet wurde:

- Je maskuliner das Selbstkonzept einer Person (d. h. je ähnlicher das Selbstkonzept dem Marlboro-Mann-Prototyp),
 - je größer die Diskrepanz zwischen Selbstkonzept und Teilnehmer-Prototyp und
 - je ungünstiger die Einschätzung des Teilnehmer-Prototypen,
- desto niedriger fällt die Motivation aus, an einem Stressbewältigungskurs teilzunehmen.

Methode

Vorgehensweise

In einer Vorstudie wurde bei einer Stichprobe von männlichen und weiblichen Befragten ($N = 68$) der Prototyp des „Marlboro-Mannes“ anhand eines semantischen Differentials erhoben. In der Hauptstudie ($N = 161$) wurden Klinikärzte und -ärztinnen sowie Medizinstudierende mit einem Fragebogen zum Thema „Stress und Stressbewältigung“ befragt. Anhand des gleichen semantischen Differentials, das in der Vorstudie benutzt worden war, wurde ihre Wahrnehmung von dem „typischen Teilnehmer eines Stressbewältigungskurses“ (Teilnehmer-Prototyp) sowie ihr Selbstkonzept erfaßt. Weiterhin wurde ihre Motivation, selbst an einem solchen Kurs teilzunehmen, erfragt. Die Ähnlichkeit zwischen Selbstkonzept und (fremdeingeschätztem) Marlboro-Mann diene als Operationalisierung der „Maskulinität des Selbstkonzeptes“.

Stichproben

In der Vorstudie wurden 33 Männer und 35 Frauen, Studierende wie Berufstätige, befragt. Das Durchschnittsalter lag bei 28 Jahren (Männer: $M = 28.1$, $SD = 7.8$, Frauen: $M = 28.1$, $SD = 8.7$). Die Stichprobe der Hauptuntersuchung ($N = 173$) bestand aus 86 an einer Berliner Universitätsklinik vollzeit berufstätigen Ärzten und Ärztinnen sowie 87 Medizinstudierenden der Freien Universität Berlin. Von allen Befragten gaben 12 Personen an, bereits selbst an einem Stressbewältigungskurs teilgenommen zu haben (2 Studenten, 3 Studentinnen, 4 Ärzte und 3 Ärztinnen). Da die Zahl der Kursteilnehmer zu niedrig war, um sie mit den Befragten zu vergleichen, die bisher noch an keinem solchen Kurs teilgenommen hatten, wurden diese Personen nicht in die hier vorgestellte Untersuchung aufgenommen. Die endgültige Stichprobe reduzierte sich dadurch auf 161 Personen und setzte sich folgendermaßen zusammen: 40 Ärzte (Alter: $M = 36.8$, $SD = 7.6$), 39 Ärztinnen (Alter: $M = 36.3$, $SD = 7.4$), 50 Studenten (Alter: $M = 22.8$, $SD = 2.7$) und 32 Studentinnen (Alter: $M = 22.9$, $SD = 5.1$). Die Studierenden, die sich überwiegend im dritten vorklinischen Semester befanden, bearbeiteten den Fragebogen zum Thema „Stress und Stressbewältigung“ innerhalb des Praktikums „Medizinische Psychologie“. Die Ärzte und Ärztinnen wurden von einer ärztlichen Kollegin für die Teilnahme an der Befragung geworben. Sie füllten den Fragebogen einzeln aus und gaben ihn der Ärztin zurück, wobei die Vertraulichkeit der Antworten garantiert war.

Variablen

Neben Alter und Geschlecht wurde bei den Studierenden zusätzlich die Semesterzahl, bei den Berufstätigen die berufliche Position (Arzt/Ärztin im Praktikum, Assistenzarzt/-ärztin, Oberarzt/-ärztin) erfasst. Die Studierenden wurden gefragt, wieviele Stunden pro Woche sie im Durchschnitt für ihre Studium aufwenden (tatsächliche Arbeitszeit); die Berufstätigen entsprechend nach ihrer (tatsächlichen) wöchentlichen Arbeitszeit. Anschließend sollten die Befragten einschätzen, wie häufig sie sich im letzten Jahr durch ihr Studium bzw. durch ihren Beruf gestresst fühlten (Stresshäufigkeit). Die Antwort erfolgte auf einer 11-stufigen Skala von 0 „fast nie“ bis 10 „fast immer“.² Die Probanden wurden gefragt, ob sie bereits einmal an einem Kurs zur Stressbewältigung teilgenommen haben und falls nicht, ob sie sich vorstellen können, selbst an einem solchen Kurs teilzunehmen (Motivation zur Teilnahme). Die Antwort erfolgte auf einer 11-stufigen Skala von 0 „auf keinen Fall“ bis 10 „auf jeden Fall“. Die Probanden, die die Frage eher verneint haben, wurden gebeten, ihre Gründe zu nennen, wobei – aufgrund von Vorbefragungen – mehrere Antwortmöglichkeiten vorgegeben waren.

² Es folgten offene Fragen zu den Situationen, die als stressig erlebt werden, zu subjektiven Stressindikatoren und nach der effektivsten Strategie der Stressbewältigung. Weiterhin wurde anhand eines fiktiven Beispiels (modifiziert nach Dobler-Mikola, Binder & Angst, 1989) erfasst, welche Ratschläge die Befragten einem an seinem Arbeitsplatz überforderten und gestressten Bekannten geben würde. Auf diese Untersuchungsteile wird im folgenden nicht eingegangen.

Erfassung der Prototypen „Marlboro-Mann“,
„Teilnehmer eines Stressbewältigungskurses“ und des Selbstkonzeptes

Aufgrund von Vorbefragungen mit offenen Antwortmöglichkeiten war ein semantisches Differential erstellt worden, das aus 13 Eigenschaftspaaren besteht. Darin sind solche Eigenschaften enthalten, die als geeignet erscheinen, den Teilnehmer eines Stressbewältigungskurses zu beschreiben bzw. die Bestandteil des maskulinen Stereotyps sind (unabhängig – abhängig, sicher – unsicher, angespannt – entspannt, ängstlich – nicht ängstlich, selbständig – hilflos, schwach – stark, gesund – krank, weiblich – männlich, cool – nicht cool, souverän – nicht souverän, erfolgreich – nicht erfolgreich, zart – rau, gelassen – gestreßt). Die Eigenschaftspaare wurden mit einer 6-stufigen Antwortvorgabe von A bis F gegeben.

In der Vorstudie wurde anhand des semantischen Differentials eine spontane Charakterisierung des „Marlboro-Mannes“ aus der Kinowerbung erhoben (Marlboro-Mann-Prototyp, MM). Die Probanden der Hauptstudie wurden anhand der gleichen Eigenschaftsliste um eine spontane Einschätzung der eigenen Person gebeten, „so wie Sie normalerweise sind“ (Selbstkonzept, SK) sowie um eine Beschreibung des „typischen Teilnehmers eines Stressbewältigungskurses“ (Teilnehmer-Prototyp, TT). Anschließend wurden sie nach weiteren freien Assoziationen zum „typischen Teilnehmer“ gefragt.

Auswertung

Die Antworten zum Semantischen Differential wurden von 00 (A) bis 10 (F) skaliert, da eine Reihe von Befragten Ankreuzungen in der Mitte der Skala vorgenommen hatten (d. h. zwischen C und D, entsprechend einem Skalenwert von 05). Ein Maß für die Günstigkeit der Wahrnehmung (Favorability-Index, s. Gibbons et al., 1995) wurde nach entsprechender Umpolung über die Summe derjenigen 10 Items (geteilt durch 10) erstellt, bei denen eindeutig ist, welcher Pol der sozial erwünschte ist: d. h. unabhängig, sicher, entspannt, nicht ängstlich, selbständig, stark, gesund, souverän, erfolgreich, gelassen. Das Günstigkeitsmaß kann Werte zwischen 0 und 10 einnehmen, wobei 0 eine äußerst ungünstige, 10 eine äußerst günstige Einschätzung repräsentiert. Die Günstigkeitsskala besitzt eine innere Konsistenz von .83 (Cronbachs-Alpha).

Um die Ähnlichkeit (bzw. Unähnlichkeit) zwischen Selbstkonzept und den beiden Prototypen beurteilen zu können, wurden nach dem von Cronbach und Gleser (1953) vorgeschlagenen Verfahren zum Vergleich von Profilen zwei Diskrepanzmaße berechnet:

Diskrepanz zwischen Selbstkonzept (SK) und Teilnehmer-Prototyp (TT):

$$D^2(\text{SK}-\text{TT}) = \sum(x_{\text{itt}} - x_{\text{isk}})^2.$$

Diskrepanz zwischen Selbstkonzept (SK) und Marlboro-Mann-Prototyp (MM):

$$D^2(\text{SK}-\text{MM}) = \sum(x_{\text{imm}} - x_{\text{isk}})^2.$$

Bei den Differenzen zwischen Selbstkonzept und typischem Teilnehmer wurden pro Eigenschaft die jeweiligen Einschätzungen der Probanden benutzt; in die Diffe-

renzbildung zwischen Selbstkonzept und Marlboro-Mann gingen die Mittelwerte aus der Vorstudie ein (x_{imn}). Die Diskrepanzmaße wurden über alle Eigenschaftspaare berechnet mit Ausnahme des Eigenschaftspaares „männlich – weiblich“. Die Berücksichtigung dieser Eigenschaften hätte die Geschlechtsunterschiede in den Differenzwerten künstlich vergrößert.

Ergebnisse

Vorstudie

Wie zu erwarten, erhielt der Marlboro-Mann-Prototyp hohe Einschätzungen auf typisch maskulinen Eigenschaften wie unabhängig, sicher, nicht ängstlich, selbständig, stark und männlich (s. Abbildung 1). Der Güntigkeitswert war hoch ($M = 7.57, SD = 2.0$). Es zeigten sich leichte Geschlechtsunterschiede; Frauen beschrieben den Marlboro-Mann als noch etwas unabhängiger, männlicher und cooler als Männer, insgesamt tendenziell als noch etwas positiver (Günstigkeitsmaß $M = 7.98, SD = 1.65$ versus $M = 7.14, SD = 2.3$), $t(66) = 1.7, p = .089$. Da die Einschätzung des Prototypen bei Männern und Frauen insgesamt jedoch sehr ähnlich war, wurden zum Vergleich mit den in der Hauptstudie erhobenen Konzepten die Mittelwerte der Gesamtstichprobe verwandt.

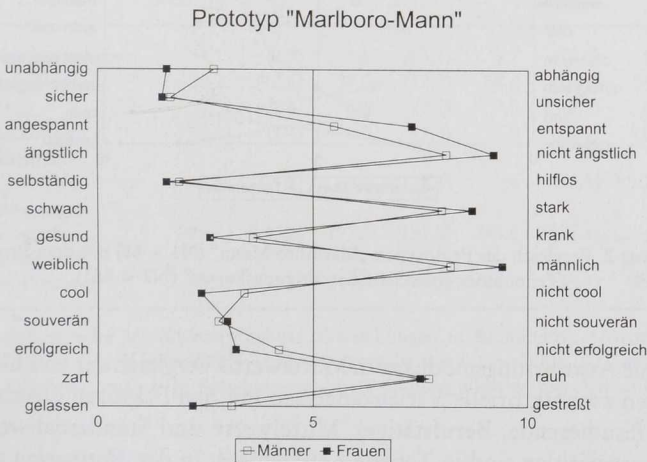


Abbildung 1. Wahrnehmung des Prototypen „Marlboro-Mann“ in der Vorstudie (arithmetische Mittelwerte), Männer ($n = 33$), Frauen ($n = 35$).

Hauptstudie

In Abbildung 2 ist der Teilnehmer-Prototyp im Vergleich zum Marlboro-Mann-Prototyp der Vorstudie abgebildet. Der Teilnehmer-Prototyp beruht auf der durchschnittlichen

Einschätzung des „typischen Teilnehmers eines Stressbewältigungskurses“, gemittelt über alle Probanden der Hauptstudie. Die beiden Profile klaffen weit auseinander; auf jedem erfassten Eigenschaftspaar finden sich große bis extreme Unterschiede. Der typische Teilnehmer erhielt mehr mittlere Wertungen als der Marlboro-Mann, allerdings eher in Richtung des negativen Pols (eher abhängig, unsicher, ängstlich, hilflos, nicht souverän); Einschätzungen, die deutlicher vom Skalenmittelwert abweichen, betrafen die Eigenschaften „gestreift“ und „angespannt“. Das Günstigkeitsmaß des Teilnehmer-Prototypen lag mit einem Mittelwert von $M = 3.7$ ($SD = 1.5$) deutlich unter dem Skalenmittelwert von 5 und deutlich unter dem Günstigkeitsmaß des Marlboro-Mann-Prototypen ($M = 7.6$, $SD = 2.0$).

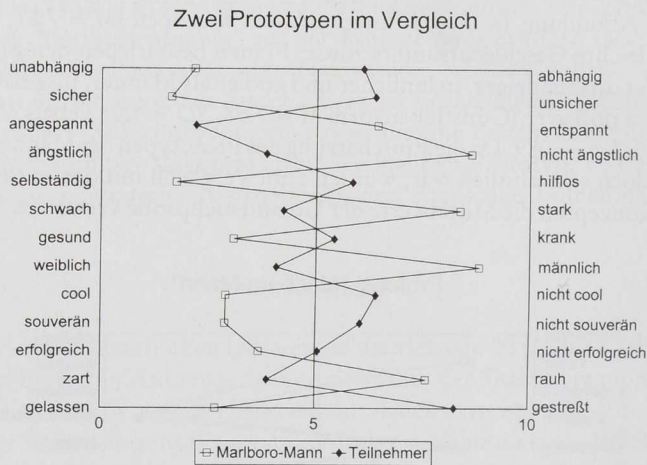


Abbildung 2. Vergleich des Prototypen „Marlboro-Mann“ ($N_1 = 68$) mit dem Prototypen „Teilnehmer eines Stressbewältigungskurses“ ($N_2 = 161$).

Der generelle Auswertungsmodus zum Mittelwerte-Vergleich der vier Untersuchungsgruppen waren zweifaktorielle Varianzanalysen mit den Faktoren Geschlecht und Berufstätigkeit (Studierende, Berufstätige). Mittelwerte und Standardabweichungen der Untersuchungsvariablen sind in Tabelle 1 aufgeführt. In der *Motivation zur Teilnahme an einem Stressbewältigungskurs* zeigte sich ein signifikanter Haupteffekt für den Faktor Geschlecht: Frauen konnten sich eher vorstellen, an einem solchen Kurs teilzunehmen als Männer, $F(1,157) = 9.21$, $p = .003$ (s. Tabelle 1). Weder der Haupteffekt Berufstätigkeit noch die Wechselwirkung (Geschlecht \times Berufstätigkeit) waren signifikant. Da die Arbeitsbelastung sowie die subjektive Stresshäufigkeit Auswirkungen auf die Motivation zur Kursteilnahme haben könnten, wurde als nächstes überprüft, ob sich die Untersuchungsgruppen in diesen beiden Variablen unterscheiden. Die Verteilung der Antworten zur Stresshäufigkeit war rechtsgipflig und linksschief; die Befragten fühlten

sich insgesamt im letzten Jahr häufig gestreßt ($M = 6.4$, $SD = 2.4$). In beiden Analysen war erwartungsgemäß der Haupteffekt Berufstätigkeit signifikant; die Ärzte und Ärztinnen gaben eine höhere wöchentliche Arbeitsstundenzahl an als die Studierenden, $F(1,149) = 165.6$, $p < .001$, und sie fühlten sich häufiger gestreßt, $F(1,155) = 5.4$, $p = .022$. Der Haupteffekt Geschlecht war für beide Variablen jedoch nicht signifikant. Bei der wöchentlichen Arbeitszeit zeigte sich eine signifikante Wechselwirkung (Geschlecht \times Berufstätigkeit), $F(1,149) = 9.6$, $p = .002$. Bei den Studierenden gaben die weiblichen Befragten eine höhere wöchentliche Arbeitsstundenzahl an, bei den Berufstätigen die männlichen Befragten. Auch bei der subjektiven Streßhäufigkeit im letzten Jahr gab es eine tendenziell signifikante Wechselwirkung (Geschlecht \times Beruf), $F(1,155) = 3.9$, $p = .073$. Weibliche Studierende fühlten sich gestreßter als ihre männlichen Kommilitonen, dagegen berichteten bei den Berufstätigen Ärzte ein höheres Streßniveau als Ärztinnen.

Tabelle 1. Mittelwerte und Standardabweichungen der Untersuchungsvariablen in Abhängigkeit von Berufstätigkeit und Geschlecht

	Studierende		Berufstätige	
	Männer $n = 50$	Frauen $n = 32$	Männer $n = 40$	Frauen $n = 39$
Motivation zur Kursteilnahme ^a	4.1 (3.3)	5.5 (3.1)	3.7 (3.0)	5.3 (3.2)
Arbeitsstunden pro Woche	30.2 (12.6)	37.0 (12.9)	58.6 (10.1)	54.4 (7.5)
Streßhäufigkeit ^b	5.5 (2.4)	6.6 (2.2)	7.0 (2.2)	6.8 (2.3)
Günstigkeit ^c Selbstkonzept	6.8 (1.4)	6.3 (1.3)	6.9 (1.2)	6.9 (1.2)
Günstigkeit ^c Teilnehmer- Prototyp	3.5 (1.3)	3.8 (1.5)	3.6 (1.5)	3.9 (1.8)
Diskrepanz Selbstkonzept- Teilnehmer-Prototyp ^d	248.8 (183.0)	193.5 (193.5)	245.5 (184.4)	224.5 (201.4)
Diskrepanz Selbstkonzept- Marlboro-Mann-Prototyp ^c	83.5 (52.4)	114.3 (73.1)	81.3 (53.3)	89.2 (39.7)

Anmerkungen. Arithmetische Mittelwerte (Standardabweichungen in Klammern). ^aAntwortvorgabe von 0 („auf keinen Fall“) bis 10 („auf jeden Fall“); ^bAntwortvorgabe von 0 („nie“) bis 10 („fast immer“); ^cmögliche Werte von 0 (äußerst ungünstige Einschätzung) bis 10 (äußerst günstige Einschätzung); ^d $D^2(\text{SK}-\text{TT})$; ^e $D^2(\text{SK}-\text{MM})$.

Um festzustellen, wie maskulin das *Selbstkonzept* ist, wurde dieses mit dem Marlboro-Mann-Prototyp der Vorstudie verglichen. Bei dem Diskrepanzmaß $D^2(\text{SK}-\text{MM})$ zeigte sich ein signifikanter Geschlechtsunterschied; die männlichen Befragten beschrieben sich in ihrem Selbstkonzept dem Marlboro-Mann ähnlicher als die weiblichen Befragten, das heißt, die Diskrepanzwerte waren bei ihnen signifikant geringer, $F(1,152) = 3.9$, $p = .049$ (s. Tabelle 1). Im nächsten Schritt wurde das Selbstkonzept der Probanden mit ihrer *Einschätzung des Teilnehmer-Prototypen* verglichen. Das Selbstkonzept der weiblichen Befragten wies keine größere Ähnlichkeit zum Teilnehmer-Prototyp auf als das Selbst-

konzept der männlichen Befragten (s. Tabelle 1); die Diskrepanz zwischen Selbstkonzept und dem Teilnehmer-Prototyp, $D^2(\text{SK}-\text{TT})$, war zwar bei Studentinnen geringer als bei Studenten sowie bei Ärztinnen geringer als bei Ärzten, der Geschlechtsunterschied war jedoch nicht signifikant, $F(1,152) = 1.40$, $p = .24$). Auch in der Günstigkeitseinschätzung des Teilnehmer-Prototypen fanden sich keine Geschlechtsunterschiede; Frauen schätzten den „typischen Teilnehmer“ nicht günstiger ein als Männer, $F(1,151) = 1.13$, $p = .29$ (s. Tabelle 1).

Um die Selbstkonzepte der Befragten mit beiden Prototypen gleichzeitig zu vergleichen, wurden Varianzanalysen mit den Gruppierungsfaktoren Geschlecht und Berufstätigkeit und dem Meßwiederholungsfaktor Diskrepanz zum Selbstkonzept (Teilnehmer-Prototyp, Marlboro-Mann-Prototyp) gerechnet. Der Haupteffekt des Meßwiederholungsfaktors war hochsignifikant, $F(1,150) = 63.44$, $p < .001$; das Selbstkonzept der Befragten war in allen vier Untersuchungsgruppen dem Marlboro-Mann-Prototyp deutlich ähnlicher als dem Teilnehmer-Prototyp (s. Tabelle 1). Die Wechselwirkung (Geschlecht \times Diskrepanz) war tendenziell signifikant, $F(1,150) = 2.84$, $p = .094$. Bei den männlichen Befragten variierte das Diskrepanzmaß stärker in Abhängigkeit vom Vergleichs-Prototypen als bei den weiblichen Befragten; die Männer hatten im Durchschnitt eine größere Distanz zum typischen Teilnehmer und eine niedrigere Distanz zum Marlboro-Mann (s. Abbildung 3).

Selbstkonzept im Vergleich zu zwei Prototypen

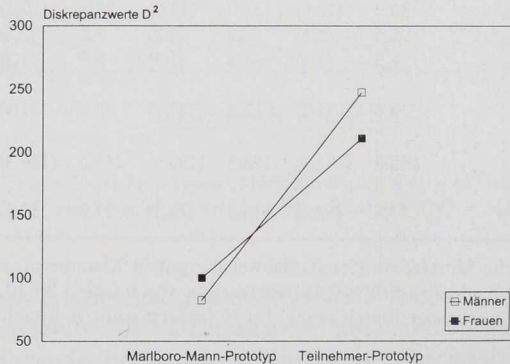


Abbildung 3. Diskrepanz des Selbstkonzeptes als Funktion der Wechselwirkung zwischen Vergleichs-Prototyp und Geschlecht.

Die Korrelationen zwischen den Hauptuntersuchungsvariablen sind in Tabelle 2 dargestellt. Insgesamt lagen die Korrelationen in der erwarteten Richtung. *Die Motivation zur Teilnahme an einem Streßbewältigungskurs* war umso höher, je günstiger die Wahrnehmung des Teilnehmer-Prototypen war, je geringer die Diskrepanz zwischen Selbstkonzept und Teilnehmer-Prototyp war und je größer die Diskrepanz zwischen Selbst-

konzept und Marlboro-Mann-Prototyp war. Auch die Günstigkeit des Selbstkonzeptes war signifikant mit der Motivation korreliert, allerdings negativ ($r = -.29, p < .001$), das heißt, je günstiger eine Person ihr Selbstkonzept beschrieb, desto niedriger war ihre Motivation zur Teilnahme an einem Streßbewältigungskurs. Die subjektive Streßhäufigkeit war positiv mit der Motivation korreliert, nicht jedoch die Höhe der wöchentlichen Arbeitsstunden. Die Interkorrelationen zwischen den Variablen waren zum Teil sehr hoch, so z. B. zwischen der Günstigkeit des Teilnehmer-Prototypen und der Diskrepanz zwischen Selbstkonzept und Teilnehmer-Prototyp ($r = -.74$).

Tabelle 2. Interkorrelationen zwischen den Untersuchungsvariablen

	2	3	4	5	6	7
1. Motivation	.06	.25***	-.29***	.37***	-.47***	.27***
2. Arbeitsstunden		.36***	.04	-.02	.01	.00
3. Streßhäufigkeit			-.15	.14	-.13	.21**
4. Günstigkeit SK ^a				-.21**	.61***	-.62***
5. Günstigkeit TT ^b					-.74***	.11
6. D ² (SK-TT)						-.24**
7. D ² (SK-MM ^c)						

Anmerkungen. Maximales $N = 161$. ^aSK: Selbstkonzept, ^bTT: Teilnehmer-Prototyp, ^cMM: Marlboro-Mann-Prototyp. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

Um die Hypothesen zu überprüfen, daß die Maskulinität des Selbstkonzeptes, die Wahrnehmung des Teilnehmer-Prototypen sowie die Ähnlichkeit zwischen Selbstkonzept und Teilnehmer-Prototypen die Motivation zur Kursteilnahme vorhersagen können, wurden die Effekte der verschiedenen Variablen mit einer hierarchischen multiplen Regressionsanalyse überprüft. Die soziodemographischen Variablen Geschlecht und Berufstätigkeit wurden als erster Block aufgenommen, die subjektive Streßhäufigkeit als zweiter Block. Als dritter Block wurden die Selbstkonzept- und Prototypvariablen hinzugenommen: Günstigkeit des Selbstkonzeptes, Günstigkeit des Teilnehmer-Prototypen, Diskrepanz zwischen Selbstkonzept und Teilnehmer-Prototyp, Diskrepanz zwischen Selbstkonzept und Marlboro-Mann-Prototyp. Als letzter Block wurden die zweifachen Interaktionen (Geschlecht bzw. Berufstätigkeit) mit den Variablen des dritten Blocks aufgenommen. Die Ergebnisse dieser Regressionsanalyse sind in Tabelle 3 wiedergegeben.

Durch die beiden soziodemographischen Variablen allein konnten lediglich 5 % der Gesamtvarianz in der Motivation zur Kursteilnahme aufgeklärt werden, wobei die Variable Geschlecht der signifikante Prädiktor war ($\beta = .23, p = .004$). Durch die Hinzunahme der Variable Streßhäufigkeit erhöhte sich R^2 auf .10. Der größte Varianzanteil wurde eindeutig durch die Prädiktoren des dritten Blocks aufgeklärt; die Hinzunahme dieser Variablen erhöht die aufgeklärte Varianz auf $R^2 = .30$. Der beste Einzelprädiktor zur Vorhersage der Kursmotivation war die Diskrepanz zwischen Selbstkonzept und

Tabelle 3. Hierarchische multiple Regression zur Vorhersage der Motivation zur Kursteilnahme

Block Prädiktor	R ²	R ² _{Change}	F ^a	β ^b	t	p <
1. Soziodemograph. Variablen	.05	.05	4.18*			
Geschlecht				.23	2.89	.004
Berufstätigkeit				-.03	< 1	—
2. Streßhäufigkeit	.10	.05	5.54**	.22	2.81	.006
3. SK- und Prototyp-Variablen	.30	.20	8.78***			
Günstigkeit SK				.18	1.31	.19
Günstigkeit TT				-.04	< 1	—
D ² (SK-TT)				-.53	-3.32	.001
D ² (SK-MM)				.19	1.99	.048
4. Interaktionen	.37	.07	5.27***			
Geschl. × Günst. SK				-.04	< 1	—
Geschl. × Günst. TT				.20	2.28	.024
Geschl. × D ² (SK-TT)				-.23	-2.41	.017
Geschl. × D ² (SK-MM)				-.14	-1.87	.064
Beruf × Günst. SK				.03	< 1	—
Beruf × Günst. TT				-.18	-2.0	.048
Beruf × D ² (SK-TT)				.08	< 1	—
Beruf × D ² (SK-MM)				-.12	-1.6	.12

Anmerkungen. N = 156. ^aAngabe ist jeweils der F-Wert für die Multiplikationsgleichung unter Einschluss der vorangehenden Blöcke. ^bAngabe ist jeweils das β-Gewicht, das im letzten Analyseschritt ermittelt wurde. *p < .05, **p < .01, ***p < .001.

der Wahrnehmung des Teilnehmer-Prototypen ($\beta = -.53$, $p < .001$). Je niedriger diese Diskrepanz war, das heißt, je mehr das Selbstkonzept dem Teilnehmer-Prototyp ähnelte, desto größer war die Motivation zur Kursteilnahme. Auch die Diskrepanz zwischen Selbstkonzept und Marlboro-Mann-Prototyp trug als weiterer Prädiktor zur Aufklärung der Varianz bei ($\beta = .19$, $p = .048$); je größer diese Diskrepanz ausfiel, das heißt, je weniger maskulin das Selbstkonzept war, desto größer war die Motivation zur Kursteilnahme. Die Variable Günstigkeit des Teilnehmer-Prototypen erwies sich dagegen nicht als ein signifikanter Einzelprädiktor. Durch die Hinzunahme der Produktterme im 4. Schritt konnte die aufgeklärte Varianz weiter erhöht werden, nämlich auf $R^2 = .37$. Die Interaktionen zwischen Geschlecht und Günstigkeit des Teilnehmer-Prototypen sowie zwischen Geschlecht und Diskrepanz Selbstkonzept-Teilnehmer-Prototyp waren signifikant; für Frauen war die Diskrepanz zwischen Selbstkonzept und Teilnehmer-Prototypen ein besserer Prädiktor für die Kursmotivation (bei Frauen: $\beta = -.66$, bei Männern: $\beta = -.40$). Auch die Interaktion zwischen Geschlecht und Diskrepanz zwischen Selbstkonzept und Marlboro-Mann-Prototyp war tendenziell signifikant; dieser Prädiktor war wiederum für die Kursmotivation der Männer bedeutsamer (Männer: $\beta = .35$, Frauen: $\beta = .10$). Die Bedeutung dieser Interaktion wird in Abbildung 4 veranschaulicht. Mittels Mediandichotomisierung auf der Variable Diskrepanz zwischen Selbstkonzept und Marlboro-Mann-Prototyp, $D^2(\text{SK-MM})$, wurde die Stichprobe in zwei

Gruppen unterteilt ($MED = 78$). Nur bei den Männern war die Kursmotivation abhängig von der Maskulinität des Selbstkonzeptes; in der Gruppe der Männer, deren Selbstkonzept eine geringe Diskrepanz zum Marlboro-Mann aufwies, zeigte sich eine deutlich niedrigere Motivation als in der Gruppe der Männer, deren Selbstkonzept eine große Diskrepanz zum Marlboro-Mann hatte. Bei Frauen dagegen wurde die Kursmotivation von der Diskrepanz des Selbstkonzeptes zum Marlboro-Mann nicht berührt; sie war in beiden Gruppen gleich hoch.

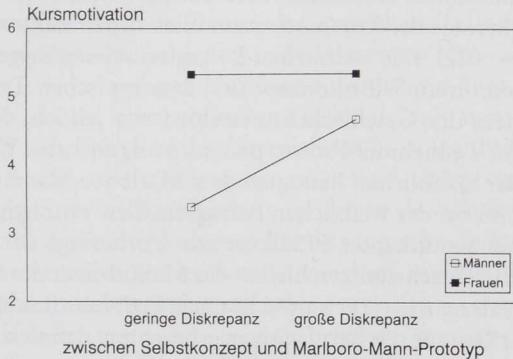


Abbildung 4. Kursmotivation als Funktion der Wechselwirkung zwischen Geschlecht und Diskrepanz zwischen Selbstkonzept und dem „Marlboro-Mann“-Prototyp.

Diskussion

Prototype-Matching-Prozesse sind nach den Ergebnissen dieser Studie auch für präventives Gesundheitsverhalten relevant. Als bedeutsamster Prädiktor zur Vorhersage der Motivation zur Teilnahme an einem Stressbewältigungskurs erwies sich die wahrgenommene Ähnlichkeit zwischen Selbstkonzept und dem Prototypen des „Teilnehmers eines Stressbewältigungskurses“. Je mehr das Selbstkonzept dem Teilnehmer-Prototyp ähnelte, desto höher war die Motivation zur Kursteilnahme. Ein weiterer signifikanter Prädiktor war die Maskulinität des Selbstkonzeptes, operationalisiert über die Ähnlichkeit (bzw. geringe Diskrepanz) zwischen dem Selbstkonzept und dem Marlboro-Mann-Prototyp. Dieser zweite Prädiktor war vor allem zur Vorhersage der Kursmotivation der Männer geeignet, weniger für die Kursmotivation der Frauen. Männer, deren Selbstkonzept große Ähnlichkeit mit dem Marlboro-Mann aufwies, konnten sich kaum vorstellen, an einem Stressbewältigungskurs teilzunehmen. Die Arbeitsbelastung (operationalisiert über die wöchentliche Arbeitsstundenzahl) hatte überhaupt keinen und die subjektiv eingeschätzte Stresshäufigkeit im letzten Jahr nur einen relativ geringen Einfluß auf die Kursmotivation. Diese Ergebnisse weisen darauf hin, daß die Motivation zur Teilnahme an einem Stressbewältigungskurs weniger gut durch die objektive

oder subjektive Belastung, sondern besser durch Mechanismen des Prototype-Matching vorherzusagen ist. Die Hypothesen wurden somit weitgehend bestätigt; nur die Günstigkeit der Einschätzung des Teilnehmer-Prototypen erwies sich nicht als eigenständiger Prädiktor, vermutlich wegen der hohen Interkorrelationen zur Ähnlichkeit zwischen Selbstkonzept und Teilnehmer-Prototypen.

Die weiblichen Befragten beider Gruppen konnten sich eher vorstellen, an einem Streßbewältigungskurs teilzunehmen als die männlichen Befragten; dieser (hochsignifikante) Geschlechtsunterschied ließ sich durch die in dieser Untersuchung erfaßten Variablen nicht vollkommen aufklären. Auch auf der vierten Stufe der hierarchischen Regression zur Vorhersage der Kursmotivation blieb der Prädiktor „Geschlecht“ signifikant ($\beta = .16, p = .022$). Die weiblichen Befragten wiesen insgesamt eine geringere Diskrepanz zwischen ihrem Selbstkonzept und dem typischen Teilnehmer auf als die männlichen Befragten; der Geschlechtsunterschied war jedoch, wie bei der Günstigkeitseinschätzung des Teilnehmer-Prototypen, nicht signifikant. Weiterhin erwies sich das Selbstkonzept der männlichen Befragten dem Marlboro-Mann als signifikant ähnlicher als das Selbstkonzept der weiblichen Befragten; diese Ähnlichkeit war jedoch nur bei den Männern ein signifikanter Prädiktor zur Vorhersage der Kursmotivation (s. Abbildung 4). Der Geschlechtsunterschied in der Maskulinität des Selbstkonzeptes war zudem viel geringer, als man hätte erwarten können. Post-hoc durchgeführte Mittelwertvergleiche nur in der Gruppe der Berufstätigen erbrachten, daß sich Ärztinnen und Ärzte nicht signifikant in der Maskulinität des Selbstkonzeptes unterschieden, $t(77) = .78, p = .44$. Es ist bekannt, daß zum beruflichen Weiterkommen in der Klinik in hohem Maße maskuline Persönlichkeitseigenschaften notwendig sind (Sieverding, 1990, 1992). Klinikärztinnen stellen somit zweifellos eine untypische Stichprobe von Frauen dar. Ich vermute, daß ihr Selbstkonzept maskuliner ist als beispielsweise das Selbstkonzept von Frauen in typisch weiblichen Berufen oder von Hausfrauen. Interessanterweise wurde bei den weiblichen Befragten die Kursmotivation von der Ähnlichkeit ihres Selbstkonzeptes zum Marlboro-Mann-Prototyp nicht tangiert. Frauen mit einem maskulinen Selbstkonzept gaben eine gleich hohe Motivation an wie Frauen mit einem wenig maskulinen Selbstkonzept. Es ist nicht auszuschließen, daß bei den Angaben zur Kursmotivation auch geschlechtsabhängige Antworttendenzen im Sinne der sozialen Erwünschtheit eine Rolle gespielt haben. Von Frauen wird eher erwartet, daß sie Hilfe in Anspruch nehmen, von Männern wird eher erwartet, daß sie ihre Probleme allein in den Griff bekommen.

In dieser Studie wurde der Prototyp-Ansatz erweitert; dem Prototypen der Person, die das interessierende Verhalten ausführt, wurde ein zweiter Prototyp gegenübergestellt, nämlich einer Person, die das interessierende Verhalten mit hoher Wahrscheinlichkeit *nicht* ausführen würde. Die Berücksichtigung dieses zweiten Prototypen verbesserte die Vorhersage der Kursmotivation (insbesondere der Männer) und lieferte einen hilfreichen Vergleichsmaßstab für den Teilnehmer-Prototypen und das Selbstkonzept. Im Vergleich fällt nämlich das in dieser Studie gefundene negative Image des „typischen Teilnehmers“ besonders auf. Welten liegen zwischen dem typischen Teilnehmer eines Streßbewältigungskurses und dem „Marlboro-Mann“. In allen vier Untersuchungsgruppen ähnelte das Selbstkonzept der Befragten deutlich und hochsignifikant

mehr dem Marlboro-Mann als dem typischen Teilnehmer. Dieses Ergebnis kann möglicherweise die Tatsache erklären, daß die Nachfrage nach Stressbewältigungskursen – z. B. im Vergleich zu Rückenkursen, Nichtraucherkursen, reinen Entspannungskursen und Bewegungskursen – relativ gering ist und die Teilnehmerzahl in solchen Kursen, gemessen an der Gesamtteilnehmerzahl in allen Angeboten zur Gesundheitsförderung, ebenfalls sehr niedrig ist. Nach vorliegenden Angaben liegen die entsprechenden Quoten zwischen 1 % (Böhm, 1995) und 7 % (Ollenschläger & Deneke, 1994). Es wäre zu überprüfen, ob das Image anderer präventiver Verhaltensweisen positiver ist und sich eher mit einem maskulinen Selbstkonzept vereinbaren läßt.

Wie läßt sich aber das negative Image des typischen Teilnehmers eines Stressbewältigungskurses erklären? Aufschlußreich sind die freien Assoziationen, die ein Teil der Probanden nannte. Von insgesamt 34 Nennungen waren 6 (ca. 18 %) eher neutral („unterschiedliche Menschen, keine typischen Merkmale“; „Frauen mit eckigen Brillen und Männer, die sich selbst als ‚Feminist‘ bezeichnen“), 10 (ca. 29 %) eindeutig positiv („Menschen, die ihr Problem bewußt angehen möchten“, „körperbewußt und um psychische Gesundheit bemüht“). Die Mehrheit der freien Assoziationen (18 bzw. 53 %) zum typischen Teilnehmer war jedoch negativ. Der typische Teilnehmer wurde darin unter anderem folgendermaßen beschrieben: „zwanghaft, umständlich“, „eine unausgeglichene Person“, „überfordert“, „selbstkritisch, verzweifelt“, „jemand leicht depressives, der nicht mehr lachen kann“, „sehr reizbar, hektisch, impotent“, und – „gestreßt“! „Lauter langweilige Verwaltungsangestellte“ erwartete einer der Befragten in einem solchen Kurs.

Ähnlich wie in der Studie von Niedenthal und Mordkoff (1991) zum Image von Psychotherapiepatienten zeigte sich eine insgesamt deutlich negative Bewertung des prototypischen „Teilnehmers eines Stressbewältigungskurses“. Die Inanspruchnahme professioneller Hilfe bei psychosozialen Problemen widerspricht einem Ideal von Stärke und Souveränität, das in westlichen Gesellschaften dominiert. So kann präventives Verhalten – insbesondere in einem sozialen Kontext, in dem großer Wert auf Selbstbestimmtheit und Leistung gelegt wird – auch als Ausdruck von persönlicher Schwäche angesehen werden. Die Ergebnisse einer Untersuchung von Versteegen (1988; s. auch Versteegen, 1992) weisen in eine ähnliche Richtung. Sie erfaßte subjektive Gesundheitskonzepte bei 30–50jährigen Frauen und stellte fest, daß die Inanspruchnahme von Vorsorgeangeboten assoziiert wird mit dem Überlassen der internalen Kontrolle an eine fremde Person oder Institution, sie scheint „... aus dem Alltagsexperten für Gesundheit einen Laien für Krankheit zu machen“ (Versteegen, 1992, S. 33).

Weber und Leger (1993) betonten die Bedeutung sozialer Bewältigungsregeln für den Umgang mit Emotionen wie Belastung, z. B., daß man keine Angst zeigen darf oder seinen Ärger nur kontrolliert ausdrücken soll. In einer Gesellschaft, in der ein so hoher Wert auf Selbstbestimmtheit, Unabhängigkeit und Stärke gelegt wird, gilt die Regel, daß man seinen Stress im Griff haben, besser noch „besiegen“ sollte – wie vor kurzem ein Artikel in der Zeitschrift „Focus“ betitelt war (Metzger, 1996). Verglichen mit einem traditionell maskulinen Rollenbild wäre demnach die Teilnahme an einem Stressbewältigungskurs und damit das Eingeständnis, gestreßt zu sein und Hilfe in Anspruch zu nehmen, tatsächlich unmännlich. Jedoch gelten diese sozialen Regeln immer mehr

auch für Frauen, insbesondere für solche Frauen, die in traditionell männlich dominierten Gebieten tätig sind: in Politik, Beruf und Wissenschaft.

In ihrer Theorie des überlegten Handelns (theory of reasoned action) haben Fishbein und Ajzen (1975; Ajzen & Fishbein, 1980) die Bedeutung normativer Überzeugungen für subjektive Normen wie für die Intentionsbildung dargelegt. In den Begründungen der (überwiegend männlichen) Befragten, warum sie nicht an einem Kurs teilnehmen würden, finden sich Beispiele für Einstellungen, die Rückschlüsse auf solche subjektive Normen zulassen: „Ich finde Streß positiv“ oder „Ich bewältige meinen Streß selbst!“. Um die komplexe Dynamik präventiven (Nicht-)Verhaltens besser zu verstehen, erscheint es vielversprechend, solche – bisher in der Gesundheitspsychologie vernachlässigten – gesellschaftlichen und individuellen Normen und Überzeugungen stärker zu berücksichtigen.

Literatur

- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Alfermann, D. (1996). *Geschlechterrollen und geschlechtstypisches Verhalten*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Barton, J., Chassin, L., Presson, C. C. & Sherman, S. J. (1982). Social image factors as motivators of smoking initiation in early and middle adolescence. *Child Development*, 53, 1499–1511.
- Böhm, A. (1995, Juni). *Inanspruchnahme von psychologischen Präventionsangeboten der AOK Berlin*. Vortrag auf der 2. Tagung der Fachgruppe Gesundheitspsychologie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, Trier.
- Brannon, R. C. (1985). A scale for measuring attitudes about masculinity. In A. Sargent (Ed.), *Beyond sex roles* (pp. 110–116). St. Paul, MN: West.
- Cantor, N., Mischel, W. & Schwartz, J. (1982). A prototype analysis of psychological situations. *Cognitive Psychology*, 14, 45–77.
- Chassin, L., Presson, C., Sherman, S. J., Corty, E. & Olshavsky, R. W. (1981). Self-images and cigarette smoking in adolescence. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 7, 670–676.
- Chassin, L., Tetzloff, C. & Hershey, M. (1985). Self-image and social-image factors in adolescent alcohol use. *Journal of Studies in Alcohol*, 46, 39–47.
- Cronbach, L. J. & Gleser, G. C. (1953). Assessing similarity between profiles. *Psychological Bulletin*, 50, 456–473.
- Deutscher Bundestag (1997). *Frauenspezifische Gesundheitsversorgung* (Drucksache 13/6893). Bonn: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH.
- Dobler-Mikola, A., Binder, J. & Angst, J. (1989). Soziale Netzwerke und Krankheitsverhalten: Eine Analyse des Umgangs mit psychischen und psychosomatischen Störungen bei jungen Erwachsenen. In M. C. Angermeyer & D. Klusmann (Hrsg.), *Soziales Netzwerk. Ein neues Konzept für die Psychiatrie* (S. 164–176). Heidelberg: Springer.
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Fuchs, R. & Schwarzer, R. (1997). Tabakkonsum: Erklärungsmodelle und Interventionsansätze. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (2. Aufl., S. 209–244). Göttingen: Hogrefe.
- Gibbons, F. X. & Gerrard, M. (1995). Predicting young adults' health risk behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 505–517.
- Gibbons, F. X., Gerrard, M. & Boney-McCoy, S. (1995). Prototype perception predicts (lack of) pregnancy prevention. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21, 84–92.
- Habermas, T. (1990). Die geschlechtstypischen Real- und Idealselbstbilder von bulimischen Patientinnen und Nicht-Patientinnen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 19, 50–60.

- Hannover, B. (1997). Zur Entwicklung des geschlechtsrollenbezogenen Selbstkonzepts: Der Einfluß „maskuliner“ und „femininer“ Tätigkeiten auf die Selbstbeschreibung mit instrumentellen und expressiven Personeneigenschaften. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 28, 60-75.
- Harrison, J. B. (1978). Warning: The male sex role may be dangerous to your health. *Journal of Social Issues*, 34, 65-86.
- Kaluza, G. (1991). *Gelassen und sicher im Streß*. Heidelberg: Springer.
- Kohlmann, C.-W., Weidner, G., Dotzauer, E. & Burns, L. R. (in press). Gender differences in health behaviors: The role of avoidant coping. *European Review of Applied Psychology*.
- Kolip, P. (Hrsg.) (1994). *Lebenslust und Wohlbefinden. Beiträge zur geschlechtsspezifischen Jugendgesundheitsforschung*. Weinheim: Juventa.
- Kolip, P. (1995). Prävalenz des Zigarettenkonsums und Image des Rauchens im Jugendalter: Alters- und geschlechtsspezifische Aspekte. *Sucht*, 41, 323-333.
- Levant, R. F. (1990). Psychological services designed for men: A psychoeducational approach. *Psychotherapy*, 27, 309-315.
- Leventhal, H. & Cleary, P. D. (1980). The smoking problem: A review of the research theory in behavioral risk modification. *Psychological Bulletin*, 88, 370-405.
- Lord, C. G. (1982). Predicting behavioral consistency from an individual's perception of situational similarities. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43, 1076-1088.
- Meierjürgen, R. & Schulte, M. (1993). Routinestatistiken im Gesundheitsförderungsbereich: Aufgaben - Ziele - erste Ergebnisse. *Zeitschrift für Präventivmedizin und Gesundheitsförderung*, 5, 61-66.
- Metzger, D. (1996, 16. Dezember). Streß besiegen! *Focus*, S. 114-122.
- Niedenthal, P. M. & Mordkoff, J. T. (1991). Prototype distancing: A strategy for choosing among threatening situations. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 17, 483-493.
- Niedenthal, P. M., Cantor, N. & Kihlstrom, J. F. (1985). Prototype matching: A strategy for social decision making. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 575-584.
- Ollenschläger, G. & Denecke, A. (1994). Prävention und Gesundheitsförderung als Aufgabe der gesetzlichen Krankenkassen - dargestellt am Beispiel einer Ortskrankenkasse. *Gesundheitswesen*, 56, 423-429.
- Sieverding, M. (1990). *Psychologische Barrieren in der beruflichen Entwicklung von Frauen. Das Beispiel der Medizinerinnen*. Stuttgart: Enke.
- Sieverding, M. (1992). Berufskonzepte von Medizinstudierenden: Kongruenzen und Diskrepanzen zwischen Selbstkonzept, beruflichem Idealkonzept und Karrierekonzept. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 36, 157-166.
- Sieverding, M. & Alfermann, D. (1992). Instrumentelles (maskulines) und expressives (feminines) Selbstkonzept: ihre Bedeutung für die Geschlechtsrollenforschung. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 23, 6-15.
- Spence, J. T., Deaux, K. & Helmreich, R. L. (1985). Sex roles in contemporary American society. In G. Lindzey & E. Aronson (Eds.), *Handbook of social psychology* (3rd ed., pp. 149-178). New York: Random House.
- Step toe, A., Sanderman, R. & Wardle, J. (1995). Stability and changes in health behaviours in young adults over a one year period. *Psychology and Health*, 10, 155-169.
- Step toe, A., Wardle, J., Vinck, J., Tuomisto, M., Holte, A. & Wichstrom, L. (1994). Personality and attitudinal correlates of healthy and unhealthy lifestyles in young adults. *Psychology and Health*, 9, 331-341.
- Versteegen, U. (1988). *Zur Bedeutung des Konzepts der „Lebensweisen“ für die Gesundheitspsychologie. Eine empirische Untersuchung zu den Determinanten des Gesundheitsverhaltens 30-50jähriger Frauen*. Unveröffentlichte Dissertation, Albert-Ludwigs-Universität, Freiburg.
- Versteegen, U. (1992). Risikowahrnehmung und Gesundheit. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 21, 28-35.
- Waldron, I. (1988). Gender and health-related behavior. In D. S. Gochman (Ed.), *Health behavior* (pp. 193-208). New York: Plenum.
- Weber, H. & Leger, S. (1993). *Soziale Bewältigungsregeln* (Memorandum Nr. 21). Bamberg: Otto-Friedrich-Universität, Lehrstuhl Psychologie IV.
- Weidner, G., Kohlmann, C.-W., Dotzauer, E. & Burns, L. R. (1996). The effects of academic stress on health behaviors in young adults. *Anxiety, Stress, and Coping*, 9, 123-133.
- Winter, R. (1994). No risk, no fun? Jungensozialisation, Gesundheitsprobleme und „präventive“ Jungenarbeit. In P. Kolip (Hrsg.), *Lebenslust und Wohlbefinden* (S. 193-219). Weinheim: Juventa.