

Risikowahrnehmung und defensiver Optimismus¹

Der folgende Abschnitt stellt den bisherigen Optimismusansätzen eine andere Variante gegenüber. Während es in den vorigen Abschnitten als funktional galt, optimistisch zu sein, geht es nun darum, dass Optimismus auch dysfunktional sein kann. Damit ist gemeint, dass Menschen die Realität selbstwertdienlich verzerren und somit die objektiv gegebenen Risikoinformationen nicht akkurat wahrnehmen (Renner & Schwarzer, 2003a, 2003b). Fragt man Raucher, ob sie sich für gefährdet halten, an Lungenkrebs zu erkranken, dann erhält man meist ausweichende Antworten. So wird z. B. das eigene Erkrankungsrisiko geringer eingeschätzt als das von anderen Rauchern. Darüber hinaus vertraut der Raucher häufig auf seine Fähigkeit, noch rechtzeitig mit dem Rauchen aufhören zu können, bevor die Krankheit ihren verhängnisvollen Lauf nimmt. Selbst wenn eine Krebserkrankung wider Erwarten eintreten sollte, schätzt der Raucher seine Heilungschancen als günstig ein.

Wie wir uns angesichts von gesundheitlichen Risiken verhalten, hängt unter anderem davon ab, wie wir diese Risiken einschätzen und in welchem Maße wir glauben, sie beeinflussen zu können. Dazu gehören einerseits subjektive Vorstellungen über Verbreitung, Schweregrad und Eintrittswahrscheinlichkeit von Krankheiten, über de-

¹ Die restlichen Abschnitte dieses ersten Kapitels wurden gemeinsam mit Britta Renner verfasst.

ren Zusammenhang mit Risikofaktoren sowie über Verlauf und Heilbarkeit dieser Erkrankungen. Auf der anderen Seite stehen Kognitionen über die aktive Vermeidbarkeit gesundheitlicher Schäden, über die protektiven Ressourcen der eigenen Person, die Unverwundbarkeit (Invulnerabilität) sowie die Fähigkeit, pathogene Prozesse selbst unterbinden oder korrigieren zu können.

Die kognitive Gesundheitspsychologie erforscht die subjektiven Krankheitstheorien und die subjektiven Gesundheitsvorstellungen. Bei der Erforschung subjektiver Krankheitstheorien steht die mentale Repräsentation von Erkrankungen einschließlich ihrer Ursachen, ihres Verlaufs und ihrer Heilbarkeit im Vordergrund (Skellton & Croyle, 1991). Attributionstheorie, Selbstkonzeptforschung und Prototypenansatz liefern dazu wichtige Beiträge. Auf dieses interessante Gebiet soll hier aber nicht näher eingegangen werden. Genauso wenig sollen hier Kognitionen bei der Krankheitsbewältigung berücksichtigt werden. Vielmehr sollen diejenigen gesundheitsbezogenen Kognitionen ausführlicher dargestellt werden, die für die Bereitschaft zum präventiven Handeln wichtig sind.

Wenn wir keine Risiken für Leben und Gesundheit erkennen würden, wäre es schwierig, uns zu einem Gesundheitsverhalten zu veranlassen, das Selbstüberwindung, Anstrengung, Ausdauer oder andere Kosten verursacht. Die Wahrnehmung eines Risikos bzw. das Erleben persönlicher Verwundbarkeit stellt einen Ausgangspunkt neben anderen zur Motivation präventiven Handelns dar. Schon im Modell gesundheitlicher Überzeugungen (*Health Belief-Modell*) der 1950er Jahre, dem Vorläufer moderner Gesundheitsverhaltenstheorien, war die perzipierte Vulnerabilität als ein Kausalfaktor für Gesundheitsverhalten genannt worden (vgl. Becker, 1974; Becker & Rosenstock, 1987). Nach diesem Modell, das auf dem Erleben von Bedrohungen und auf subjektiven Kosten-Nutzen-Überlegungen beruht, lassen sich Menschen erst dann zum gesundheitlichen Handeln bewegen, wenn sie eine ernste Krankheitsgefahr wahrnehmen, sich persönlich bedroht fühlen und von der Wirksamkeit von Gegenmaßnahmen überzeugt sind, die ihrerseits mit akzeptablem Aufwand durchgeführt werden können. Dieses und weitere Modelle und Theorien zum Gesundheitsverhalten werden weiter unten beschrieben.

Die Risikowahrnehmung ergibt sich als Funktion der perzipierten Bedeutsamkeit eines Ereignisses und dessen perzipierter Eintrittswahrscheinlichkeit. Im Modell gesundheitlicher Überzeugungen entspricht dies ungefähr einer Funktion von Schweregrad und Vulnerabilität. Wie ernst ein Leiden aufgefasst wird (*Schweregrad*), hängt zum einen von dem Wissen über dessen Eigenschaften ab (Entstehung, Verlauf, Behinderung), zum anderen aber auch von sozialen Vergleichsprozessen (vgl. Suls, 2003). Die wahrgenommene Prävalenz einer Krankheit gilt vor allem dann als ein Indikator für ihren Schweregrad, wenn man sonst nichts über sie weiß. Jemmott, Ditto und Croyle (1986) haben in einem raffinierten Laborexperiment einen Risikofaktor vorgetauscht und gleichzeitig dessen entweder hohe oder niedrige Prävalenz suggeriert, indem sie die Zahl der vermeintlich Betroffenen in der Bezugsgruppe variierten. Hatte jemand den Risikofaktor, während dieser bei den meisten anderen nicht »entdeckt« wurde (niedrige Prävalenz), so wurde das Risiko als ernst eingeschätzt. Hatten auch die anderen diesen Risikofaktor (hohe Prävalenz), so erschien dies »normal«, also weniger bedrohlich. In diesem Experiment waren Schweregrad und Vulnerabilität allerdings nicht separat prüfbar.

So wie der Schweregrad unterliegt auch die *Eintrittswahrscheinlichkeit* einer verzerrten Wahrnehmung. Besonders dramatische Todesursachen werden in ihrer Häufigkeit überschätzt, weniger spektakuläre hingegen unterschätzt (Lichtenstein, Slovic, Fischhoff, Layman & Combs, 1978). So sind beispielsweise viele Menschen der Ansicht, dass Unfälle genauso viele Todesfälle verursachen wie Krankheiten. Objektiv entfallen jedoch auf ein Unfallopfer 16 Krankheitsopfer.

Überdies haben Menschen Schwierigkeiten abzuschätzen, wie relativ geringe Risiken mit der Zeit kumulieren. Shaklee und Fischhoff (1990) baten junge Erwachsene, für einen Zeitraum von 15 Jahren die Effektivität verschiedener Kontrazeptiva zu beurteilen. Knapp die Hälfte der Befragten war sich nicht bewusst, dass das kumulative Risiko einer ungewollten Schwangerschaft mit der Zeit ansteigt. Diejenigen, die hingegen erkannten, dass sich mit jedem Jahr das Risiko erhöht, schätzten den Anstieg deutlich zu gering ein. Ähnliches zeigten auch Linville, Fischhoff und Fischer (1990). Das Risiko einer HIV-Infektion wurde im Falle eines *einmaligen* geschützten sexuellen Kontaktes von den befragten Studenten stark überschätzt. Das HIV-Risiko aufgrund *mehrmaliger* sexueller Kontakte wurde im Vergleich dazu viel zu gering eingeschätzt. Zu dieser Tendenz, kumulative Risiken zu unterschätzen, kommt noch hinzu, dass im Allgemeinen negative Konsequenzen um so unwahrscheinlicher erscheinen, je häufiger die eigene Person dem Risiko ausgesetzt ist (Denscombe, 1993). Wenn also eine riskante Situation zur Routine wird, wird die damit verbundene Gefahr geringer eingeschätzt, als wenn diese Situation nur gelegentlich auftritt. Das Gefahrepotenzial kumulativer Risiken kann demnach dramatisch unterschätzt werden.

Neben diesen Fehleinschätzungen gibt es auch Verzerrungen, die auf sozialen Vergleichsprozessen beruhen. Wenn es darum geht, die Wahrscheinlichkeit anzugeben, dass man selbst von einer Gefahr betroffen wird, dann unterschätzt man sie leicht, indem man glaubt, man sei weniger verwundbar als andere Menschen. Ein starker Raucher, der nicht wahrhaben will, dass sein persönliches Krebsrisiko höher ist als das eines durchschnittlichen Rauchers, unterliegt einer kognitiven Verzerrung, die als »optimistischer Fehlschluss« oder »unrealistischer Optimismus« bezeichnet wird (Weinstein, 1980, 1987, 2003).

Man hat diesen Effekt in empirischen Untersuchungen immer wieder mit verschiedenen Methoden nachweisen können. Weinstein demonstriert ihn, indem er von den Befragten Vergleichsurteile verlangt wie z.B. »Was glauben Sie, wie hoch ist die Wahrscheinlichkeit, dass Sie einen Herzinfarkt erleiden werden im Vergleich zu anderen Menschen Ihres Geschlechts und Alters?« Perloff und Fetzer (1986) dagegen stellen zwei getrennte Fragen, die sich auf das absolute persönliche Risiko und auf dasjenige einer Bezugsgruppe richten. Dasselbe Vorgehensweise wurde von Sutton (1995) gewählt. Er stellte einer Gruppe von 564 Rauchern folgende Fragen: »Was meinen Sie, wie hoch sind ihre eigenen Chancen, irgendwann einmal in Ihrem Leben an Lungenkrebs zu erkranken?« (eigenes Risiko) und »Was meinen Sie, wie hoch sind die Chancen, dass ein durchschnittlicher Raucher irgendwann einmal in seinem Leben an Lungenkrebs erkrankt?« (Risiko anderer). Die Befragten markierten auf einem Kontinuum von 0 bis 100% einen Wert. Dabei ergab sich, dass das eigene Lungenkrebsrisiko für geringer gehalten wurde als das der Vergleichsgruppe. Sutton (1995) erfasste darüber hinaus das komparative Risiko nach der Methode von Weinstein. Ein Vergleich der beiden Erhebungsmethoden erbrachte eine Interkorrelation

von .52. Dieser Zusammenhang ist seiner Ansicht nach zu gering, um von äquivalenten Verfahren sprechen zu können. Renner (1993) stellte die beiden Methoden ebenfalls gegenüber und fand eine deutlich höhere Korrelation ($r = .76$). Eine faktorenanalytische Betrachtung verwies jedoch ebenfalls darauf, dass sich beide Methoden substanziiell unterscheiden.

Eine dritte Methode zur Erfassung des optimistischen Fehlschlusses besteht darin, das subjektive und objektive komparative Risiko miteinander zu vergleichen. Kreuter und Stirecher (1995) berichteten, dass 45% der Untersuchungsteilnehmer ihr komparatives Herzinfarktrisiko unterschätzten und 20% es überschätzten. Im Falle von Schlaganfall standen in annähernd gleicher Weise den 46% Optimisten nur rund 19% Pessimisten gegenüber. Avis, Smith und McKinlay (1989) untersuchten 732 Personen, die nach Zufall aus dem Telefonverzeichnis des Bostoner Raums ausgewählt wurden. Gemessen an den objektiven Werten schätzten 42% der Untersuchungsteilnehmer ihr komparatives Risiko, in den nächsten 10 Jahren einen Herzinfarkt oder einen Schlaganfall zu erleiden, zu optimistisch und 18% zu pessimistisch ein. Diese Zahlen unterstreichen in eindrucksvoller Weise, dass unrealistisch optimistische Risikoeinschätzungen ein weit verbreitetes Phänomen sind.

Inzwischen wurde in über 150 Studien nachgewiesen, dass die meisten Menschen einem optimistischen Fehlschluss (optimistic bias) unterliegen (Weinstein, 1994). Dieser »unrealistische Optimismus« wurde auch von Lek und Bishop (1995) demonstriert. Sie baten Studenten unter anderem, auf einer Skala ein komparatives Risiko-urteil abzugeben, indem sie einschätzten, für wie krankheitsgefährdet sie sich im Vergleich zu ihrer Altersgruppe hielten. Für acht von elf Krankheiten zeigte sich ein optimistischer Fehlschluss, wobei der Bias für AIDS am stärksten ausgeprägt war. Für eine Sinusinfektion und für Gastritis wurde demgegenüber nur ein durchschnittliches Risiko angenommen und für eine Erkältung sogar ein überdurchschnittliches. Offenbar gibt es je nach Population deutliche Unterschiede zwischen verschiedenen Risikobereichen. Die Risikoeinschätzungen für letale Krankheiten fielen substanziiell optimistischer aus als für nicht-letale Krankheiten. Im Gegensatz zu anderen Arbeiten (Weinstein, 1980, 1984, 1987, 2003) lässt sich hier mit zunehmender gesundheitlicher Bedrohung auch eine stärkere unrealistisch optimistische Einschätzung der eigenen gesundheitlichen Gefährdung beobachten. Außerdem fielen die Beurteilungen um so optimistischer aus, je größer die wahrgenommene Unähnlichkeit mit einer gefährdeten Person (Risikostereotyp) war. Im Falle von letalen Krankheiten war die wahrgenommene Ähnlichkeit mit dem Risikostereotyp am geringsten und der optimistische Fehlschluss entsprechend am stärksten ausgebildet. Ein Zusammenhang zwischen stereotypen Vorstellungen über gefährdete Personen und dem optimistischen Fehlschluss wurde ebenfalls in anderen Arbeiten beschrieben (Weinstein, 2003). So zeigten beispielsweise Renner und Hahn (1996), dass Raucher ihr komparatives Lungenkrebs- und Raucherhustenrisiko in Abhängigkeit von der wahrgenommenen Ähnlichkeit mit ihrem subjektiven Risikostereotyp einschätzten. Je höher die wahrgenommene Ähnlichkeit war, desto vulnerabler fühlten sich die Raucher. Interessanterweise wurde ein durchschnittliches Lungenkrebsrisiko und ein etwas überdurchschnittliches Raucherhustenrisiko angenommen, wenn das eigene Rauchverhalten dem des Risikostereotyps entsprach. Dies ist ein weiterer Beleg dafür, dass die eigene Gefährdung zu optimistisch betrachtet wird.

Der optimistische Fehlschluss kann eine Reihe von Ursachen haben, kognitive und motivationale. Er kann auf falscher Information beruhen, wenn z. B. ein 50-Jähriger glaubt, Diabetes sei genetisch bedingt und könne nur bei Jugendlichen auftreten (»Wenn ich es damals nicht bekommen habe, bin ich jetzt davor sicher«); oder er kann auf Angstabwehrtendenzen oder einem Bedürfnis nach Selbstwertschutz beruhen. In vielen Fällen mag dies eine Defensivität darstellen, die für unsere Alltagsbewältigung durchaus funktional sein kann, indem wir nicht immer über mögliche Gefahren grübeln, sondern tatkräftig und unbeirrt unseren Geschäften nachgehen. Der optimistische Fehlschluss nützt uns vielleicht bei der kurzfristigen Erledigung der anfallenden Routinetätigkeiten, aber er kann auf Dauer beträchtliche Kosten und Schmerzen hervorrufen, dann nämlich, wenn Lebenskrisen eintreffen, die wir hätten verhindern können.

Der inzwischen gut bekannte optimistische Fehlschluss stellt also nur einen auf sozialen Vergleichen beruhenden Spezialfall aus einer Menge von möglichen Verzerrungen dar. Solche Verzerrungen, die eine *unterschwellige Optimierung* (Schwarzer, 1994; Taylor, 1989) zusammengefasst. Es wurde auch vorgeschlagen, dies als »naiven Optimismus« zu bezeichnen (Epstein, 1992).

Die Erforschung des defensiven Optimismus wird vor allem deswegen so intensiv betrieben, weil man glaubt, hier einer zentralen Ursache für die Unterlassung gesundheitlich präventiven Handelns auf der Spur zu sein. Entweder kommen wir gar nicht auf die Idee, uns vor etwas zu schützen, weil wir uns von vornherein für unverwundbar halten, oder wir rechtfertigen die halbherzige Fortsetzung einer gewohnten riskanten Lebensführung mit dem Hinweis darauf, dass wir eigentlich weniger gefährdet seien als andere Menschen, und verwenden somit die verzerrte Risikowahrnehmung als subjektiv gültiges Gegenargument, um uns der Anforderung unserer sozialen Umwelt zu widersetzen, die uns zu einer anderen Lebensweise überreden will.

Ein unerforschetes Problem dabei liegt in den unbekannteren Randbedingungen, die bei einer Risikoeinschätzung ins Spiel kommen. Wenn jemand gefragt wird, für wie hoch er die Wahrscheinlichkeit hält, eines Tages an Lungenkrebs zu erkranken, kann er darauf mit einer Situations-Ergebnis-Erwartung reagieren, indem er eine Beziehung zwischen dem Ereignis und seinem gegenwärtigen Verhaltensstatus herstellt. Er kann z. B. denken »Wenn ich weiter so rauche wie bisher, dann trage ich ein gewisses Risiko«. Er kann aber auch mit einer Handlungs-Ergebnis-Erwartung reagieren und denken »Wenn ich mit dem Rauchen zum Zeitpunkt *t* aufhöre, dann ist mein Lungenkrebsrisiko nahe Null«. Was bei der Fragebogenbeantwortung tatsächlich kognitiv abläuft, bleibt weitgehend im Dunkeln, und um dies zu erleuchten, muss man die Items *conditional* formulieren. Man kann dies tun, indem man zwei Fragen stellt, wie z. B. »Was glauben Sie, wie hoch ist Ihr Lungenkrebsrisiko, wenn Sie weiterhin rauchen?« und »Was glauben Sie, wie hoch ist Ihr Lungenkrebsrisiko, wenn Sie jetzt aufhören zu rauchen?« Damit werden die mitgedachten Randbedingungen explizit gemacht. Dieses Vorgehen erlaubt auch die Ableitung eines Differenzmaßes, das angibt, um wie viele Einheiten sich die Risikowahrnehmung verändert, wenn eine präventive Handlung einkalkuliert wird. Diese Methode stellt übrigens zugleich eine Brücke zwischen dem defensiven und dem funktionalen Optimismus dar, auf den weiter unten eingegangen wird.

Für die Förderung gesundheitsbezogenen Verhaltens wäre es notwendig, den defensiven Optimismus zu reduzieren. In den meisten Fällen führten derartige Versuche allerdings zu keinem Erfolg, in einigen Fällen verstärkte sich die subjektive Invulnerabilität überdies noch (Weinstein, 1980; Weinstein & Klein, 1995). Als wirksam erwies sich die Darbietung von Informationen über das Risikoverhalten der Bezugsgruppe (Weinstein, 1983; Weinstein & Lachendro, 1982). Diese Informationen veranlassten die Urteiler dazu, das Risiko der Bezugsgruppe geringer als bisher einzuschätzen und somit das eigene komparative Risiko realistischer wahrzunehmen.

Man könnte annehmen, dass sich die Konfrontation mit dem eigenen Risikostatus als besonders wirksam erweist, um realistischere Einschätzungen zu erwirken. Tatsächlich führen individualisierte Risikorückmeldungen häufig nicht zu den erwünschten Veränderungen. Kreuter und Strecher (1995) befragten ihre Untersuchungsteilnehmer vor sowie sechs Monate nach der Risikorückmeldung, um Veränderungen in der Risikowahrnehmung zu erfassen. Eine Reduktion der optimistischen Risikoeinschätzung konnte zwar im Falle von Schlaganfall, nicht jedoch im Falle von Herzinfarkt erreicht werden. Die Mehrheit der von Avis und Kollegen (1989) untersuchten Personen veränderte ihre Risikowahrnehmung ebenfalls nicht. Nur 22 % der Personen, die die Rückmeldung »überdurchschnittliches Herzinfarktrisiko« erhielten, schätzten ihr Risiko anschließend höher ein. Die Verarbeitung von Risikorückmeldungen ist offenbar durch systematische Verzerrungen gekennzeichnet. Ditto, Jemott und Darley (1988) gingen der entsprechenden Frage nach, ob Menschen, die eine Risikorückmeldung erhalten, dazu neigen, diese Information defensiv zu reinterpreten. In dieser und zahlreichen anderen experimentellen Untersuchungen zeigten sie, dass Personen mit einem Risiko (erhöhte Cholesterin- oder Blutdrucktestwerte, fiktive Enzymdefizienz) ihren Risikostatus als weniger schwerwiegend für die Gesundheit beurteilten, die Prävalenz höher und die Testzuverlässigkeit geringer einschätzten als Personen, die kein Risiko zurückgemeldet bekamen. Risikorückmeldungen führen folglich häufig nicht zu einer erhöhten Vulnerabilitätseinschätzung, da sie an defensiven Reinterpretationsstrategien scheitern.

Wenn nun individualisierte Risikoinformationen die optimistische Sicht der eigenen Gefährdung wenig trüben können, so stellt sich die Frage, ob auch *eigene Erfahrungen* von geringer Bedeutung für die Risikowahrnehmung und das Vorsorgeverhalten sind. In verschiedenen Studien konnte gezeigt werden, dass mit zunehmender Anzahl von Erkrankungen im eigenen sozialen Umfeld auch das eigene Risiko höher eingeschätzt wird (Renner & Schwarzer, 2003a, 2003b; Weinstein, 1987, 1989, 2003). Erfahrungen, die aufgrund der Beobachtung des eigenen sozialen Umfelds gemacht werden, erschüttern demzufolge überzeugene positive Einschätzungen der eigenen Anfälligkeit.

Eine gewisse Konfrontation mit einer Krankheit sollte im Vergleich dazu eine noch größere Veranlassung geben, das eigene Risiko realistischer einzuschätzen und sich gesundheitsbewusst zu verhalten. Burling, Singelton, Bigelow, Baile und Gottlieb (1984) sind der Frage nachgegangen, in welchem Maße das Erleiden eines Herzinfarkts die Patienten dazu veranlasst, auf ein Risikoverhalten, nämlich das Rauchen, zu verzichten, und haben zu diesem Zweck 14 einschlägige Originalarbeiten durchgesehen. Danach gibt nur ein Drittel bis die Hälfte der Patienten das Rauchen auf oder reduziert es (vgl. auch Perkins & Dick, 1985; Scott & Lamparski, 1985). Mit

einer zumindest kurzfristigen Verhaltensänderung ist nach einem solchen Ereignis zu rechnen. Die Frage bleibt jedoch, warum die Quoten nicht höher sind, warum nicht alle Menschen, die schwere gesundheitliche Schicksalsschläge erleiden, sich aktiv darum bemühen, den Wiederholungsfall nach Möglichkeit auszuschließen. Persönliche Erfahrung ist zwar ein gutes Mittel, um zu einer Verhaltensänderung zu motivieren, doch bleibt das tatsächliche präventive Handeln hinter dem objektiv notwendigen Handlungsbedarf zurück. Der optimistische Fehlschluss wird durch die Erzeugung persönlicher Betroffenheit zwar verringert, lässt sich dadurch aber nicht ganz aus der Welt schaffen. Van der Velde, van der Pliigt und Hooykaas (1994) haben in den Niederlanden den Zusammenhang zwischen sexuellem Risikoverhalten und Gesundheitskognitionen untersucht und dabei festgestellt, dass es in Abhängigkeit von früheren Lebenserfahrungen Optimisten, Pessimisten und Realisten gab. Diese realistische Komponente zeigt sich auch in der Risikoeinschätzung von Rauchern. Hahn und Renner (1998) befragten 70 Raucher, 38 Ex-Raucher und 41 Nichtraucher. Die Raucher schätzten ihr Lungenkrebs- und Raucherhustenrisiko im Vergleich zu einer Person gleichen Alters und Geschlechts als durchschnittlich ein, wohingegen die Ex-Raucher und Nie-Raucher in annähernd gleicher Weise ein unterdurchschnittliches Risiko annahmen. Angehörige von Risikogruppen sind sich offenbar ihrer Gefährdung bewusst, erreichen aber nicht den Grad an Realismus, der eigentlich nötig wäre. Die eigenen Risikoerfahrungen werden zwar ins Kalkül gezogen, können aber die Illusionen nicht ganz korrigieren (Renner & Schwarzer, 2003a, 2003b).

Defensiver und funktionaler Optimismus

Der **defensive Optimismus** bezeichnet also die selbstwertdienliche Verzerrung von Risikoinformationen, während der **funktionale Optimismus** die Zuversicht in erfolgreiches eigenes Handeln betrifft. Nach den Befunden von Taylor und Gollwitzer (1995) zu urteilen, besteht ein positiver Zusammenhang zwischen den beiden Optimismusformen in dem Sinne, dass selbstbezogene Kognitionen in bestimmten Phasen generell durch positive Illusionen (Verzerrungen) gekennzeichnet sind. Taylor (1989) hat systematische Vorstellungen über positive Illusionen entwickelt, indem sie zwischen Kognitionen über die eigene Person, über die Welt und über die Zukunft unterschied. Positive Illusionen über das **Selbst** drücken sich demnach in einem überhöhten Selbstkonzept, in selbstwertdienlichen Kausalattributionen und in egozentrisch organisierten Kognitionen aus. Normale Menschen tendieren offenbar dazu, sich selbst in einem besseren Licht zu sehen, als aus der Perspektive anderer zu rechtfertigen wäre. Auch das Ausmaß an Kontrolle über die **Welt** wird systematisch überschätzt. Anstatt realistisch zu erkennen, dass viele Ereignisse einfach durch Zufall oder durch das ineinanderwirken vieler Determinanten geschehen, neigt man eher dazu, sie als persönlich kontrollierbar aufzufassen. Überhöhte Kontrollüberzeugungen und Kompetenzerwartungen lassen sich diesem Typ positiver Illusionen zuordnen. Schließlich werden in der **Zukunft** liegende Ereignisse als **weniger riskant** für die eigene Person eingeschätzt. Die persönliche Verletzlichkeit gegenüber Krankheiten und Schicksalsschlägen wird unterschätzt, während die Wahrscheinlichkeit von Gesundheit, Lebenserfolg und Glück überschätzt wird. Gegenüber dem Selbst, der Welt und der Zukunft

hegen wir demnach drei Arten von positiven Illusionen, nämlich die Selbsterhöhung, die Kontrollillusion und den unrealistischen Optimismus. Taylor bezeichnet dies als normal, adaptiv und gesund.

Eine Person kann demnach funktional optimistisch sein, indem sie beispielsweise ihre Handlungskontrolle überschätzt, und gleichzeitig defensiv optimistisch sein, indem sie ihre Gefährdung unterschätzt. In einer eigenen Untersuchung konnten wir einen solchen positiven Zusammenhang zwischen Handlungswirksamkeit und optimistischem Fehlschluss beobachten. Die von uns befragten 73 Raucher schätzten ihre komparative Vulnerabilität für Lungenkrebs und Raucherhusten geringer ein, wenn sie der Meinung waren, dass sie sich dazu überwinden könnten, mit dem Rauchen aufzuhören ($r = .40$ für Lungenkrebs; $r = .38$ für Raucherhusten). Peterson und de Avila (1995) berichten ebenfalls einen mit diesen Überlegungen übereinstimmenden Befund. Sie fanden eine positive Korrelation von .30 zwischen optimistischem Attributionsstil und unrealistischer Risikoeinschätzung. Dieser positive Zusammenhang zwischen funktionaler und defensivem Optimismus verringerte sich allerdings bei Konstanzhaltung der subjektiven Handlungskontrolle deutlich ($r = .12$). Zwischen dispositionalem Optimismus und optimistischem Fehlschluss konnte hingegen kein Zusammenhang nachgewiesen werden. Fontaine (1994) legte 104 Studenten den Life Orientation Test von Scheiter und Carver (1985) vor und erfragte das AIDS-Risiko eines durchschnittlichen Studenten sowie das eigene Risiko. Dispositionale Optimisten und Pessimisten unterlagen in gleicher Weise dem optimistischen Fehlschluss: Beide Gruppen schätzten ihr AIDS-Risiko geringer ein als das eines durchschnittlichen Studenten, aber es bestand kein Unterschied im Ausmaß des optimistischen Fehlschlusses.

Diese ersten empirischen Befunde zum Zusammenhang zwischen funktionalem und defensivem Optimismus weisen auf eine positive Beziehung hin. Diejenigen, die dazu neigen, ihre Ressourcen optimistisch einzuschätzen, neigen demzufolge auch dazu, ihre Gefährdung in einem positiven Licht zu sehen. Auf der Phänomenebene wäre demnach eine Unterscheidung zwischen funktionalem und defensivem Optimismus nicht notwendig, denn beide könnten als selbstwertdienliche Einschätzungen bzw. »positive Illusionen« verstanden werden. Nur führen diese illusionären Tendenzen naturgemäß in dem einen Fall zu einer Überschätzung und in dem anderen Fall zu einer Unterschätzung. Dennoch hat diese Unterscheidung einen heuristischen Wert. Denn die Konsequenzen für das Vorsorgeverhalten stellen sich genau anders dar. Der **funktionale Optimistische** ist der zuversichtlich Handelnde, der aktiv Maßnahmen ergreift, um Gesundheitsrisiken abzuwenden, da er auf seine Fähigkeiten vertraut. Der **defensiv Optimistische** hingegen unterschätzt seine Gefährdung und unterlässt deshalb notwendige präventive Handlungen. Im ersten Fall führt der Optimismus also zu einem aktiven Bemühen um die eigene Gesundheit und im zweiten Fall zur Handlungsunterlassung.

Die psychologische Gesundheitsförderung steht folglich vor einem Dilemma. Denn einerseits liegt der Gedanke nahe, den defensiven Optimismus abzubauen, da er eine kognitive Barriere des Vorsorgeverhaltens darstellt, während andererseits der funktionale Optimismus aufgebaut werden müsste, weil er präventives Handeln begünstigt. Wenn aber nun der defensiv Optimistische gleichzeitig derjenige ist, der funktional optimistisch ist, wie kann dann Gesundheitsförderung sinnvoll gestaltet werden?

Taylor (1989) und Baumeister (1989) sehen positive Illusionen als adaptiv und gesund an, da sie Teil des normalen menschlichen Denken und Handelns sind. Ob eine defensiv optimistische Risikoeinschätzung einem adäquaten Vorsorgeverhalten entgegensteht, ist ihrer Ansicht nach eine Frage des Ausmaßes der Realitätsabweichung (vgl. auch Taylor, Klein, Grunewald, Gurung & Fernandes-Taylor, 2003). Baumeister (1989) spricht in diesem Zusammenhang von einem »optimalen Spielraum für Illusionen« (optimal margin of illusion). Dies gilt seiner Ansicht nach sowohl für die Einschätzung der eigenen Ressourcen als auch für die Einschätzung der eigenen Gefährdung. Die Überschätzung der eigenen Handlungskompetenzen kann auch dysfunktional sein, beispielsweise wenn dadurch an einer unlösbaren Aufgabe festgehalten wird. Er unterscheidet deshalb nicht zwischen funktionalen und defensiven Illusionen, sondern er geht davon aus, dass diese Illusionen generell nützlich und vorteilhaft sind, solange sie relativ gering sind.

Diese theoretische Perspektive, die durch das Motto »positive Illusionen sind hilfreich, solange sie relativ gering sind« charakterisiert werden kann, legt nahe, dass sich eine psychologische Gesundheitsförderung um die Kultivierung des funktionalen Optimismus bemühen sollte, wobei insbesondere das subjektive Handlungspotenzial zu betonen ist, also das Vertrauen auf die eigene Fähigkeit, sein Leben so zu gestalten, dass gesundheitliche Risiken von vornherein vermindert werden. Positive Illusionen hinsichtlich der eigenen Gefährdung sollten nicht vollständig revidiert werden, da eine realistische Wahrnehmung (oder mehr als das) leicht mehr Bedrohung erzeugen könnte, als für eine wünschenswerte Lebensführung adaptiv erscheint, und darüber hinaus vielleicht sogar noch zur Reaktanz führt. Präventionsprogramme sollten daher nicht nur Gewicht auf Risikokommunikation legen, sondern diese sollten um eine gezielte Ressourcenkommunikation ergänzt werden.

Für Taylor und Gollwitzer (1995) ist nicht nur das Ausmaß der positiven Illusionen dafür entscheidend, ob diese hilfreich sind. Sie argumentieren, dass darüber hinaus ausschlaggebend ist, in welcher Phase des motivationalen Prozesses positive Illusionen auftreten. Befindet sich die Person in einer prädeziSIONalen Phase, in der sie beispielsweise überlegt, ob sie zur Regulation ihres hohen Blutdrucks die Ernährung völlig umstellen soll oder ob sie nur kurzfristig Diät halten soll, so sollte eine realistische Sicht der eigenen Kompetenzen und Risiken vorherrschen. Nachdem aber ein Ziel gewählt wurde (postdeziSIONale Phase), können die zuvor noch hinderlichen positiven Verzerrungen hilfreich werden. Sie helfen, die Aufmerksamkeit auf die sich stellenden Probleme zu richten und diese tatkräftig zu bewältigen.

Eine weitere interessante Perspektive zeigen Fuchs und Kleine (1995) auf. Ihrer Ansicht nach muss eine niedrige Vulnerabilität nicht unbedingt ein motivationales Defizit widerspiegeln, dem entgegengewirkt werden muss. Sie gehen von einer U-förmigen Beziehung zwischen Vulnerabilität und gesundheitsbezogenem Verhalten aus, wobei die Wahrscheinlichkeit einer Verhaltensänderung im Falle einer mittleren Risikowahrnehmung am geringsten ist. In ihrer längsschnittlichen Untersuchung zeigte sich, dass eine geringe sowie eine hohe Vulnerabilität gegenüber einem Herzinfarkt die Aneignung von Sportverhalten begünstigt. Diesen auf den ersten Blick paradoxen Effekt erklären Fuchs und Kleine wie folgt: Menschen, die planen, in Zukunft körperlich aktiv zu werden, kalkulieren den positiven Effekt bereits bei der aktuellen Risikoeinschätzung mit ein. Diese Vorwegnahme führt dazu,

dass die momentane Risikowahrnehmung gering ist, aber zu einem späteren Zeitpunkt protektives Verhalten gezeigt wird. Tatsächlich hatten Personen mit einer geringen Vulnerabilität zum ersten Befragungszeitpunkt eine deutlich höhere Intention zum Sporttreiben als Personen mit einer mittleren Vulnerabilitätswahrnehmung. Offen bleibt hier jedoch die Frage, ob sich die positive Wirkung einer geringen Risikowahrnehmung insbesondere bei denjenigen, die auch eine hohe Kompetenzerwartung hatten, einstellte. Es wäre zu erwarten, dass nur diejenigen, die den Vorsatz haben, Sport zu treiben, und gleichzeitig der Meinung sind, dass sie dies auch in die Tat umsetzen können, ihre gesundheitliche Zukunft in dieser Weise positiv bewerten. Andererseits, so argumentieren sie, bewegt eine hohe Vulnerabilität Menschen dazu, etwas für ihren Schutz zu unternehmen. Eine mittlere Risikowahrnehmung drückt hingegen eine »Gleichgültigkeit« gegenüber dem Risiko aus und hat entsprechend keine motivierende Wirkung (vgl. Fuchs, 1996). Ein anderes Bild zeigte sich, wenn es darum ging, eine regelmäßige sportliche Aktivität *aufrechtzuerhalten*. Eine hohe Vulnerabilitätswahrnehmung ging hier mit einem verstärkten Nachlassen des Sporttreibens einher. Diejenigen, die sich eine Reduzierung ihres Risikos aufgrund des Sports erhofft hatten, wurden offenbar in ihrer Erwartung enttäuscht. Eine Fortführung des Verhaltens mag ihnen deshalb nicht länger als lohnenswert erschienen sein.

Die Position von Baumeister (1989) sowie Taylor (1989), leichte positive Illusionen seien dem protektiven Verhalten zuträglich, kann demnach nicht uneingeschränkt aufrechterhalten werden. Vielmehr ist es von Wichtigkeit, an welcher Stelle des motivationalen Prozesses gesundheitliche Fördermaßnahmen eingesetzt werden. Wenn es um die Aneignung einer Verhaltensweise geht, sollte in der prädeziSIONalen Phase (»Wie gefährdet bin ich?«, »Welche Möglichkeiten habe ich, dieser Gefährdung entgegenzuwirken?«) eine realistische Ressourceneinschätzung gefördert werden. Ebenso sollte die Risikowahrnehmung den tatsächlichen Gegebenheiten möglichst entsprechen. Nur so kann es gelingen, dass ein für den Betroffenen angemessener Weg zur Förderung seiner Gesundheit eingeschlagen wird. Werden hier überhöhte Erwartungen erzeugt, so kann dies nach kurzer Zeit aufgrund von Überforderung oder aufgrund einer mangelnden subjektiven Wirksamkeit der Maßnahme zur Aufgabe des Verhaltens führen.

In der anschließenden postdeziSIONalen Phase sollte eine intensive Ressourcenkommunikation im Vordergrund stehen. Diese sollte durch eine »positive« Risikokommunikation begleitet werden. Anstatt den Betroffenen einzuschärfen, dass ihr Risiko hoch sei und schreckliche Konsequenzen bei der Fortführung ihres Lebensstils zu erwarten seien, sollte vielmehr der Gewinn eines reduzierten Risikos betont werden. So könnte vermittelt werden, wie sich das Aufgeben eines Risikoverhaltens auf die Lebensqualität auswirkt, beispielsweise wie schnell sich die körperliche Leistungsfähigkeit erholt, wenn dem Rauchen entsagt wird.

Wenn es hingegen um die Aufrechterhaltung von Gesundheitsverhalten geht, sollte darauf geachtet werden, dass die Risikowahrnehmung sich der günstigeren Ausgangslage anpasst. Angestapelte beispielsweise wären an dieser Stelle nicht angebracht (vgl. Renner & Schwarzer, 2003a, 2003b). Den Betroffenen sollten vielmehr die Früchte ihres zukünftigen Handelns vor Augen geführt werden.