

Kognitive und motivationale Verarbeitung gesundheitlicher Risikoinformation

Britta Renner



Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Philosophie
am Fachbereich für Erziehungswissenschaft und Psychologie
der Freien Universität Berlin

Berlin, im November 1999

Gutachter und Gutachterin:

Prof. Dr. Ralf Schwarzer, Freie Universität Berlin
Prof. Dr. Hannelore Weber, Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald

Datum der Disputation: 26.01.2000

Inhalt

1	EINLEITUNG	1
2	KARDIOVASKULÄRE KRANKHEITEN UND IHR ZUSAMMENHANG MIT BLUTDRUCK UND CHOLESTERIN	5
2.1	Risikofaktoren von kardiovaskulären Krankheiten	6
2.2	Hypercholesterinämie	7
2.2.1	Prävalenz	10
2.2.2	Therapiemöglichkeiten	10
2.3	Hypertonie	12
2.3.1	Symptome einer Hypertonie	14
2.3.2	Ursachen und Therapiemöglichkeiten	15
3	GESUNDHEITSSCREENINGS UND ETIKETTIERUNG	18
3.1	Der Begriff „Screening“	18
3.2	Formen und Funktionen von Screenings	19
3.3	Etikettierungseffekte (Labeling)	21
3.3.1	Etikettierung und krankheitsbedingte Arbeitsabwesenheit	22
3.3.2	Etikettierung und Befindlichkeit	26
3.3.3	Falschetikettierung (mislabeling)	30
3.3.4	Etikettierung und Symptomwahrnehmung	32
3.3.5	Psychologische Erklärungsansätze für das Labeling-Phänomen im Zusammenhang mit der Symptomwahrnehmung und der Befindlichkeit	35
3.4	Illusorische Beruhigung (false reassurance)	38
3.5	Zusammenfassung	40
4	SUBJEKTIVE RISIKOWAHRNEHMUNG UND UNREALISTISCHER OPTIMISMUS	44
4.1	Komparativer unrealistischer Optimismus: Das eigene Risiko im Vergleich zu einer durchschnittlichen Person	44
4.1.1	Die verschiedenen Methoden zur Bestimmung des komparativen unrealistischen Optimismus	47
4.2	Absoluter unrealistischer Optimismus: Das eigene Risiko im Vergleich zu epidemiologischen Kriterien	49
4.2.1	Das eigene Risiko im Vergleich zum epidemiologischen Durchschnitt: Die Prävalenz-Methode	50
4.2.2	Das eigene Risiko im Vergleich zum objektiven Risikostatus: Individuelle Risikoprofile	57
4.3	Zusammenfassung	60
5	UNMITTELBARE REAKTIONEN AUF DIE MITTEILUNG EINES RISIKOS	69
5.1	Perseveranz unrealistischer Risikoeinschätzungen	69
5.1.1	Allgemeine Risikoinformationen: Informations- und Angstappelle	69
5.1.2	Individualisierte Risikorückmeldungen	71
5.2	Die Einschätzung einer gesundheitlichen Gefährdung	73
5.2.1	Das TAA-Enzym-Paradigma	75
5.2.2	Empirische Befunde	77
5.2.2.1	Minimierung: Verzerrte Einschätzung der gesundheitlichen Implikationen eines Krankheitsanzeichens	77
5.2.2.2	Falscher Konsensus: Verzerrte Einschätzung der Prävalenz	80
5.2.2.3	Dauer der Erkrankung	83
5.2.2.4	Verzerrte Erinnerung der Testresultate	85
5.2.2.5	Gültigkeit des Tests	86
5.3	Zusammenfassung	91
5.4	Ursachen für verzerrte Einschätzungen selbstbezogener Risikoinformationen	93
5.4.1	Motivational verzerrte Informationsverarbeitung (motivated reasoning)	94
5.4.2	Intensität der Informationsverarbeitung: Motivierter Skeptizismus	96

6	ZUSAMMENFASSEND E DISKUSSION	100
7	FRAGESTELLUNGEN	107
8	UNTERSUCHUNGSMETHODIK	112
8.1	Allgemeine Angaben	112
8.2	Untersuchungsdesign	112
8.3	Erhebungsorte	113
8.4	Gewinnung der Untersuchungsteilnehmer	113
8.5	Erhebungsablauf	114
8.5.1	Erhebungsablauf in der Screeninggruppe	114
8.5.2	Erhebungsablauf in der Kontrollgruppe	119
8.6	Meßinstrumente (Fragebogen)	120
8.7	Beschreibung der Untersuchungsgruppen	123
8.7.1	Kontrollgruppe	124
8.7.2	Screeninggruppen	124
8.7.2.1	Anwerbung der Screeninggruppe A	124
8.7.2.2	Teilnehmerstruktur der Screeninggruppe A	125
8.7.2.3	Teilnehmerstruktur der Screeninggruppe C	126
8.7.3	Stichprobenmerkmale im Vergleich	126
8.7.3.1	Testerfahrung und frühere Befundlage	127
8.7.3.2	Subjektiver Gesundheitszustand	128
8.7.3.3	Wissen hinsichtlich Cholesterin und Blutdruck	128
8.7.3.4	Physiologischen Werte	129
8.8	Stichprobenmerkmale der Längsschnitteilnehmer und Drop-out	132
8.8.1	Screeninggruppe	132
8.8.2	Kontrollgruppe	134
8.9	Zusammenfassung	135
9	Empirische Befunde	138
9.1	Komparative Risikoeinschätzungen vor der Risikorückmeldung: Das eigene Risiko im Vergleich zu einer durchschnittlichen Person	138
9.1.1	Zur Replikation des optimistischen Fehlschlusses	138
9.1.2	Antizipation einer Risikorückmeldung: Einfluß der Verifizierbarkeit	140
9.1.2.1	Direkte komparative Risikoeinschätzungen	140
9.1.2.2	Indirekte komparative Risikoeinschätzungen	142
9.1.2.3	Zusammenfassung	144
9.2	Wie realistisch wurde das eigene gesundheitliche Risiko eingeschätzt?	146
9.2.1	Direkte komparative Vulnerabilität und objektiver Risikostatus	146
9.2.1.1	Cholesterin	147
9.2.1.2	Blutdruck	150
9.2.1.3	Zusammenfassung	154
9.2.2	Zusammenhang zwischen komparativer Risikoeinschätzung und erwartetem Risikostatus	157
9.2.3	Übereinstimmung zwischen erwartetem und objektiven Risikostatus	158
9.2.3.1	Cholesterin: Kovariations- und Niveaugenauigkeit	158
9.2.3.2	Blutdruck: Kovariations- und Niveaugenauigkeit	165
9.2.3.3	Zusammenfassung	172

9.3	Unmittelbare Reaktionen auf die Risikorückmeldung	175
9.3.1	Erste Form der Informationsäquivalenz: Subjektive und objektive Risikoeinschätzung	176
9.3.1.1	Subjektive Validität und Repräsentativität des Testwertes	178
9.3.1.1.1	Subjektive Validität des Cholesterinwertes	185
9.3.1.1.2	Subjektive Validität des Blutdruckwertes	191
9.3.1.1.3	Subjektive Repräsentativität des Cholesterinwertes	195
9.3.1.1.4	Subjektive Repräsentativität des Blutdruckwertes	199
9.3.1.1.5	Zusammenfassung	203
9.3.1.2	Subjektive Implikationen des Testresultats: Schweregrad und Besorgtheit	205
9.3.1.2.1	Subjektiver Schweregrad des Cholesterinwertes	211
9.3.1.2.2	Subjektiver Schweregrad des Blutdruckwertes	216
9.3.1.2.3	Besorgtheit aufgrund des Cholesterinwertes	221
9.3.1.2.4	Besorgtheit aufgrund des Blutdruckwertes	225
9.3.1.2.5	Zusammenfassung	229
9.3.1.3	Veränderungen der Risikoeinschätzungen: Aktualisierung versus Perseveranz	232
9.3.1.3.1	Absolute eigene Vulnerabilität für eine Hypercholesterinämie	234
9.3.1.3.2	Direkte komparative Vulnerabilität für eine Hypercholesterinämie	239
9.3.1.3.3	Absolute eigene Vulnerabilität für eine Hypertonie	244
9.3.1.3.4	Direkte komparative Vulnerabilität für eine Hypertonie	248
9.3.1.3.5	Zusammenfassung	250
9.3.1.4	Veränderung der physiologischen Werte	253
9.3.1.4.1	Cholesterin	254
9.3.1.4.2	Blutdruck	257
9.3.1.4.3	Zusammenfassung	261
9.3.2	Zweite Form der Informationsäquivalenz: Rückmeldungen zu zwei verschiedenen Risikofaktoren	264
9.3.2.1	Subjektive Validität und Repräsentativität der Testresultate	266
9.3.2.2	Subjektive Validität der Testwerte	266
9.3.2.3	Subjektive Repräsentativität der Testwerte	272
9.3.2.4	Subjektive Implikationen der Testresultate: Schweregrad und Besorgtheit	276
9.3.2.4.1	Subjektiver Schweregrad der Testwerte	277
9.3.2.4.2	Besorgtheit aufgrund der Testwerte	280
9.3.2.5	Zusammenfassung	283
9.3.3	Dritte Form der Informationsäquivalenz: Zwei Rückmeldungen zu einem Risikofaktor	284
9.3.3.1	Subjektive Repräsentativität der Testwerte	285
9.3.3.1.1	Cholesterin	287
9.3.3.1.2	Blutdruck	289
9.3.3.2	Besorgtheit aufgrund der Testwerte	294
9.3.3.2.1	Cholesterin	295
9.3.3.2.2	Blutdruck	298
9.3.3.3	Zusammenfassung	300
10	ZUSAMMENFASSENDE DISKUSSION DER BEFUNDE	303
11	ZUSAMMENFASSUNG	327
12	LITERATUR	329
13	ANHANG A: VARIANZANALYTISCHE TAFELN	I
14	ANHANG B: MEBINSTRUMENTE (FRAGEBOGEN)	VII

Danksagung

Bedanken möchte ich mich bei Herrn Prof. Dr. Ralf Schwarzer und Frau Prof. Dr. Hannelore Weber für ihre wertvolle Unterstützung bei der Erstellung meiner Dissertation.

Mein besonderer Dank gilt Frau Dipl.-Psych. Judith Bäßler für ihre kritischen und hilfreichen Hinweise. Ihre unermüdliche Bereitschaft, auch teils zu später Stunde mit mir über das Einschätzungsverhalten der Gruppen O/G, G/O und H/O zu diskutieren, war sehr gewinnbringend.

Danken möchte ich auch Herrn Dipl.-Psych. André Hahn, ohne den das BRAHMS-Projekt nicht zustande gekommen wäre. Vor allem aber die kritischen Diskussionen sowie die vielen Anregungen möchte ich nicht missen.

Frau Bärbel Günther danke ich ganz herzlich für die sorgfältige Durchsicht des Manuskripts.

Da die vorliegende Arbeit in enger Anlehnung an das von der Deutschen Forschungsgemeinschaft, der Kommission für Forschung und Wissenschaftlichen Nachwuchs der Freien Universität Berlin und der Techniker Krankenkasse, Landesvertretung für Berlin und Brandenburg, geförderte BRAHMS-Projekt entstanden ist, sei auch hier für ihre finanzielle Unterstützung herzlich gedankt.

Schließlich gilt mein spezieller Dank Matthias Grönig für seine Unterstützung und Ermutigung, ohne die diese Arbeit nur halb so viel Spaß gemacht hätte.