

2. Stand der Trauerforschung

2.1 Erste Studien in der Trauerforschung

Es sind einige Studien zur Erfassung von Prädiktoren einer pathologischen Trauerbewältigung angestrebt worden. 1977 untersuchte Carey den Einfluss der Antizipation des Todes auf die spätere Trauerverarbeitung. Wurden die Lebensgefährten frühzeitig vorgewarnt, so zeigten diese ein Jahr nach dem Todesfall eine bessere Anpassung als Personen, für die der Todesfall plötzlich und unerwartet eingetreten ist.

Schon im Jahr 1983 konnten Stroebe und Stroebe aufgrund zahlreicher Studien in ihrem Review geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich der Trauerverarbeitung feststellen. Sofern Kontrollgruppen berücksichtigt wurden und ein Unterschied festgestellt wurde, so sind es die Männer, die unter dem Tod des Ehepartners stärker leiden.

1990 konnten Zautra, Reich und Guarnaccia zeigen, dass unerwünschte Ereignisse (z.B. Kritik, Einschränkung der Mobilität, Hindernisse bei der Durchführung des Hobbys), die täglich oder wöchentlich auftreten können, bei körperlich behinderten Menschen häufiger auftreten als bei Kontrollpersonen und wünschenswerte Ereignisse (z.B. Treffen mit Freunden, Besuch einer Veranstaltung) weniger häufig. Bei trauernden Menschen ist dies nicht der Fall. Die Häufigkeit der positiven Ereignisse konnte jedoch als Prädiktor für eine gute psychische Gesundheit nur bei den behinderten Menschen festgestellt werden. Bei den Trauernden zeigte sich kein Zusammenhang. Alltägliche positive Ereignisse scheinen somit bei Trauernden weiterhin aufzutreten, die Trauer lässt sich dadurch jedoch nicht bedeutsam lindern.

An einer Stichprobe von über 55-jährigen wurde der Tod des Ehepartners unter 31 Lebensereignissen als besonders belastend ermittelt. Nur der Tod des eigenen Kindes stellte bei den meisten Personen ein noch stressvolleres Lebensereignis dar (Aldwin, 1990). Jedoch sind weit weniger Menschen in ihrem Leben mit dem Tod des eigenen Kindes betroffen.

Field und Sundin (2001) untersuchten den Zusammenhang zwischen der Trauerverarbeitung und dem Bindungsstil. Als ungünstig erwies sich vor allem der

ängstliche Bindungsstil. Personen mit diesem Bindungsstil haben auch 5 Jahre nach dem Todesfall schwerwiegendere Symptome.

Das Ausmaß sozialer Unterstützung scheint den Trauerverlauf zu beeinflussen. Bankoff (1986) stellte in einer Studie an Verwitweten fest, dass Frauen mit starker sozialer Unterstützung, die ihren Partner vor 19 - 35 Monaten verloren haben, besser ihre neue Rolle als Single annehmen können. Auch berichteten sie weniger lange unter intensiver Trauer zu leiden.

2.2 Trauer als Forschungsschwerpunkt

Ein großer Fortschritt in der amerikanischen Trauerforschung wurde 2002 erreicht. Durch eine breit angelegte Längsschnittstudie mit älteren verheirateten Menschen (CLOC, Changing Lives of Older Couples) wurde es Bonanno et al. (2002) in ihrer Studie möglich, Daten mehrere Jahre vor dem Todesereignis von 319 Personen zu erhalten. Von 205 Personen wurden noch Daten nach 6 und nach 18 Monaten nach dem Todesfall erhoben. So konnte eine Depressionsentwicklung in Bezug auf das Todesereignis und auf den Ausgangswert erfasst werden. Sie machten fünf typische Verläufe aus (chronic grief, common grief, resilient, chronic depression, depressed improved), wobei ein Verlauf des Typs „common grief“ (d.h. vor dem Todesfall und 18 Monate nach dem Todesfall wurde kein auffälliger Depressionswert gemessen, jedoch nach 6 Monaten) mit 10,7% der Fälle relativ selten war. Mit 45,9% war ein Verlauf, indem zu keinem Zeitpunkt ein auffälliger Depressionswert gemessen wurde („resilient“), am häufigsten.

Es wurden als Prädiktoren für einen bestimmten Verlauf vor dem Todesereignis unterschiedliche Variablen erfasst: Qualität der Beziehung, Persönlichkeitseigenschaften, allgemeine Sichtweise von der Welt, soziale Unterstützung und der persönliche Eindruck des Interviewers. Es zeigte sich, dass Personen, die erst nach dem Tod anhaltend depressive Symptome zeigten („chronic grief“), schon vor dem Ereignis den Tod allgemein als Teil der Welt weniger akzeptierten. Personen, die nach 18 Monaten keinen auffälligen Depressionswert mehr zeigten („common grief“), beschrieben sich vor dem Ereignis als extravertierter und offener. Personen, die zu keinem Zeitpunkt auffällige depressive Symptome zeigten („resilient“), gaben vor dem Ereignis an, mehr Unterstützung von Freunden und Verwandten zu erhalten. Eine schon bestehende Depression, die sich auch nach dem Todesereignis nicht änderte

(„chronic depression“), korrelierte mit einer wahrgenommenen Abhängigkeit vom Partner, mit einer geringeren emotionalen Stabilität, mit geringerer Extraversion und einer wahrgenommenen allgemeinen Unkontrollierbarkeit der Welt. Personen, bei denen sich die Depressionssymptome nach dem Tod des Partners anhaltend besserten („depressed-improved“), gaben der Beziehung vor dem Tod des Partners weniger positive und mehr negative Bewertungen. Zudem berichteten sie von weniger Abhängigkeit vom Partner und mehr Introspektion, nahmen die Welt allgemein als ungerecht wahr und erlebten weniger instrumentelle Unterstützung (z.B. finanzielle Unterstützung, Unterstützung im Haushalt).

2.3 Konsequenzen aus der Trauerforschung

Es wird deutlich, dass der Tod des Lebenspartners die Morbidität und Mortalität erhöhen kann, dass es aber viele Menschen gibt, denen eine Anpassung an die neue Situation längerfristig erfolgreich gelingt. Eine psychische Störung, die einer therapeutischen Behandlung bedarf, besteht nur in bestimmten Fällen. Diese Fälle lassen sich im Mittel von anderen durch unterschiedliche Persönlichkeitseigenschaften und Situationsfaktoren unterscheiden, so dass besondere Risikogruppen ausgemacht werden können, denen schneller eine professionelle Unterstützung angeboten werden kann. Es ist somit ein Ziel der Forschung, besonders hilfebedürftige Personen frühzeitig identifizieren zu können. Ein weiteres Ziel ist es, Bewältigungsverfahren zu identifizieren, die als psychotherapeutische Interventionen hilfreich sein können.

Mit Trauerarbeit ist allgemein ein kognitiver Prozess gemeint, der eine gezielte Auseinandersetzung mit dem Verlust beinhaltet (Stroebe & Stroebe, 1991). Dass Konfrontation gegenüber Vermeidung längerfristig zu einer besseren Anpassung führt, konnten Stroebe und Stroebe (1991) jedoch nur für Witwer und nicht für Witwen nachweisen. Es wird jedoch diskutiert ob Frauen, wenn in der Ehe eine klassische Rollenverteilung bestanden hat, auch ohne bewusste Konfrontation in einem ausreichenden Maße mit dem Verlust konfrontiert werden. Während es für Männer durch eine Arbeitsstelle vermehrt Möglichkeiten der Ablenkung gibt, kann für Frauen die häusliche Umgebung eine anhaltende Konfrontation mit dem Verlust bedeuten.

Trotz Fortschritte sind die beiden genannten Forschungsziele - Identifikation von hilfebedürftigen Personen und von Bewältigungsstrategien - noch nicht umfassend

erreicht. Zielführend könnte eine konsequentere Verbindung der Trauerforschung mit der Stressforschung sein. Eine solche Verbindung wurde, wie Mikulincer & Florian noch 1996 nach einer Literatursichtung feststellen mussten, in der Vergangenheit innerhalb der Trauerforschung kaum gemacht.

Des Weiteren beklagt Filipp (1995) eine Theorienarmut in der Bewältigungsforschung. Zu dem gleichen Schluss kamen auch Schwarz, Salewski und Tesch-Römer (1996). Sie schreiben, dass „in vielen empirischen Arbeiten (...) beispielsweise die explizite Darstellung der zugrundeliegenden Persönlichkeits- und Stressmodelle“ (S. 2) fehlt.

3. Psychologische Modelle

Auf der Grundlage der Set-Point-Theorie des Glücks, der Persönlichkeitsmodelle des Optimismus nach Carver und Scheier und der Handlungsorientierung nach Kuhl sowie auf der Grundlage der Stressmodelle von Lazarus und des Ressourcen-Konservierungs-Modell von Hobfoll sollen bedeutsame Faktoren herausgearbeitet und Annahmen bezüglich der Trauerbewältigung generiert werden.

3.1 Set-Point-Theorie des Glücks

3.1.1 Darstellung der Set-Point-Theorie des Glücks

Nach der Set-Point Theorie des Glücks (Lucas, Clark, Georgellis & Diener, 2003; Lykken, 1999) haben alle Menschen eine stabile Ausprägung in ihrem Wohlbefinden. Kritische Ereignisse wie Hochzeit und Verlust des Ehepartners können zwar kurzfristig eine Änderung des Wohlbefindens herbeiführen, langfristig kehrt jedoch jeder Mensch auf sein ursprüngliches Niveau der Lebenszufriedenheit zurück. Brickman und Campbell (1971) beschreiben die Menschen in einer „hedonistischen Tretmühle“, d.h. alle Bestrebungen nach Glück können nur zum kurzfristigen Glück führen, langfristig können wir unser Glück nicht verändern. So wie ein Thermostat die Temperatur in einem Raum reguliert, so reguliert sich das Glück eines Menschen immer wieder hin zu seinem individuellen Mittelwert. Brickmann, Coates und Janoff-Bulman führten 1978 eine Studie an Lottogewinnern und Unfallopfern durch und machten damit deutlich,

dass Glück nicht von Dauer ist. Während sich Lottomillionäre und durch einen Unfall Querschnittsgelähmte anfänglich noch in ihrer Lebenszufriedenheit deutlich unterschieden, reduzierte sich dieser Unterschied mit der Zeit deutlich. Ein fortwährendes Mitleid gegenüber Querschnittsgelähmten ist genauso wenig angemessen wie auf einen Lottogewinn zu hoffen, um endlich glücklich leben zu können. In den meisten Untersuchungen wird zur Erfassung der allgemeinen Lebenszufriedenheit der Fragebogen „Satisfaction with Life Scale“ (SWLS) von Diener verwendet (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985).

3.1.2 Die Set-Point-Theorie aus motivationaler Sicht

Nach Cummins (Cummins, Gullone & Lau, 2002) ist der Mensch grundsätzlich motiviert, ein Niveau der Zufriedenheit zu halten, welches er als angenehm empfindet und zur besten Fitness führt. Er geht davon aus, dass, so wie der Mensch auch eine Körpertemperatur von ca. 37 Grad Celsius hält, dass er auch unbewusst darauf bedacht ist, eine Zufriedenheit von 7 - 8 auf einer 10-stufigen Skala zu erreichen und zu halten. Abweichungen nach oben und unten würden die Homöostase stören und zu Regulationsbestrebungen führen. Dies stellt einen Blick aus der motivationalen Perspektive auf die Set-Point-Theorie dar.

Tatsächlich können in modernen westlichen Gesellschaften durchschnittlich bei einer 10-stufigen Skala Werte von 7 - 8 festgestellt werden. Jedoch konnte Veenhoven (2005) in seiner Studie nachweisen, dass sich Unterschiede in der durchschnittlichen Lebenszufriedenheit zeigen, wenn man Menschen in Nationen befragt, deren Lebensbedingungen weit unterdurchschnittlich sind. Z.B. stellte er fest, dass bei den untersuchten Nationen in Tansania ein durchschnittlicher Minimalwert der Lebenszufriedenheit von 3,2 besteht. Auch gab es innerhalb der westlichen Länder bedeutsame Unterschiede. So erreichte die Schweiz mit einer durchschnittlichen Lebenszufriedenheit von 8 den Höchstwert.

3.1.3 Die Set-Point-Theorie aus kultureller Perspektive

Diese Ergebnisse stellen wiederum die Set-Point-Theorie aus einer kulturellen Perspektive dar. Die Lebensumstände, die in bestimmten Gesellschaften herrschen, haben einen bedeutsamen Einfluss auf die Lebenszufriedenheit. Stabile Lebensbedingungen in Gesellschaften führen jedoch auch dazu, dass die Menschen

nach individuellen kritischen Lebensereignissen immer wieder zu dem in der Gesellschaft herrschenden Durchschnittswert tendieren, einem somit kulturell und politisch geprägtem „set-point“. Ändern sich die Lebensbedingungen, ändert sich auch die Lebenszufriedenheit. So konnte Veenhoven (2001) eine deutliche Verschlechterung der Lebenszufriedenheit Anfang der 90er Jahre in Russland feststellen, während die durchschnittliche Lebenszufriedenheit in anderen westlichen Gesellschaften immer weiter angestiegen ist (Veenhoven, 2005). Die Lebensbedingungen haben sich seit den 50er Jahren in den meisten Ländern verbessert und eine Steigerung der allgemeinen Lebenszufriedenheit sowohl bei den armen als auch reichen Ländern konnte festgestellt werden (Veenhoven & Hagerty, 2006).

Es konnte eine Stabilität der Lebenszufriedenheit einzelner Menschen innerhalb einer Gesellschaft ausgemacht werden. Ehrhardt, Saris und Veenhoven (2000) führten zwischen den Jahren 1984 und 1994 eine Fragebogenstudie in Deutschland durch und stellten fest, dass der Rang eines Teilnehmers bezüglich der Lebenszufriedenheit in diesem Zeitraum weitgehend unverändert blieb. Menschen, die zu der unzufriedensten Gruppe gehörten, waren auch nach 10 Jahren noch am unzufriedensten. Wenn man das Ergebnis aus kultureller Sicht betrachtet, dann weist es darauf hin, dass ein Wechsel in eine andere soziale Schicht in Deutschland sehr schwer möglich ist.

3.1.4 Genetische Determination des Set-Points

Es gibt Überlegungen, dass der Set-Point eines Menschen genetisch determiniert ist. Einige Forscher sehen das Glück des Menschen über eine angeborene physische Gesundheit vermittelt, andere sehen es durch angeborene individuelle Unterschiede im Belohnungssystem des Gehirns vermittelt, welches zu unterschiedlich ausgeprägten positiven Gefühlen führt. Ein Vertreter der genetischen Sicht ist Lykken (1999), der davon ausgeht, dass bis zu 80% des Glücks genetisch bestimmt ist. Damit würde die Lebenszufriedenheit vergleichbar genetisch feststehen wie der Intelligenzquotient eines Menschen.

Die genetische Sicht des Set-Point-Modells lässt wenig gesellschaftlichen Einfluss und Kontrollmöglichkeiten eines einzelnen Menschen zu und hat somit etwas schicksalhaftes oder gottgegebenes. Als würde Gott schon vorher festlegen, welche Menschen gut und welche böse wären und welche somit in den Himmel kommen und welche in die Hölle. Das mag eine ungerechte Vorstellung sein, jedoch würde sich die

Zufriedenheit – genetisch vorbestimmt – wieder auf das individuell angedachte Maß weitgehend regulieren und den Menschen würde es im Himmel langfristig etwa so gut gehen wie in der Hölle.

Eine ausschließlich genetische Erklärung für einen individuellen Set-Point des Glücks ist kaum vorstellbar, jedoch konnte Lykken (1999) in seiner Zwillingsstudie feststellen, dass bei eineiigen Zwillingen durch die Lebenszufriedenheit des einen Zwillings auch die Lebenszufriedenheit des anderen Zwillings gut vorhergesagt werden kann, auch wenn die Zwillinge in verschiedenen Umwelten aufgewachsen waren. Es wird derzeit also auch von bedeutsamen genetischen Einflussgrößen auf die Lebenszufriedenheit ausgegangen, die weiter untersucht werden.

3.1.5 Der Set-Point aus persönlichkeitsorientierter Sicht

Die verbreitetste Sicht bezüglich eines Set-Point des Glücks ist, dass eine stabile Lebenszufriedenheit durch weitgehend stabile Persönlichkeitseigenschaften beeinflusst wird. Unter der Annahme, dass soziale Integration zur Lebenszufriedenheit beiträgt, können z.B. weitgehend genetisch determinierte Persönlichkeitseigenschaften wie Extraversion zu einer höheren Lebenszufriedenheit führen, da es diesen Menschen leichter fällt mit Mitmenschen in Kontakt zu treten. Soziale Beziehungen sind eine der stärksten Korrelate mit subjektivem Wohlbefinden (Bradburn, 1969). Andererseits kann auch die frühkindliche Erfahrung einer vertrauensvollen Beziehung zur Mutter dazu führen, dass es diesen Menschen in ihrem weiteren Leben leichter fällt, nach dem Verlust einer Beziehung wieder vertrauensvolle Beziehungen aufzubauen, welche zur Lebenszufriedenheit beitragen. Für Diener und Oishi (2005) stellen sowohl enge Beziehungen als auch die Fähigkeit zur Anpassung an Lebensereignisse zwei bedeutsame Faktoren dar, die Einfluss auf die Lebenszufriedenheit haben.

Es wird deutlich, dass die persönlichkeitsorientierte Sicht sowohl einen genetischen Einfluss als auch Umwelteinflüsse zur Entstehung eines individuell stabilen Set-Points des Glücks berücksichtigt. Da jedoch Persönlichkeitseigenschaften durch manifestierte und temporär sowie lokal unabhängige Wahrnehmungstendenzen, Empfindungsweisen und Verhaltensweisen eines Menschen gekennzeichnet sind, sind diese nahezu nicht veränderbar. Deshalb ist der Set-Point des Glücks stabil.

Dennoch ist bei der persönlichkeitsorientierten Sicht prinzipiell eine Veränderbarkeit eines individuellen Set-Points des Glücks denkbar. Denkbar ist, dass

in einer Psychotherapie durch eine gezielte langanhaltende Bearbeitung von Aspekten der Persönlichkeit, z.B. der Wahrnehmungstendenzen, eine begrenzte Modifikation oder Erweiterung der Persönlichkeitseigenschaften erreichbar ist und somit sich auch der individuelle Set-Point des Glücks verändert. Denkbar ist auch, dass kurzfristige Lebenserfahrungen, die jedoch sehr extrem sind, zu langanhaltenden Veränderungen der Persönlichkeit führen können. In der ICD-10 (Dilling, Mombour & Schmidt, 2005) wird z.B. eine anhaltende Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung beschrieben. Ob sich auch der Set-Point des Glücks dauerhaft verändern kann, wurde in einigen Studien untersucht. In einer Studie an Langzeitarbeitslosen (Lucas, Clark, Georgellis & Diener, 2004) wurde zwar wieder deutlich, dass eine deutliche Anpassung der Zufriedenheit stattfindet. Jedoch wurde auch über einen langen Zeitraum von fünf Jahre keine vollständige Anpassung erreicht.

3.1.6 Set-Point-Theorie des Glücks und Bewältigung der Trauer

Lucas, Clark, Georgellis und Diener (2003) überprüften die ursprüngliche Annahme der Set-Point-Theorie, dass sich alle Menschen nach kritischen Lebensereignissen in ihrer Lebenszufriedenheit wieder an ihren ursprünglichen Ausgangswert hin anpassen. In einer über 15 Jahre angelegten Langzeitstudie in Deutschland wurden 24.000 Teilnehmer nach ihrer Lebenszufriedenheit befragt, so dass auch Daten zur Lebenszufriedenheit vor und nach ihrer Hochzeit sowie vor und nach dem Tod des Ehepartners erfasst wurden. Es zeigte sich, dass, wenn man die Ergebnisse mittelt, sich die Menschen nach diesen kritischen Lebensereignissen ihrem ursprünglichen Wert wieder annähern. Dies spricht für die ursprüngliche Set-Point-Theorie. Jedoch konnten unter Zusammenfassung der besonders positiv bzw. negativ reagierenden Menschen Entwicklungen ausgemacht werden, die gegen eine dauerhafte Anpassung an den ursprünglichen Ausgangswert sprechen. Personen, die besonders stark unter dem Tod des Partners gelitten haben, haben auch nach langer Zeit nicht mehr den Ursprungswert der Lebenszufriedenheit erreicht. Die Lebenszufriedenheit der Personen, deren Lebenszufriedenheit sich nach dem Tod des Partners sogar erhöhte, erhöhte sich im weiteren Verlauf noch weiter anstatt sich wieder an den Ausgangswert anzupassen. Eine ähnliche Entdeckung machten Lucas et al. (2003) bei der Entwicklung der Lebenszufriedenheit nach der Hochzeit. Personen, die nach der Hochzeit besonders mit ihrem Leben zufrieden waren, wurden im weiteren Verlauf

zwar wieder etwas unzufriedener, jedoch blieben sie auch langfristig zufriedener als noch vor der Hochzeit. Demgegenüber wurden Personen, deren Lebenszufriedenheit sich nach der Hochzeit besonders herabsenkte, sogar im weiteren Verlauf immer unzufriedener.

3.2 Optimismus nach Carver und Scheier

3.2.1 Darstellung des dispositionalen Optimismus

Dispositionaler Optimismus in der Wissenschaft ist ein Persönlichkeitsmerkmal und wird als „generalisierte, zeitlich und transsituational stabile Tendenz, in Alltags- und Stresssituationen mit positiven Ergebnis-Erwartungen zu reagieren“ (Wieland-Eckelmann & Carver, 1990, S.169) definiert. Eine positive Ergebnis-erwartung kann z.B. aufgrund der Gewissheit eigener Handlungskompetenzen bestehen. Sie kann jedoch auch auf den Glauben beruhen, dass das Glück einem hold ist. Worauf sich die positive Ergebnis-erwartung begründet, wird beim Konzept des dispositionalen Optimismus offen gelassen. Das Ausmaß des Optimismus kann mit dem Fragebogen „Life-Orientations-Test“ (LOT) von Wieland-Eckelmann & Carver (1990) erfasst werden.

3.2.2 Zusammenhang zwischen Optimismus und Gesundheit

Zusammenhänge zwischen Optimismus und psychischer (Carver & Gaines, 1987) und körperlicher Gesundheit (Scheier & Carver, 1987) wurden mehrfach untersucht. Carver und Gaines haben 1987 bei 75 Frauen die Ausprägung des dispositionalen Optimismus vor der Geburt des Kindes gemessen und ermittelten, dass Optimisten weniger gefährdet sind, nach der Geburt eine postnatale Depression zu entwickeln. Carver et al. (1993) begleiteten 59 Brustkrebspatientinnen einen Tag vor der Operation bis ein Jahr nach der Operation. Sie stellten fest, dass Frauen, die vor der Operation optimistischer waren, auch im Verlauf des weiteren Jahres weniger psychisch belastet waren als Personen, die vor der Operation pessimistischer waren. 1992 befragten Friedman, Nelson, Baer, Lane, Smith und Dworkin 94 Krebspatienten und fanden einen negativen Zusammenhang zwischen Optimismus und alltäglichem Stress.

Es gibt Belege dafür, dass Optimismus mit körperlicher Gesundheit zusammenhängt. Scheier et al. untersuchten 1989 den Genesungsverlauf von

durchschnittlich 51-jährigen Männern nach einer Bypass-Operation. Messungen fanden eine Woche vor der Operation, eine Woche danach und 6 Monate nach der Operation statt. Die anfänglich ermittelten Optimisten zeigten nach der Operation mehr Gesundheitsverhalten und waren zufriedener. Zusätzlich zu den Befragungen wurden während der Operation physiologische Parameter erhoben. So waren z.B. bei Optimisten bestimmte Enzyme, die Muskelschädigungen anzeigen, weniger vorhanden. Auch fielen die Q-Wellen im EKG bei Optimisten günstiger aus. Insgesamt waren Optimisten nach der Operation schneller erholt und an die veränderte Situation angepasst. Auch Robinson-Whelen, Kim, MacCallum und Kiecolt-Glaser konnten 1997 in ihrer Studie einen Zusammenhang zwischen Optimismus und körperlicher Gesundheit feststellen. 2000 untersuchten Mahler und Kulik die Vorhersagkraft des Optimismus auf den späteren Bewältigungserfolg einer Bypass-Operation. Hierzu befragten sie 212 Patienten 12 Monate nach der Operation. Neben einem besseren Wohlbefinden stand Optimismus auch mit weniger Schmerzen und einer besseren körperlichen Funktionsfähigkeit in Zusammenhang.

3.2.3 Studien zu Optimismus und Gesundheitsverhalten

Shepperd, Maroto und Pbert (1996) untersuchten 22 Rehabilitationspatienten während eines 18-wöchigen Rehabilitationsprogramms zur Vorbeugung koronarer Herzerkrankungen und ermittelten Optimismus als einen guten Prädiktor für das Gesundheitsverhalten. Optimisten konnten ihr Gewicht deutlich stärker reduzieren und führten das Fitnesstraining kontinuierlicher durch. Chamberlain, Petrie und Azariah (1992) führten in Neuseeland in ihrer Untersuchung an 57 Patienten eine Fremdanamnese bei Ärzten durch. Ärzte schätzten die Erholung und Gesundung der Patienten nach einer Operation ein. Personen, die als Optimisten eingestuft wurden, erholten sich nach dem chirurgischen Eingriff nach Ansicht der Ärzte besser. Auch die Selbsteinschätzung der Patienten ergab ein größeres Wohlbefinden bei den Optimisten. Curbow, Somerfield, Baker, Wingard und Legro (1993) konnten bei einer Nachbefragung von 135 männlichen Patienten, die vor 6 - 149 Monaten eine Knochenmarkspende erhalten hatten, einen positiven Zusammenhang zwischen Optimismus und Genesungsverlauf feststellen. Optimistische HIV-infizierte homosexuelle Männer zeigten auch mehr gesundheitsförderliche Verhaltensweisen als weniger optimistische (Taylor et al., 1992). Eine Untersuchung an einer studentischen

Stichprobe ergab, dass optimistische Personen genauso viele Erkältungskrankheiten angaben wie pessimistische Personen. Sie erlebten die Erkältungen jedoch als weniger belastend und kürzer andauernd. Auch gaben sie mehr gesundheitsförderndes Verhalten an (Hamid, 1990). Auch Lin und Peterson führten 1990 eine vergleichbare Befragung an einer studentischen Stichprobe durch und fanden ebenfalls, dass Optimisten insgesamt ihren Gesundheitszustand als besser erlebten, dass sie jedoch auch häufiger angaben, während einer Krankheit aktive Krankheitsbewältigung durchzuführen.

3.2.4 Optimismus und psychotherapeutische Interventionen

Optimisten scheinen auch leichter von psychotherapeutischen Interventionen zu profitieren. Cameron und Nicholls (1998) teilten in ihrem Experiment sowohl die optimistischeren Studenten des ersten Semesters als auch die pessimistischeren in drei Gruppen ein. Die erste Gruppe sollte drei Wochen lang ihre Gedanken und Gefühle bezüglich ihres Starts ins Studentenleben und darauffolgende Handlungspläne aufschreiben, die zweite Gruppe sollte ausschließlich ihre Gedanken und Gefühle aufschreiben, eine dritte Gruppe diente als Kontrollgruppe, die über unwichtige Themenbereiche schreiben sollte. Optimisten in den beiden Experimentalgruppen suchten in den darauffolgenden Monaten weniger häufig einen Arzt auf, d.h. Optimisten profitieren auch allein davon, ihre Gedanken und Gefühle aufzuschreiben. Pessimisten hingegen profitierten nur durch die Intervention in der ersten Experimentalgruppe, d.h. von einer zielgerichteten Auseinandersetzung mit eigenen Gedanken und Gefühlen mit Entwicklung von Handlungsschritten.

3.2.5 Optimismus und Realitätsverzerrung

Nachdem in immer mehr Studien ein Zusammenhang zwischen Optimismus und Gesundheit ermittelt wurde, wurde in der wissenschaftlichen Diskussion häufiger die Frage laut, ob Optimismus unter bestimmten Bedingungen auch ungesund sei. Taylor hat die Auswirkungen des Optimismus auf den Realitätsbezug untersucht und stellte fest, dass Optimisten die Realität sogar oft unrealistischer einschätzen als Pessimisten (Taylor & Armor, 1996). Optimisten unterliegen einer positiven Illusion. Daher ist die kritische Frage nahe liegend, wie Optimisten richtige Handlungsentscheidungen treffen sollen, wenn sie ein Risiko falsch einschätzen. Treffen Optimisten bei Extremsportarten weniger Sicherheitsvorkehrungen, da das Glück ihnen auf Schritt und Tritt folgen

wird? Führen Optimisten ungeschützten Geschlechtsverkehr durch, da sie schon nicht an AIDS erkranken werden? Hören Optimisten nicht mit Rauchen auf, da sie zu den wenigen Menschen gehören werden, die trotzdem 100 Jahre alt werden? Können Optimisten durch ihre positive Realitätsverzerrung nicht auch leichter sterben?

In einer Studie von Taylor et al. (1992) waren HIV-positive homosexuelle Männer sogar optimistischer, kein AIDS-Vollbild zu entwickeln als homosexuelle Männer, die nicht HIV-positiv waren. Goodman, Chesney und Tipton (1995) stellten fest, dass optimistischere Frauen einen angebotenen HIV-Test weniger in Anspruch nahmen und wiesen darauf hin, dass durch Optimismus auch negatives Risikoverhalten entstehen kann. Jedoch wurde auch in dieser Studie festgestellt, dass Optimisten durchaus geschützten Geschlechtsverkehr durchgeführt haben. Taylor et al. (1992) stellten zwar in ihrer Studie eine Realitätsverzerrung der Optimisten fest, sie haben jedoch auch einen Zusammenhang zwischen Optimismus und förderlichem Gesundheitsverhalten festgestellt, sowohl bei den HIV-Positiven als auch bei den HIV-Negativen.

Weitere Studien machten deutlich, dass eine optimistische Verzerrung begrenzt ist. McKenna, Warburton und Winwood (1993) zeigten, dass Raucher ihr persönliches Gesundheitsrisiko als geringer einschätzten als das anderer Raucher. Jedoch schätzten die optimistischen Raucher das Gesundheitsrisiko bei Nichtrauchern als noch geringer ein. Auch Hahn und Renner konnten 1998 feststellen, dass Raucher eine optimistisch verzerrte Risikoeinschätzung bezüglich Lungenkrebs hatten. Personen, die mit dem Rauchen aufgehört hatten, sahen für sich jedoch ein noch geringeres Risiko.

Taylor und Armor (1996) fassten letztlich bezüglich ihres Konzepts des „unrealistischen Optimismus“ zusammen, dass die Realitätsverzerrung nicht so gravierend ist, als dass durch die Verzerrung kein Realitätsbezug mehr besteht. Optimisten scheinen zwar grundsätzlich zu einer geringeren Risikoeinschätzung zu kommen, sie beziehen jedoch wichtige Faktoren wie z.B. ihr Gesundheitsverhalten mit in ihre Einschätzung ein. Wenig verhaltensrelevant scheint zu sein, dass Optimisten ihr Risiko an AIDS oder Lungenkrebs zu erkranken geringer einschätzen als das Risiko ihres Nachbarn. Optimisten ist klar, dass sie ihr Risiko noch weiter reduzieren können, wenn sie geschützten Sexualverkehr durchführen und mit dem Rauchen aufhören. Optimismus scheint somit auch keine negativen Auswirkungen auf ein präventives Gesundheitsverhalten zu haben.