

Subjektive Krankheitstheorien

Sigrun-Heide Filipp und Peter Aymanns

Subjektive Theorien als Forschungsgegenstand: Forschungsprogrammatische und ideengeschichtliche Aspekte

„Subjektive Krankheitstheorien“ stellen ein Thema dar, das in den letzten Jahren zunehmende Aufmerksamkeit erfahren hat (vgl. Bishop, 1991; Flick, 1991; Murray, 1990). Gleichwohl ist die Beschäftigung mit „subjektiven Theorien“ nicht neu: einerseits gibt es in der Psychologie eine Reihe von Ansätzen, die - zum Teil in anderem begrifflichen Gewande (z. B. Attributionstheorien) - „subjektive Theorien“ zum Forschungsgegenstand erhoben haben. Andererseits stellen „subjektive Theorien“ seit Jahren ein eigenständiges Forschungsprogramm dar (Dann, 1983), welches mit der Rekonstruktion menschlichen Verhaltens und Erlebens in termini subjektiver Theorien eine ganz neue programmatische Richtung erhalten hat. Vorrangig ist hier auf Groeben und Scheele (1977; Groeben, Wahl, Schlee & Scheele, 1988) zu verweisen, die das Forschungsprogramm „Subjektive Theorien“ als solches eingeführt und dieses bislang am konsequentesten und engagiertesten vorangetrieben haben.

Das Forschungsprogramm erhebt die „Innenaspekte“ des Handelns zum Forschungsgegenstand. Subjektive Theorien werden als Wissenssysteme aufgefaßt, die „Strukturparallelität“ zu wissenschaftlichen Theorien aufweisen sollen, und die **Analyse der Inhalte, Strukturen und Funktionen** subjektiver Theorien wird als grundlegende Aufgabe dieses Forschungsprogramms formuliert. Da zwischen Wissenschaftler und Alltagsmensch keine prinzipiellen Unterschiede im Prozeß der Erkenntnisgewinnung angenommen werden, sollten die bei der Bewertung wissenschaftlicher Theorien zugrunde gelegten Kriterien auch bei der Bewertung subjektiver Theorien Anwendung finden können - eine Auffassung, wie sie vor Jahren auch von Laucken (1974) in seiner Konzeption der „naiven Verhaltenstheorie“ vertreten wurde. Die Vertreter des Forschungsprogrammes gehen insofern noch einen Schritt weiter, als sie fordern, daß die subjektiven Theorien des Alltagsmenschen in den Prozeß psychologischer Forschung einbezogen werden sollten und daß sie prinzipiell in eine wissenschaftliche Theorie übergehen und als solche auch anerkannt werden könnten (vgl. das Postulat von der Austauschperspektive zwischen subjektiven und objektiven Theorien; Scheele & Groeben, 1988).

Der Annahme von der Strukturparallelität subjektiver und objektiver Theorien kann man nun die Auffassung gegenüberstellen, daß sich subjektive Theorien insbesondere hinsichtlich ihrer **Funktionen** von objektiven unterscheiden sollten, d. h. daß ihnen nicht (nur) die Funktion der Erkenntnisgewinnung zukommt. Beispielhaft ist hier an Befunde der Selbstkonzeptforschung zu erinnern, die zeigen, daß bestimmte Annahmen über das Selbst - etwa wenn sie identitätsstiftende Elemente enthalten -

eine extrem hohe Falsifikationsresistenz besitzen (Brown, 1991), oder daß sie wegen der Bedrohlichkeit potentiell verfügbarer Informationen einer Überprüfung gar nicht ausgesetzt werden. Im Prinzip gilt dies für die Verteidigung aller Kognitionen, die als „positive illusions“ (Taylor & Brown, 1988) anzusehen sind - und vermutlich eben auch für subjektive Krankheitstheorien, solange sie eine Rolle in der Krankheitsverarbeitung bei Patienten und/oder ihren Angehörigen, ja selbst bei „Nichtbetroffenen“, spielen.

Gegenstandsbereiche subjektiver Theorien

Obschon im Prinzip „alles“ zum Gegenstand subjektiven Theoretisierens werden kann, ist bislang subjektiven Theorien über das Selbst („Selbsttheorien“; Epstein, 1973) und über andere Menschen („implizite Persönlichkeitstheorien“; vgl. Hofer, 1975) besondere Beachtung geschenkt worden. Auch ist von „subjektiven Entwicklungstheorien“ (Heckhausen, Dixon & Baltes, 1989) oder von subjektiven Theorien des Wohlbefindens (Dann, 1991) die Rede. Daß auch Gesundheit und Krankheit den Gegenstand subjektiver Theorien konstituieren und demgemäß „subjektive Krankheitstheorien“ als Forschungsgegenstand zu gelten haben, mag deutlich werden, wenn man von Krankheit mittelbar oder unmittelbar betroffene Personen als „Probanden“ in Forschungsvorhaben einbezieht (Filipp, Klauer & Ferring, 1992). „Auseinandersetzung“ mit Krankheit bedeutet ja nicht nur eine wie auch immer geartete „Anpassung“ an die Krankheit, indem man z. B. gewohnte Verhaltensweisen ändert. „Auseinandersetzung“ mit Krankheit heißt letztendlich auch immer, die Krankheit „verstehen“ zu lernen und sie als Bestandteil des eigenen Lebens akzeptieren zu können (Filipp & Aymanns, 1996). Es liegt daher nahe, daß Menschen im Zuge solcher Auseinandersetzungsprozesse Annahmen formulieren über das Wesen ihrer Krankheit, daß sie nach Erklärungen suchen und Deutungen vornehmen, daß sie - kurzum - krankheitsbezogenes Wissen aufbauen. Daraus werden „subjektive Krankheitstheorien“ gebildet, die als komplexe Aggregate krankheitsbezogener Kognitionen in bestimmter Weise organisiert und repräsentiert sind und das Insgesamt aller Wissens- und Vorstellungsinhalte abbilden, die mit der jeweils betrachteten Erkrankung assoziiert sind.

Doch auch jenseits der eigenen unmittelbaren Betroffenheit verfügen Menschen über subjektiv-theoretisches Wissen über einzelne Krankheiten, auch gesunde Menschen verbinden mit ihnen bestimmte Vorstellungen, Annahmen und Deutungen (vgl. Domheim, 1983; Homung, Helminger & Hättich, 1994; Verres, 1986; Viney, 1983). Anzunehmen ist allerdings, daß subjektive Krankheitstheorien für „Nichtbetroffene“ grundlegend andere Funktionen erfüllen. Während - wie oben angedeutet - für Patienten (oder ihre Angehörigen) die Funktion subjektiver Krankheitstheorien darin liegen mag, das durch die Diagnose einer schweren Krankheit erschütterte Vertrauen in eine geordnete, verstehbare und vorhersehbare Welt wiederzugewinnen (vgl. Filipp, 1992), mag ihr Wert für die von Krankheit nicht betroffenen Menschen darin liegen, den Glauben an die eigene Unverwundbarkeit aufrechterhalten zu

können. Ob diese Unterschiede in der persönlichen Betroffenheit auch mit Unterschieden in Inhalt und Struktur subjektiver Krankheitstheorien einhergehen, ist bislang selten thematisiert worden und stellte eine zentrale Fragestellung unseres Forschungsprojektes „Subjektive Krankheitstheorien“ dar, in das Krebspatienten, Angehörige von Krebspatienten, Angehörige des medizinischen Personal sowie Personen, die bislang keinen Kontakt zu Krebspatienten hatten, einbezogen waren¹. Auch ist unser Wissen noch äußerst defizitär in bezug auf eine Reihe weiterer Fragen (z. B. inwieweit die mit der Krankheit verknüpften Vorstellungen eher bildhaft oder eher abstrakt repräsentiert sind oder welches Gewicht kulturell geformten Deutungsmustern im Vergleich zu höchst individuellen, idiosynkratischen Theorieelementen zukommt). Nichtsdestotrotz gibt es einige zum Teil interessante Ansätze und Befunde, auf die im weiteren einzugehen ist.

Strukturierung des Gegenstandsbereiches „Subjektive Krankheitstheorien“

Es liegt auf der Hand, daß man in der Erforschung subjektiver Krankheitstheorien wohl kaum die „Totalität“ krankheitsbezogener Vorstellungen und Annahmen von Personen betrachten wird, sondern daß man eine spezifische Fokussierung vornehmen und einzelne Elemente subjektiver Krankheitstheorien thematisieren wird. Dazu bieten sich unterschiedliche Möglichkeiten einer Strukturierung des Gegenstandsbereichs an.

Zum einen kann man sich an bisherigen (z. T. kognitions-psychologischen) Arbeiten orientieren, die subjektiven Krankheitstheorien gewidmet waren. So argumentieren beispielsweise Leventhal, Meyer und Nerenz (1980), daß mentale Repräsentationen von Krankheiten in der Regel vier Facetten aufweisen: (1) Assoziative Verknüpfungen von Symptomen mit einem ‚Etikett‘, (2) Annahmen über die Krankheitsursachen, (3) Erwartungen bezüglich ihrer Folgen und (4) Annahmen über ihre zeitliche Erstreckung. Andere Autoren fügen „Annahmen über die Kurabilität“ einer Erkrankung als fünftes Theorieelement hinzu (Lau, Bernard & Hartman, 1989). Hingegen vermuten Turk, Rudy und Salovey (1986), daß „implizite Krankheitsmodelle“ eine ganz andere Struktur aufweisen. In diesen sollen Annahmen zu (1) dem Schweregrad/ Bedrohlichkeit der Erkrankung, (2) der persönlichen Verantwortlichkeit für ihre Entstehung, (3) ihrer Kontrollierbarkeit und (4) ihrer Veränderbarkeit/ Chronizität organisiert sein. Schließlich schlagen Bishop und Converse (1986) vor, bei der Analyse subjektiver Krankheitstheorien den Prototypenansatz zugrunde zu legen (siehe weiter unten).

Eine andere Möglichkeit der Analyse subjektiver Krankheitstheorien besteht darin, verschiedene (partial)theoretische Zugänge heranzuziehen, die den Blick auf unterschiedliche Elemente subjektiver Krankheitstheorien lenken können. Hier bieten sich

¹ Die Studie wurde von 1987 bis 1991 im Rahmen des Förderschwerpunkts „Rehabilitation von Krebskranken“ des Bundesministeriums für Forschung und Technologie gefördert (Az. 07068746).

attributionstheoretische, kontrolltheoretische und i. e. S. wissenspsychologische Perspektiven an. Darauf wird im folgenden einzugehen sein.

Annahmen zur Verursachung von Krankheiten

Daß Menschen „warum“-Fragen stellen und einer Klärung zuzuführen versuchen, um ihre Erfahrungswelt verstehbar und kontrollierbar werden zu lassen, ist das Thema der Attributionstheorie seit ihrer Grundlegung durch Heider (1958). Nun spricht vieles dafür, schwere körperliche Erkrankungen als Lebenssituationen von besonderer **subjektiver Erklärungsbedürftigkeit** zu betrachten (vgl. Brewin, 1988), wenn man davon ausgeht, daß attributive Prozesse vor allem dann in Gang gesetzt werden, wenn konkrete Erfahrungen einerseits und Erwartungen oder Vorwissen andererseits inkongruent sind. Es ist **also die Neuartigkeit** einer Erfahrung, die subjektive Verunsicherung hervorruft und attributive Prozesse auslöst, es ist aber auch ihre **Erwartungswidrigkeit** sowie **ihre emotionale Tönung**. Nur selten fragen wir uns, warum wir glücklich sind; die Frage hingegen, warum wir unglücklich sind oder warum uns Unangenehmes widerfährt, erscheint ungleich drängender (vgl. Strack, Argyle & Schwarz, 1991).

Die Generierung von Ursachenkognitionen dient jedoch nicht nur der Rekonstruktion der Krankheitsentstehung und in der Folge der Emotionsregulation, sondern auch der Art und Weise, wie Patienten die Erkrankung und ihre Folgen zu bewältigen versuchen (z. B. in Bezug auf Viruserkrankungen: Cope, David & Mann, 1994). Nach Nerenz und Leventhal (1983) kommt Ursachenzuschreibungen insofern eine zentrale Rolle zu, als sie das „moment-by-moment-coping“ steuern und somit eine verhaltensregulative Funktion in der Aktualisierung von Bewältigungsreaktionen besitzen sollen. Nur so ließen sich z. B. die mannigfaltigen Anstrengungen vieler chronisch Kranker erklären, etwa ihre Ernährung oder ihren Lebensstil zu ändern; sie hätten ihre Krankheitsentstehung kausalattributiv entsprechend strukturiert und seien nun bestrebt, die von ihnen wahrgenommenen Ursachen zu „bekämpfen“ bzw. in ihrer Wirksamkeit einzugrenzen.

Freilich gibt es auch eine Reihe von Autoren, die Prozessen der Ursachen- und Verantwortlichkeitsattribution im Zuge der Krankheitsverarbeitung eine weit geringere Rolle zuweisen (zum Überblick z. B. Michela & Wood, 1986). Zum einen wird problematisiert, ob Ursachenkognitionen in der Tat so virulent sind - wie dies z. B. die „klassische“ Studie von Bulman und Wortman (1977) suggeriert. Zum anderen wird bezweifelt, ob Ursachen- und Verantwortlichkeitsattributionen - gleichgültig welchen Inhalts - überhaupt so bedeutsam seien für Unterschiede in der Güte der Krankheitsanpassung.

Was die erste Frage angeht, so ist hier ein grundlegendes Problem der Erhebungsmethodik angesprochen, nämlich ob Kausalkognitionen nicht erst durch die Frage des Untersuchers erzeugt werden (schon Nisbett & Wilson, 1977). Die Analyse **spontaner** Kausalkognitionen sollte demnach weiterführende Hinweise liefern. Aufgrund einer Literaturübersicht kommt Weiner (1985) zu dem Ergebnis, daß

Ursachenerklärungen insbesondere bei unerwarteten und zielblockierenden Ereignissen eine große Bedeutung hätten, was sich in ihrer spontanen Artikulation zeige. Wie unsere eigenen Daten der Interviewstudie mit $n = 101$ Krebspatienten zeigen, wurden im Rahmen der anfänglich nicht-direktiv geführten Exploration etwa von der Hälfte der befragten Patienten Ursachenannahmen **spontan**, d. h. ohne entsprechende Fragereize, geäußert. Auch die spontane Negation bestimmter Ursachen („An meiner Ernährung kann es nicht gelegen haben.“) kann dabei als Indiz für die Virulenz kausalattributiver Prozesse gewertet werden. Bei der **direkten** Frage nach möglichen Ursachen für die Erkrankung gaben über 90 Prozent der Patienten an, sich zumindest manchmal mit der Ursachenfrage beschäftigt zu haben. Von dieser Teilgruppe berichteten über 80 Prozent, Ursachen für sich gefunden zu haben, wobei naturwissenschaftlich begründete Ursachen (z.B. Umweltverschmutzung, Anlagefaktoren) und Ursachen, die im psychischen Bereich liegen (z. B. seelische Belastung) am häufigsten genannt wurden.

Andererseits gibt es aber auch Hinweise darauf, daß gerade Krebspatienten weniger geneigt sein sollten, nach Erklärungen für den Ausbruch ihrer Krankheit zu suchen (z. B. Gotay, 1985). Die geringe „ätiologische Durchdrungenheit“ des Krankheitsbildes könnte die Suche nach möglichen Krankheitsursachen bei Krebspatienten zu einer größeren Belastung werden lassen als beispielsweise bei Herzinfarktpatienten (vgl. Ferring, 1987; tenKroode, Oosterwijk & Steverink, 1989). In der eigenen Untersuchung wurde den Krebspatienten im Anschluß an die Exploration eine Liste mit 42 Ursachenfaktoren vorgelegt, mittels derer sie den relativen Beitrag einzelner Ursachenfaktoren am Zustandekommen ihrer Erkrankung einschätzen sollten. Auffallend war, daß bei dieser Erhebungsmethode **keinem** der Faktoren ein starker oder sehr starker Einfluß zugeschrieben wurde. Offensichtlich waren sich die Patienten in ihren Ursachenzuschreibungen sehr unsicher, - selbst wenn sie im Interview bestimmte Faktoren als Ursachen in Erwägung gezogen hatten. Hierfür spricht auch, daß die Kategorie „Sonstiges“ als Ursachenbündel mit einem vergleichsweise hohen Mittelwert den zweiten Rangplatz einnahm.

Ursachen- und Verantwortlichkeitszuschreibungen werden aber nicht nur von den kranken Menschen vorgenommen. Auch Gesunde haben mehr oder minder artikuliert Vorstellungen darüber, welche Faktoren zu der Entstehung von Krankheiten beitragen (Curbow, Andrews & Burke, 1986) und Überzeugungen davon, wie „verwundbar“ sie selbst sind. Die auch aus anwendungspraktischer Sicht wichtige Frage nach Unterschieden in subjektiven Krankheitstheorien als Funktion der individuellen Betroffenheit hat bislang wenig Beachtung gefunden. In der bereits angesprochenen eigenen Untersuchung wurde die Ursachenliste auch $n = 133$ Angehörigen von Krebspatienten, $n = 123$ Angehörigen des medizinischen Pflegepersonals sowie $n = 259$ Personen vorgelegt, die bislang keinen Kontakt mit Krebspatienten hatten (sog. „Nicht-Betroffene“). Dabei zeigte sich, daß „Außenstehende“ offensichtlich dezidiertere Annahmen über die Verursachung von Krebserkrankungen haben als die Krebspatienten selbst; die Patienten veranschlagten den Beitrag einzelner Faktoren für die Krankheitsentstehung durchweg als wesentlich geringer als die drei anderen Gruppen. Außenstehende machen vor allem Merkmale der physikalischen Umwelt (Umweltbelastung), körperliche Prädispositionen (Vererbung, Anfälligkeit bestimmter

Organe) und eine ungesunde Lebensführung (mangelndes Gesundheitsbewußtsein, übermäßiger Alkoholkonsum) für die Krankheitsentstehung verantwortlich. Diese besondere Gewichtung jener Faktoren, die zumindest teilweise der personalen Kontrolle unterliegen, kann auch als Versuch gedeutet werden, den Glauben an die eigene Unverwundbarkeit aufrechtzuerhalten.

Auch die zweite Frage, nämlich welche Bedeutung kausalattributiven Prozessen und den dabei generierten Erklärungen im einzelnen für die Güte der Krankheitsanpassung zukommt, wird kontrovers diskutiert. So konnten Taylor, Lichtman und Wood (1984) keine Zusammenhänge zwischen verschiedenen Ursachenattributionen und Indikatoren der Anpassungsgüte bei Brustkrebspatientinnen feststellen. Wohl aber erwies sich deren Einschätzung, daß sie selbst (oder auch andere Personen) **Kontrolle** über den weiteren Verlauf der Erkrankung hätten, als hochkorreliert mit einer guten Anpassung (siehe unten). Die Autorinnen argumentieren deshalb, daß Zuschreibungen von Ursachen oder Verantwortlichkeit bei „einmaligen“ Ereignissen, wie z. B. einem Unfall, bedeutsam seien für die Aufrechterhaltung personaler Kontrolle und somit auch für eine gute emotionale Befindlichkeit². Hingegen seien bei einer lang andauernden Bedrohung, wie sie etwa eine Krebserkrankung darstellt, subjektive Annahmen bezüglich ihrer Entstehung weniger wichtig; entscheidend sei hier, ob die Person eine Möglichkeit findet, die bestehende Bedrohung durch kognitive Kontrolle möglichst gering zu halten.

Auch die Untersuchung von Ferring (1987), in der vor dem Hintergrund des Hilflosigkeitsparadigmas nach der Bedeutung von Kausalattributionen für Unterschiede im Ausmaß der Depressivität bei Krebspatienten gefragt wurde, liefert Hinweise in diese Richtung. Der Autor ließ die Patienten zunächst Ursachen für den Eintritt ihrer Erkrankung nennen und diese in einem zweiten Schritt auf den Dimensionen der Internalität, Stabilität und Globalität einschätzen. Anschließend wurden diese Einschätzungen zu Indikatoren depressiver Gestimmtheit (Hoffnungslosigkeit, niedriges Selbstwertgefühl) in Beziehung gesetzt. Es zeigte sich, daß Einschätzungen auf den Attributionsdimensionen „Internalität“ und „Stabilität“ hier ohne Bedeutung waren, lediglich Einschätzungen der Ursachenfaktoren als „global“ (d. h. viele Bereiche des eigenen Lebens beeinflussend) entsprechend hohe positive Zusammenhänge mit Depressivität aufwiesen. Ganz im Einklang mit den Beobachtungen von Taylor et al. (1984) steht weiterhin der Befund, daß Kontrollierbarkeitsannahmen (hier erfaßt als wahrgenommene Kontrolle über die Folgen der Erkrankung in verschiedenen Lebensbereichen) die höchsten negativen Zusammenhänge mit Depressivität aufwiesen. Daraus wird abgeleitet, daß der Stellenwert „rückwärts gerichteter“ kognitiver Aktivitäten für die Anpassung an die Krankheit und die Befindlichkeitsregulation bei dieser Gruppe als eher gering veranschlagt werden muß.

² Daß die Begriffe Ursache, Verantwortlichkeit und Schuld innerhalb der attributions-theoretischen Forschung keineswegs Synonyma darstellen, sondern im Gegenteil wichtige differenzierende Elemente enthalten, wird seit einigen Jahren insbesondere von Shaver (1985) betont. Leider wird diese konzeptuelle Präzisierung nicht von allen Autoren in diesem Bereich aufgegriffen.

Hingegen erwiesen sich in der Längsschnittstudie von Affleck, Tennen, Croog und Levine (1987) mit Herzinfarktpatienten Kausalkognitionen als sehr wohl bedeutsam für Merkmale der Krankheitsanpassung und des Krankheitsverlaufs; so erwiesen sich z. B. für das Kriterium „Reinfarkt“ im Intervallzeitraum von acht Jahren Attributionen auf „Verhalten anderer Personen“ als besonders vorhersagestark.

Obwohl Ursachenattributionen wohl zu den am häufigsten untersuchten Elementen subjektiver Krankheitstheorien gehören, bleiben - wie zu zeigen war - viele Fragen offen. Nicht nur ist die Frage ihrer anpassungsförderlichen Bedeutung in der Auseinandersetzung mit Krankheit unklar (s. a. Turnquist, Harvey & Anderson, 1988); weitgehend ungeklärt ist auch, wie sich diese Überzeugungen entwickeln und wie leicht sie zu modifizieren sind. Einerseits liefern selbst Studien an Kindern (zum Überblick Bird & Podmore, 1990; Eiser, 1989; Schmidt & Lehmkuhl, 1994) jenseits allgemeiner Überlegungen zum kognitiven Entwicklungsverlauf nur wenige Hinweise auf Faktoren, die die Inhalte krankheitsbezogener Vorstellungen beeinflussen könnten. Andererseits gibt es auch nur wenige Versuche, Ursachenzuschreibungen gezielt zu modifizieren (eine Ausnahme stellt die Arbeit von Funke, 1989, zur Veränderung von Ursachenannahmen bei Migränapatienten dar).

Konstruktion von „Sinn“ im Umfeld von Krankheit

Subjektives Theoretisieren in bezug auf körperliche Krankheiten muß sich nicht nur in Form **retrognostischer** Aktivitäten vollziehen, in denen die Suche nach Ursachen für die Krankheitsentstehung dominiert und entsprechende naiv-ätiologische Annahmen gebildet werden. Subjektives Theoretisieren enthält immer auch „vorwärts gerichtete“, **prognostische** Elemente. Solche Theorieelemente umfassen einerseits Annahmen zu Verlauf und Kurabilität der jeweiligen Erkrankung (siehe unten), aber auch individuelle Sinnkonstruktionen, von denen nun die Rede sein wird.

Eine wesentliche Prämisse ist, daß Menschen nicht nur „warum“-Fragen stellen, sondern auch „wozu“-Fragen. Wie in wissenschaftlichen Theorien sollten auch in subjektiven Theorien „teleologische Erklärungen“ eine Rolle spielen, und solche kognitiven Aktivitäten wurden in den letzten Jahren auch als ein eigenständiger Modus der Bewältigung traumatischer Ereignisse gefaßt („search for meaning“; vgl. Silver, Boon & Stones, 1983). Allerdings werden in den meisten Studien, die sich „Sinnsuche“ widmen, wiederum nur kausalattributive Prozesse thematisiert, ohne die grundlegende Unterscheidung zwischen den beiden oben genannten Typen von Erklärungen zu berücksichtigen (Kruglanski, 1979). Häufig wird „Sinn“ aber auch gleichgesetzt mit der Wahrnehmung positiver Krankheitsfolgen. Hier ist etwa die Studie von Taylor (1983) mit Mammakarzinom-Patientinnen zu nennen: bei diesen war die Tendenz, krankheitsbezogene Erfahrungen positiv umzudeuten, um so stärker ausgeprägt, je weniger sie sich selbst (oder anderen Menschen) Kontrolle über den Verlauf ihrer Erkrankung zuschrieben. Die Wahrnehmung positiver Krankheitsfolgen scheint also um so ausgeprägter zu sein, je geringer die subjektive Kontrollierbarkeit der Krankheit ist. Dies legt im übrigen auch nahe, attributive Prozesse, die um

Ursachen für die Krankheitsentstehung und um den Krankheitsverlauf kreisen, konzeptuell zu trennen von Prozessen der Sinnfindung.

Die meisten Untersuchungen lassen aber offen, ob eine schwere körperliche Erkrankung tatsächlich eine Sinnkrise auslöst und teleologisch ausgerichtete Prozesse der Sinnsuche in Gang gesetzt werden. Die Bedeutung der Sinnsuche im Prozeß der Krankheitsauseinandersetzung hat Meier (1992) in einer Studie untersucht, die im Rahmen unserer Arbeitsgruppe durchgeführt wurde. Entgegen den Erwartungen rief die Konfrontation mit einer Krebserkrankung nur für eine Minderheit der Patienten die Frage nach dem Sinn wach. Die Annahme, im Zuge der Auseinandersetzung mit einer Krebserkrankung stelle sich für nahezu jeden Patienten die Frage nach dem „Wozu“ der Erkrankung, kann demnach wohl nicht aufrechterhalten werden. Auch eine „erfolglose“ Auseinandersetzung mit der Sinnfrage - also die Erkenntnis, keinen Sinn in der Erkrankung zu finden - scheint das psychische Wohlbefinden der Patienten nicht zu beeinträchtigen, wenn es ihnen gelingt, die erfolglose Auseinandersetzung mit der Sinnsuche frühzeitig zu beenden. Anderfalls kommt es eher zu einer anhaltend grüblerischen Beschäftigung mit der Sinnfrage, die nicht adaptiv ist. Wie die Studie von Meier weiterhin zeigt, werden im Zuge der Krankheitsauseinandersetzung jedoch einzelne Lebensziele in ihrer Wichtigkeit überdacht, wobei vor allem erfolgsbezogene Lebensziele zugunsten transzendentaler Ziele (Weisheit) oder interpersonaler Lebensziele (Familie) aufgegeben werden (zu krankheitsbezogenem Veränderungserleben und der Modifikation von Zielwichtigkeiten siehe auch Klauer, 1994).

Annahmen zu Verlauf und Kurabilität von Krankheiten

Während sich empirische Studien - wie es scheint - bislang mit dem Sinnkonzept etwas schwer tun, wurde der zweite Aspekt „vorwärts gerichteten“ subjektiven Theoretisierens viel häufiger untersucht, nämlich Annahmen bezüglich des (weiteren) Verlaufs und der Kurabilität - und somit letztlich der Kontrollierbarkeit einer Erkrankung. Verres (1986) widmete sich z. B. dieser Frage und fand, daß 70 Prozent der von ihm befragten (gesunden) Personen die Kurabilität von Krebs als hoch einschätzen. Als ein für einen günstigen Krankheitsverlauf förderlicher Faktor wurde zudem von der überwiegenden Mehrheit der Befragten der „Genesungswille“ des Patienten angesehen, und der Beitrag der Ärzte zum Behandlungserfolg wurde nicht höher eingeschätzt als der, den die Patienten selbst leisten könnten. Muthny, Bechtel und Spaete (1992) befragten Herzinfarkt- Dialyse, Krebs- und MS-Patienten danach, welche Faktoren aus ihrer Sicht den weiteren Verlauf der Erkrankung beeinflussen. Übereinstimmend wurden Fortschritte in der Medizin, die eigene Lebenseinstellung und das eigene Verhalten sowie hinreichende Unterstützung durch die Familie (vgl. Aymanns, 1992) als die bedeutsamsten Einflußgrößen angesehen. Ferring und Filipp (1995) fanden bei Krebspatienten eine hohe Ausprägung gesundheitsbezogener Kontrollüberzeugungen sowohl auf den Dimensionen Internalität, Externalität als auch fatalistische Externalität, was dafür spricht, daß die Patienten ein relativ hohes Maß an Steuerbarkeit des Krankheitsverlaufs annehmen. Hohe interne Kontroll-

überzeugungen gingen mit einer positiven Befindlichkeit einher, während fatalistische Externalität, also der Rekurs auf Glück oder Schicksal mit einer dysphorischen Stimmungslage kovarierte.

Hasenbring (1989) konnte in ihrer Studie mit Krebspatienten nachweisen, daß wahrgenommene Kontrolle über die Krankheit auch situativ determiniert ist, d. h. sich hier als abhängig erwies von der Art der erhaltenen Behandlung. Patienten, die sich zum Zeitpunkt der Datenerhebung in chemotherapeutischer Behandlung befanden, schrieben sich selbst einen weit geringeren Einfluß sowohl auf ihren körperlichen Zustand allgemein wie auf den Verlauf ihrer Erkrankung zu und sahen den Einfluß der Ärzte als deutlich größer als Patienten, die sich vor kurzem einem chirurgischen Eingriff hatten unterziehen müssen.

Die Befundlage weist eindeutig in die Richtung, daß die Überzeugung, der Krankheitsverlauf sei durch eigenes Zutun positiv zu beeinflussen, sich günstig auf die affektive Befindlichkeit und den Genesungsverlauf (vgl. Frey, 1992) auswirkt. Querschnittsstudien können jedoch nicht die Frage beantworten, ob nicht auch ein umgekehrter Zusammenhang dergestalt besteht, daß die Wahrnehmung von Kontrolle über die Krankheit durch eine positive Befindlichkeit begünstigt wird. Taylor, Helgeson, Reed und Skokan (1991) sind dieser Frage in einer Längsschnittstudie an Herzinfarktpatienten nachgegangen. In Strukturgleichungsmodellen konnten sie belegen, daß Gefühle der Angst und Niedergeschlagenheit durch die Überzeugung, die Krankheit selbst beeinflussen zu können, reduziert wurden; die Vermutung, hohe Ängstlichkeit und Depressivität könnten zu einer geringen internale Kontrollüberzeugung beitragen, fand hingegen keine Bestätigung. Während sich eine hohe personale Kontrolle also in der Regel positiv auf die Krankheitsanpassung auswirkt, scheint die Zuschreibung **stellvertretender Kontrolle** an andere Personen, wie Ärzte, je nach Prognose unterschiedliche Effekte zu haben. AIDS- und Krebspatienten, die eine **schlechte** Prognose hatten, erwiesen sich in der Studie von Taylor et al. (1991) als deutlich hoffnungsloser und affektiv belasteter, wenn sie der Ansicht waren, andere Personen hätten in hohem Maße Kontrolle über den weiteren Krankheitsverlauf. Die Zuschreibung von Kontrolle an andere ging nur bei weiblichen Krebspatienten mit **günstiger** Prognose mit einer guten Krankheitsanpassung einher. Die Wahrnehmung von Kontrolle scheint demnach nur dann adaptiv zu sein, wenn der weitere Krankheitsverlauf auch objektiv beeinflussbar ist. Ist der Krankheitsprozeß jedoch bereits soweit fortgeschritten, daß der weitere Verlauf kaum beeinflussbar ist, erweist sich ein Festhalten an stellvertretender Kontrolle für die weitere Krankheitsanpassung als ungünstig.

Daß Annahmen zu Verlauf und Kontrollierbarkeit körperlicher Erkrankungen auch in hohem Maße kulturabhängig und „tradiert“ sind, legen die an Krebspatientinnen gewonnenen Befunde von Baider und Sarell (1983; vgl. auch Payer, 1989) nahe. Innerhalb ihrer in Israel gewonnenen Stichprobe verglichen sie Patientinnen aus zwei Kulturkreisen (arabische versus westlich orientierte Frauen) hinsichtlich ihrer Kontrollwahrnehmungen. Während die westlich orientierten Frauen körperliche Vorgänge insgesamt als relativ kontrollierbar einschätzten und offenkundig auch versuchten, den Verlauf ihrer Krankheit durch eigenes Verhalten aktiv zu beeinflussen, standen die arabischen Frauen ihrer Krankheit eher hilflos gegenüber und nahmen deren Verlauf als eher unkontrollierbar und irreversibel wahr.

Nach wie vor fällt es schwer, die unterschiedlichen Untersuchungsergebnisse in Beziehung zueinander zu setzen, zumal oft eng umgrenzte Fragestellungen und unterschiedliche Krankheitsbilder Gegenstand der Studien waren. Hinzu kommt, daß einige besonders anwendungsrelevante Problembereiche - z. B. die Frage nach den zwischen Arzt und Patient divergierenden Vorstellungen bezüglich des Behandlungserfolgs und ihrer Auswirkungen auf die Compliance - kaum Beachtung gefunden haben.

Wahrnehmung von Risikofaktoren und der Glaube an die eigene Unverwundbarkeit

In den letzten Jahren hat sich das Forschungsinteresse zunehmend auch verlagert auf Möglichkeiten, gesundheitsbezogene Verhaltensweisen vorhersagen und erklären zu können, und die solchem Verhalten zugrunde liegenden Überzeugungssysteme im einzelnen zu analysieren. Beispielhaft hierfür läßt sich der Entwurf einer „sozial-kognitiven Theorie des Gesundheitsverhaltens“ von Fuchs, Hahn, Jerusalem, Leppin, Mittag und Schwarzer (1989) nennen.

Eine wichtige Rolle soll dabei der „Glaube an die eigene Unverwundbarkeit“ spielen, der als Element subjektiver Krankheitstheorien gefaßt die Überzeugung abbildet, daß das **eigene** Erkrankungsrisiko im Vergleich zu dem anderer Personen gering sei. Die Befundlage zu dem „unrealistischen Optimismus“, der sich im Glauben an die eigene Unverwundbarkeit bei vielen Menschen niederschlagen soll, ist relativ konsistent, nicht nur, was die subjektive Wahrscheinlichkeit anbelangt, mit negativen Ereignissen allgemein konfrontiert zu werden, sondern auch was die eigene Empfänglichkeit für Krankheiten betrifft (Colvin & Block, 1994; Weinstein, 1984, 1987; Verres, 1986). So schätzten beispielsweise in der Studie von Verres (1986) 81 Prozent der Befragten das Krebsrisiko in der Allgemeinbevölkerung als „ziemlich hoch“ oder „sehr hoch“ ein, während nur 24 Prozent eine solche Einschätzung des eigenen Erkrankungsrisikos abgaben. Diese Diskrepanz, die durch enge zeitliche Abfolge beider Einschätzungen im Rahmen des Interviews hätte besonders offenkundig werden müssen, wurde nur von wenigen Befragten als solche auch erkannt bzw. angesprochen. Dies könnte man als Beleg dafür werten, daß subjektive Krankheitstheorien keineswegs den Anforderungen logischer Konsistenz genügen müssen und Verstöße gegen die „Widerspruchsfreiheit“ durchaus akzeptiert werden - allerdings wurde dieser Aspekt in der Untersuchung von Verres (1986) nicht weiter verfolgt.

Wohl aber gibt es hierzu Evidenz aus vier Studien, die Weinstein (1984) an College-Studenten durchführte. Diese hatten einzuschätzen, in welchem Ausmaß sie ihre Gesundheit durch verschiedene Krankheiten bedroht sehen und wie sie im Vergleich dazu diese Bedrohung für ihre gleichgeschlechtlichen Kommilitonen einschätzen. Zudem sollten alle Einschätzungen begründet werden; die über ein offenes Antwortformat erhaltenen Aussagen wurden anschließend folgenden fünf Risikofaktoren zugeordnet: (1) Individuelle Verhaltensweisen, (2) Vererbung, (3)

körperliche Besonderheiten, (4) Umweltfaktoren und (5) psychische Besonderheiten. Zunächst zeigte sich, daß die Studenten - erwartungsgemäß - ihre eigene Gesundheit für weniger gefährdet hielten als die ihrer Kommilitonen, daß sie allerdings Risikofaktoren, denen sie sich ausgesetzt sehen, nicht durchgängig „optimistisch verzerrt“ wahrnahmen. So wurden erblichkeitsbedingte wie auch umweltseitige Risikofaktoren in ihrer Bedeutung für die eigene Person gleich eingeschätzt wie für andere Personen. Hingegen sahen die Probanden vor allem in eigenen Verhaltensweisen und psychischen Besonderheiten Merkmale, hinsichtlich derer sie sich subjektiv von ihren Kommilitonen deutlich unterschieden und denen sie eine besondere Bedeutung im Sinne der Vermeidbarkeit von Krankheiten zuschrieben. Offenbar werden insbesondere solche Risikofaktoren „unrealistisch optimistisch“ verzerrt wahrgenommen, die internal lokalisiert und kontrollierbar sind (auch Weinstein, 1987).

Daß auch die Bewertung von Krankheitsanzeichen motivational bedingten Verzerrungen unterliegen kann, konnten Ditto, Jemmott und Darley (1988) belegen. Bei einer Stichprobe von 72 Studenten war eine Speichelprobe genommen und auf einen fiktiven Risikofaktor für eine Bauchspeicheldrüsenerkrankung hin untersucht worden. Jeweils die Hälfte der Probanden erhielt die Information, daß der Test bei ihnen einen positiven resp. negativen Befund erbracht hätte. Zudem wurde jede der beiden Gruppen noch einmal dahingehend unterteilt, daß einer Hälfte gesagt wurde, es gebe einfache therapeutische Maßnahmen gegen diese Krankheit, während die andere keinerlei Angaben über etwaige Behandlungsmöglichkeiten erhielt. Von Interesse war nun, inwieweit die Probanden die Testergebnisse der Speichelprobe in Zweifel zogen. Probanden mit einem positiven Testergebnis, insbesondere die in Unkenntnis über therapeutische Maßnahmen belassen worden waren, neigten von allen Gruppen am ehesten zu „defensiven“ Einschätzungen: Einerseits schätzten sie die Fehlerwahrscheinlichkeit des Testverfahrens höher ein als Studenten mit einem negativen Befund; andererseits schrieben sie dem (scheinbar) diagnostizierten Risikofaktor eine geringere Bedeutung für den Krankheitsausbruch zu; schließlich schätzten sie eine Bauchspeicheldrüsenerkrankung insgesamt als weniger lebensbedrohlich ein als die anderen Gruppen. Gleichzeitig ließen sie aber auch ein höheres Informationsbedürfnis hinsichtlich der Krankheit und des Risikofaktors erkennen, so daß die beobachtbaren Versuche, die eigene Bedrohung abzuwehren oder zu reduzieren, nicht im Sinne von „Verleugnung“ interpretiert werden sollten. Diese und eine Reihe anderer Befunde sprechen dafür, daß der Glaube an die eigene Unverwundbarkeit eine nur begrenzte Rationalität im subjektiven Theoretisieren des Alltagsmenschen widerspiegelt.

Neben Versuchen, den Glauben an die eigene Verwundbarkeit als Phänomen darzustellen, treten zunehmend auch solche, individuelle Unterschiede in diesen Überzeugungen zu erhellen. Eine Frage war z. B., welche Rolle die Vorerfahrung mit negativen Lebensereignissen allgemein oder mit eigenen Krankheiten im besonderen für diesbezügliche Unterschiede spielt. Perloff und Fetzer (1986) fanden, daß Personen, die in ihrem Leben bislang mit keinen einschneidenden negativen Ereignissen konfrontiert waren, sich in besonderem Maße als „unverwundbar“ wahrnehmen. Umgekehrt schätzen kranke Menschen das Risiko weiterer Erkrankungen in der Zukunft für sich ähnlich hoch ein wie für andere Menschen und zeigen somit eine geringere Tendenz zu „unrealistischem Optimismus“ als Gesunde. Allerdings nehmen

sie sich als gleichermaßen „unverwundbar“ wahr, wie dies auch Gesunde tun, was die Eintrittswahrscheinlichkeit anderer (d. h. nicht krankheitsbezogener) negativer Lebensereignisse anbelangt (z. B. Kulik & Mahler, 1987).

Obschon also - wie eingangs erwähnt - die Befundlage zu diesem Element subjektiver Krankheitstheorien recht einhellig ist, ist sein Wert in der Prognose gesundheitsbezogenen Verhaltens noch weit weniger gesichert. So scheint selbst die Wahrnehmung eines hohen eigenen Krebsrisikos nicht mit einer tatsächlichen Inanspruchnahme von Früherkennungsmaßnahmen einherzugehen (Verres, 1986); vielmehr scheint deren Akzeptanz starker von einem allgemeinen Vertrauen in die Medizin und/oder einer guten Beziehung zum Arzt abhängig zu sein. Offenbar gilt es auch, komplexere Wirkungszusammenhänge anzunehmen, als sie in der bisherigen Forschung berücksichtigt wurden.

Krankheitsbezogene Vorstellungsbilder und Assoziationen

Relativ große Aufmerksamkeit wurde bislang der Frage gewidmet, wie krankheitsbezogenes Wissen repräsentiert ist und welche assoziativen und konnotativen Bezüge einzelne Krankheitsbilder aufweisen. Dabei kann man davon ausgehen, daß subjektive Krankheitstheorien nicht nur im Zuge aktiver Such- und Konstruktionsprozesse aufgebaut werden, wie sie sich z. B. in Ursachenzuschreibungen oder Sinndeutungen manifestieren; vielmehr gibt es auch immer bereits (Vor)Wissen über die verschiedenen Krankheiten, das den unterschiedlichsten Quellen entstammt und entsprechend repräsentiert ist. So schlagen Leventhal und Nerenz (1983) eine schematheoretische Rekonstruktion krankheitsbezogener Vorstellungen vor. Schemata sollen die Wahrnehmung und Interpretation krankheitsbezogener Informationen im allgemeinen wie auch propriozeptiver Reize im besonderen steuern. Sie sollen sowohl konkrete sensorische Muster (z.B. brennender Schmerz, unbekannte Verhärtung) als auch abstrakte Bezeichnungen hierfür (z. B. Magengeschwür, Krebs) enthalten und eine rasche „schemakongruente“ Symptomwahrnehmung ermöglichen. Ähnlich argumentieren auch Bishop und Converse (1986) auf der Grundlage des Prototypenansatzes, und sie konnten nachweisen, daß enge Verknüpfungen zwischen körperinternen Sensationen und Krankheitsbegriffen bestehen, die eine rasche Zuordnung des prototypischen Symptoms zu der entsprechenden Krankheit erlauben.

Gerade die mit Krebserkrankungen verknüpften Bilder und Vorstellungen waren in der jüngeren Vergangenheit Gegenstand einer Reihe von Analysen. Die Arbeiten von Domheim (1983) und Sontag (1981) etwa galten der „Metaphorik“ von Krankheiten und der Analyse kultureller Determinanten von Krankheitsbildern und ihrer soziohistorischen Hintergründe. Auch die von Viney (1983) vorgelegte Monographie (*„Images of Illness“*) stellt den Versuch dar, in einem allgemeineren Rahmen die Metaphorik von Krankheitsbildern und die affektive Tönung krankheitsbezogener Vorstellungen auf der Grundlage vorwiegend kasuistischen Materials herauszuarbeiten.

Viele einschlägige Arbeiten haben sich - wie erwähnt - mit Krebserkrankungen befaßt. In unserer eigenen Interviewstudie wurden die Patienten u. a. nach jenen krankheitsbezogenen Assoziationen gefragt, die ihnen im Anschluß an die Eröffnung der Krebsdiagnose durch den Kopf gegangen sind. „Schock“ und die Virulenz bedrohlicher Bilder, in denen die Erkrankung einem Todesurteil gleichgesetzt wurde, aber auch Sorge um die eigene Familie, kennzeichnen in der Retrospektive diese Phase. Die krankheitsbezogenen Vorstellungen wandeln sich jedoch mit zunehmender Krankheitsdauer. Während Schock und Krebs als Todesurteil eher einmalige Reaktionen im Umfeld der Diagnoseeröffnung sind, berichteten die Patienten, daß im Laufe der Zeit die Gedanken vor allem um Bewältigungsmöglichkeiten kreisen und die Angst vor einer Rezidivbildung sowie das Gefühl der Unsicherheit breiten Raum einnehmen.

Diese negativ getönten Erfahrungen der Patienten spiegeln sich auch in den Vorstellungen wider, die Nichtbetroffene über Krebs haben. Krebs wird als eine der schlimmsten, wenn nicht sogar als die schlimmste Erkrankung angesehen (Domheim, 1983; Homung, 1986; Verres, 1986). Über ein solches negativ getöntes Konzept verfügen bereits 12jährige Schüler (Michielutte & Diseker, 1982) wie auch **Ärzte** (Geißler & Bischoff, 1989). Die Metaphorik der Krebserkrankung ist gekennzeichnet durch „Tod“, „Unberechenbarkeit“ und „Grausamkeit“. Angst vor der Begegnung mit Krebskranken sowie mehr oder minder artikulierte Ansteckungsphantasien sind häufig anzutreffen (Lerch, Kramer & Muthny, 1993). Vor diesem Hintergrund überrascht es auch nicht, daß viele Menschen eine ausgeprägte soziale Distanz zu Krebskranken einnehmen (Dunkel-Scheuer, 1984).

Welche Einstellungen Krebspatienten gegenüber ausgebildet werden, dürfte auch von der persönlichen Betroffenheit und den konkreten Interaktionserfahrungen mit Krebspatienten abhängen. Hypothesen und Modellannahmen hierzu hat Berrenberg (1989) formuliert. Geht man davon aus, daß Kontakt Vertrautheit erzeugt, so sollten Furcht und die Zuschreibung negativer Merkmale an Patienten reduziert werden. Von daher sollten Einstellungen gegenüber Krebspatienten umso positiver sein, je mehr Erfahrung mit Krebserkrankungen resp. Kontakt zu Krebskranken vorliegt (**„Vertrautheitsmodell“**). Dem stellte die Autorin ein **„Vulnerabilitätsmodell“** gegenüber, das voraussagt, daß ein hohes Maß an Kontakt mit Krebspatienten die mit der Erkrankung verbundenen Bürden vor Augen führt und auch den Glauben an die eigene Unverwundbarkeit erschüttert. Insofern sollten Einstellungen zu Krebs mit steigender Kontaktdichte und -nähe negativer werden. In einem drittem Modell (**„dual process model“**) wird schließlich angenommen, daß diejenigen Personen, die die meiste Erfahrung mit Krebserkrankungen haben, d. h. die selbst betroffen sind (oder waren), die positivsten Einstellungen haben sollten. Begründet wird dies damit, daß für Patienten die Krebserkrankung weniger „geheimnisumwittert“ sei und daß die eigene Erfahrung manche der negativen Stereotypisierungen „widerlegt“ habe. Demgegenüber sollten Personen mit mittleren Graden der Betroffenheit, etwa Angehörige, die negativsten Einstellungen zu Krebs aufweisen. Der Umgang mit kranken Menschen soll auf Dauer für das nahe Umfeld aversiv sein und zu (uneingestandener) sozialer Ablehnung führen, da wiederholte Versuche, den Kranken aufzuheitern oder „zu heilen“ fehlgeschlagen seien.

Unterschiede in krankheitsbezogenen Vorstellungsbildern in Abhängigkeit von der persönlichen Betroffenheit haben wir in einer Fragebogenstudie an Angehörigen von Krebspatienten, Nicht-Betroffenen und Angehörigen des medizinischen Personals (Aymanns & Filipp, im Druck) untersucht. Den Probanden wurden Aussagen über Merkmale von Krebspatienten vorgelegt, die entweder eine idealisierende Sicht (Beispielitem: „Krebspatienten muß man dafür bewundern, wie sie mit ihrem Schicksal leben“) oder eine viktimisierende Sicht von Patienten beinhalteten (Beispielitem: „Krebspatienten wirken meist verstimmt und niedergeschlagen“). Die Befunde sprechen mit Blick auf die Angehörigen eher für das Vertrautheitsmodell, da diese die „positivsten“ Einstellungen gegenüber Krebspatienten aufwiesen. Die Erfahrungen in der Familie haben offensichtlich nicht zu abwertenden oder die Interaktionen beeinträchtigenden Einstellungen geführt. Hingegen scheint auf Pflegekräfte eher das Vulnerabilitätsmodell zuzutreffen: im Gruppenvergleich betonten diese deutlich stärker die dysphorische Gestimmtheit und sahen deutlich mehr Probleme im Umgang mit den Patienten. Es wäre jedoch verfehlt, dies als Zeichen der Ablehnung von Krebspatienten durch Pflegekräfte zu werten; vielmehr durften hier die spezifischen Interaktionserfahrungen im Kontext der zumeist belastenden medizinischen Behandlung zum Ausdruck kommen.

Von besonderem Interesse ist, inwieweit sich derartige Vorstellungsbilder tatsächlich auf die Interaktion mit Krebspatienten auswirken. Bislang liegen u. W. keine Untersuchungen vor, die dieser Frage direkt nachgegangen sind. Es finden sich in unserer Studie jedoch Hinweise darauf, daß Vorstellungsbilder über Krebspatienten in engem Zusammenhang mit subjektiven Theorieelementen stehen, die den angemessenen Umgang mit dem Patienten betreffen (Aymanns & Filipp, im Druck). So wurde beispielsweise die Annahme, man solle Krebspatienten gegenüber die Bedrohung der Erkrankung herunterspielen und das Gespräch über die Krankheit vermeiden, vor allem von solchen Personen vertreten, die eine viktimisierende Perspektive einnahmen und die der Ansicht waren, Krebspatienten selbst sollten einen bedrohungsabwehrenden Umgang mit der Krankheit zeigen. Der Frage nach der Interaktionsrelevanz einzelner Elemente subjektiver Krankheitstheorien sollte in künftigen Studien vermehrt Aufmerksamkeit geschenkt werden.

Abschließende methodische Überlegungen

Wie die vorangehenden Ausführungen zeigen, waren die bisherigen Arbeiten vorwiegend ausgerichtet auf **die** Analyse der **Inhalte** subjektiver Krankheitstheorien (die zudem einer relativ partikularistischen Betrachtung unterzogen wurden). Fragen nach der **strukturellen Verknüpfung** von Elementen subjektiver Krankheitstheorien sind demgegenüber eher selten gestellt worden, was sicher auch auf erhebungsmethodische Probleme zurückzuführen ist. Mit der Einführung der „Heidelberger Struktur-Lege-Technik“ (Scheele & Groeben, 1984) liegt allerdings ein dem Forschungsgegenstand „subjektive Theorien“ angemessenes Erhebungsinstrument vor, welches der Erfassung eben jener strukturellen Aspekte subjektiver Theorien dienen soll. Dieses Verfahren

wurde auch hinsichtlich seiner Anwendbarkeit in der Rekonstruktion subjektiver Krankheitstheorien bei Patienten mit chronischer Pankreatitis (Wagner, 1995) sowie bei Krebspatienten und ihren Ehepartnern eingesetzt (Schwab, Filipp & Aymanns, 1991). Es soll hier abschließend illustriert werden, daß dieses Verfahren Einsichten in Inhalt **und** Struktur subjektiver Krankheitstheorien liefern kann, die mittels der üblichen Erhebungsmethoden oft nicht zu gewinnen sind.

Zunächst einmal zeigen die Befunde, daß Konzepte der **Multikausalität** resp. multifaktoriellen Bedingtheit in subjektiven Krankheitstheorien eine große Rolle spielen. Interessanterweise ist dabei die in attributions- und kontrolltheoretischen Ansätzen ja so zentrale Dimension der „Internalität versus Externalität“ im subjektiv-theoretischen Denken der Untersuchungsteilnehmer weit weniger klar artikuliert, als dies in den genannten Ansätzen betont wird. „Extemale“ und „internale“ Ursachenannahmen stehen oft gleichgewichtig nebeneinander, und die Zuordnung eines Ursachenfaktors zu einem der beiden Pole wird meist nur dann möglich, wenn man das komplexe Gefüge weiterer subjektiv-theoretischer Annahmen einbezieht.

Auch ist in den herkömmlichen Attributionsstudien völlig außer acht geblieben, daß subjektive Krankheitstheorien klar explizierte, zeitlich und hierarchisch gestaffelte **Ursachenketten** enthalten und daß die Befragten klar differenzieren etwa zwischen Ursachen für die Entstehung der Krebserkrankung allgemein und zwischen Ursachen die wirksam waren dafür, daß die Krankheit zu dem betreffenden **Zeitpunkt** ausgebrochen ist. Schließlich vollziehen Krebskranke eine klare Trennung zwischen den Ursachenfaktoren, die sich auf die Entstehung der Erkrankung selbst beziehen, und Ursachenfaktoren dafür, daß die Krankheit bestimmte **Folgen** zeitigt.

Diese kursorischen Ausführungen sollen verdeutlichen, daß die Frage der Erhebungsmethodik, die hier aus Raumgründen kaum problematisiert werden konnte, eine wichtige Rolle spielt und daß wir - gerade am Beginn eines Forschungsprogramms - unser Verständnis von „subjektiven Krankheitstheorien“ sicher sehr erweitern würden, wenn wir uns der **Vielfalt** der Erhebungsmethoden bedienen. Wenn die Annahme Gültigkeit behalten soll, daß die Kenntnis subjektiver Krankheitstheorien von hohem Wert im Umgang mit Kranken ist, dann müssen wir den Betroffenen die Gelegenheit geben, ihre Theorien zu elaborieren und uns bemühen, durch interpretatives Verstehen der Innensicht unserer „Erkenntnisobjekte“ diesem Forschungsgegenstand besser gerecht zu werden.

Literatur

- Affleck, G., Tennen, H., Croog, S. & Levine, S. (1987). Causal attribution, perceived benefits, and morbidity after a heart attack: **An 8-year study**. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *55*, 29-35.
- Aymanns, P. (1992). **Krebserkrankung und Familie. Zur Rolle familialer Unterstützung im Prozeß der Krankheitsbewältigung**. Bern: Huber.
- Aymanns, P. & Filipp, S.-H. (im Druck). Soziale Wahrnehmungsprozesse als Vorläufer sozialer Unterstützung. In U. Koch & J. Weiss (Hg.), **Rehabilitation von Krebskranken**. Schattauer.

- Baider, L. & Sarell, M. (1983). Perceptions and causal attributions of Israeli women with breast cancer concerning their illness: The effects of ethnicity and religiosity. *Psychotherapy and Psychosomatics*, **39**, 136-143.
- Berrenberg, J.L. (1989). Attitudes towards cancer as a function of experience with the disease: A test of three models. *Psychology and Health*, **3**, 233-243.
- Bird, E. & Podmore, V. (1990). Children's understanding of health and illness. *Psychology and Health*, **4**, 174-185.
- Bishop, G.D. (1991). Understanding the understanding of illness: Lay disease representations. In J.A. Skelton & R.T. Croyle (Eds.), *Mental representation in health and illness* (pp. 32-59). New York: Springer.
- Bishop, G.D. & Converse, S.A. (1986). Illness representations: A prototype approach. *Health Psychology*, **5**, 95-114.
- Brewin, C.R. (1988). Explanation and adaptation in adversity. In S. Fisher & J. Reason (Eds.), *Handbook of life stress, cognition and health* (pp. 423-439). Chichester, NY: Wiley.
- Brown, J.D. (1991). Accuracy and bias in self-knowledge. In C.R. Snyder & D.R. Forsyth (Eds.), *Handbook of social and clinical psychology. The health perspective* (pp. 158-179). New York: Pergamon.
- Bulman, R.J. & Wortman, C.B. (1977). Attribution of blame and coping in the 'real world': Severe accident victims react to their lot. *Journal of Personality and Social Psychology*, **35**, 351-363.
- Colvin, C.R. & Block, J. (1994). Do positive illusions foster mental health? An examination of the Taylor and Brown formulation. *Psychological Bulletin*, **116**, 3-20.
- Cape, H., David, A. & Mami, A. (1994). „Maybe it's a virus?": Beliefs about viruses, Symptom attributional style and psychological health. *Journal of Psychosomatic Research*, **38**, 89-98.
- Curbow, B., Andrews, R.M. & Burke, T.A. (1986). Perceptions of the cancer patient: Causal explanations and personal attributions. *Journal of Psychosocial Oncology*, **4**, 115-134.
- Darm, H.D. (1983). Subjektive Theorien: Irrweg oder Forschungsprogramm? Zwischenbilanz eines kognitiven Konstrukts. In L. Montada, K. Reusser & G. Steiner (Hg.), *Kognition und Handeln* (S. 77-92). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Dann, H.D. (1991). Subjektive Theorien zum Wohlbefinden. In A. Abele & P. Becker (Hg.), *Wohlbefinden* (S. 97-117). Weinheim: Juventa.
- Ditto, P.H., Jemmott, J.B. & Darley, J.M. (1988). Appraising the threat of illness: A mental representational approach. *Health Psychology*, **7**, 183-201.
- Domheim, J. (1983). *Kranksein im dörflichen Alltag. Soziakulturelle Aspekte im Umgang mit Krebs*. Tübingen: Tübinger Vereinigung für Volkskunde e.V.
- Dunkel-Schetter, C. (1984). Social support and cancer: Findings based on patient interviews and their implications. *Journal of Social Issues*, **40**, 77-98.
- Eiser, C. (1989). Children's concepts of illness: Towards an alternative to the „stage“ approach. *Psychology and Health*, **3**, 93-101.
- Epstein, S. (1973). The self-concept revisited: A theory of a theory. *American Psychologist*, **28**, 404-416.
- Fening, D. (1987). *Krankheit als Krise des Erwachsenenalters. Zur Rolle wahrgenommener Kausalität und Kontrolle in der Befindlichkeitsregulation*. Regensburg: Roderer.
- Fening, D. & Filipp, S.-H. (1995). Kontrollüberzeugungen und subjektives Wohlbefinden: Ein Vergleich von vier Stichproben mit unterschiedlicher Betroffenheit durch eine Krebserkrankung. In M. Lasar (Hg.), *Wille und Kognition bei chronischer Erkrankung. Ein interdisziplinärer Austausch* (S. 26-41). Würzburg: Königshausen & Neumann.

- Filipp, S.-H. (1992). Could it be worse? The diagnosis of cancer as a prototype of traumatic life events. In L. Montada, S.-H. Filipp & M.J. Lerner (Eds.), **Life crises and experiences of loss in adulthood** (pp. 23-56). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Filipp, S.-H. & Aymanns, P. (1996). Bewältigungsstrategien (Coping). In R.H. Adler, J.M. Herrmann, O.W. Schonecke, T. von Uexküll & W. Wesiak (Eds.), **Psychosomatische Medizin** (5. Aufl.) (S. 277-290). München: Urban & Schwatzenberg.
- Filipp, S.-H., Klauer, T. & Ferring, D. (1992). Self-focused attention in the face of adversity and threat. In H.W. Krohne (Ed.), **Attention und avoidance** (pp. 267-294). Toronto: Hogrefe & Huber.
- Flick, U. (1991). **Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Subjektive Theorien und soziale Repräsentationen**. Heidelberg: Asanger.
- Frey, D. (1992). Psychological factors related to the recuperation of accident victims. In L. Montada, S.-H. Filipp & M.J. Lerner (Eds.), **Life crises and experiences of loss in adulthood** (pp. 57-63). Hillsdale: Erlbaum.
- Fuchs, R., Hahn, A., Jerusalem, M., Leppin, A., Mittag, W. & Schwarzer, R. (1989). **Auf dem Weg zu einer sozialkognitiven Theorie des Gesundheitsverhaltens** (Arbeitsberichte des Instituts für Psychologie Nr. 11). Berlin: Freie Universität Berlin.
- Funke, U. (1989). Effekte einer therapeutischen Modifikation subjektiver Krankheitsursachen und Kontrollannahmen am Beispiel Migräne. In C. Bischoff & H. Zenz (Hg.), **Patientenkonzepte von Körper und Krankheit** (S. 172-185). Bern: Huber.
- Geißler, R. & Bischoff, C. (1989). Einstellung von Allgemeinärzten zu Krebspatienten und zur Krebserkrankung. In C. Bischoff & H. Zenz (Hg.), **Patientenkonzepte von Körper und Krankheit** (S. 134-147). Bern: Huber.
- Gotay, C.C. (1985). Why me? Attributions and adjustment by cancer patients and their mates at two stages in the disease process. **Social Science and Medicine**, **20**, 825-831.
- Groeben, N. & Scheele, B. (1977). **Argumente für eine Psychologie des reflektiven Subjekts**. Darmstadt: Steinkopff.
- Groeben, N., Wahl, D., Schlee, J. & Scheele, B. (1988). **Das Forschungsprogramm Subjektive Theorien. Eine Einführung in die Psychologie des reflexiven Subjekts**. Tübingen: Francke.
- Hasenbring, M. (1989). Laienhafte Ursachenvorstellungen und Erwartungen zur Beeinflussbarkeit einer Krebserkrankung - erste Ergebnisse einer Studie an Krebspatienten. In C. Bischoff & H. Zenz (Hg.), **Patientenkonzepte von Körper und Krankheit** (S. 25-37). Bern: Huber.
- Heckhausen, J., Dixon, R. & Baltes, P.B. (1989). Gains and losses in development throughout adulthood as perceived by different adult age groups. **Developmental Psychology**, **25**, 109-121.
- Heider, F. (1958). **The psychology of interpersonal relations**. New York: Wiley.
- Hofer, M. (1975). Die Validität der impliziten Persönlichkeitstheorie. **Unterrichtswissenschaft**, **2**, 5-19.
- Hornung, R. (1986). **Krebs: Wissen, Einstellung und präventives Verhalten der Bevölkerung: Psychosoziale Determinanten der Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen**. Bern: Huber.
- Hornung, R., Helminger, A. & Hättich, A. (1994). **Aids im Bewußtsein der Bevölkerung. Stigmatisierungs- und Diskriminierungstendenzen gegenüber Menschen mit HIV und Aids**. Bern: Stämpfli.
- Klauer, T. (1994). **Veränderungserleben und Krankheitsbewältigung: Eine Studie kognitiver Adaptation**. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Forschung.

- Kruglanski, A.W. (1979). Causal explanation, teleological explanation: On radical particularism in attribution theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, **37**, 1447-1457.
- Kulik, J.A. & Mahler, H.I.M. (1987). Health Status, perceptions of risk, and prevention interest for health and non health Problems. *Health Psychology*, **6**, 15-27.
- Lau, R.R., Bernard, T.M. & Hartman, K.A. (1989). Further explorations of common-sense representations of common **illnesses**. *Health Psychology*, **8**, 195-219.
- Laucken, U. (1974). *Naive Verhaltenstheorie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Lerch, J., Kramer, P. & Muthny, F.A. (1993). Krebs - ein soziales Stigma? Einstellungen und Phantasien zu Krebs bei Gesunden. In F.A. Muthny & G. Haag (Hg.), *Onkologie im psychosozialen Kontext* (S. 305-322). Heidelberg: Asanger.
- Leventhal, H., Meyer, D. & Nerenz, D.R. (1980). The common sense representation of illness danger. In S. Rachman (Ed.), *Contributions to medical psychology* (Vol. 2, pp. 7-30). New York: Pergamon.
- Leventhal, H. & Nerenz, D.R. (1983). A model for stress research with some implications for the control of stress disorders. In D. Meichenbaum & M.E. Jaremko (Eds.), *Stress inoculation and prevention* (pp. 5-38). New York: Guilford.
- Meier, P. (1992). *Sinnsuche und Sinnfindung im Umfeld eines kritischen Lebensereignisses*. Regensburg: Roderer.
- Michela, J.L. & Wood, J.V. (1986). Causal attributions in health and illness. In P. Kendall (Ed.), *Advances in cognitive behavioral research and therapy* (Vol. 5, pp. 170-235). New York: Academic Press.
- Michielutte, R. & Diseker, R.A. (1982). Racial differences in knowledge of cancer: A pilot study. *Social Science and Medicine*, **16**, 245-252.
- Murray, M. (1990). Lay representations of illness. In P. Bennett, J. Weinman & P. Spurgeon (Eds.), *Current developments in health psychology* (pp. 63-92). London: Harwood Academic Publishers.
- Muthny, F.A., Bechtel, M. & Spaete, M. (1992). Laienätiologien und Krankheitsverarbeitung bei schweren körperlichen Erkrankungen - Eine empirische Vergleichsstudie mit Herzinfarkt-, Krebs-, Dialyse- und MS-Patientinnen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, **42**, 41-53.
- Nerenz, D.R. & Leventhal, H. (1983). Self-regulation theory in chronic illness. In T.G. Burish & L.A. Bradley (Eds.), *Coping with chronic illness* (pp. 13-37). New York: Academic Press.
- Nisbett, R.E. & Wilson, T.D. (1977). Telling more than we can know: Verbal reports on mental processes. *Psychological Review*, **84**, 231-259.
- Payer, L. (1989). *Andere Länder, andere Leiden*. Frankfurt: Campus.
- Perloff, L.S. & Fetzer, B.K. (1986). Self-other judgments and perceived vulnerability to victimization. *Journal of Personality and Social Psychology*, **50**, 502-510.
- Scheele, B. & Groeben, N. (1984). *Die Heidelberger Struktur-Lege-Technik*. Weinheim: Beltz.
- Scheele, B. & Groeben, N. (1988). *Dialog-Konsens-Methoden zur Rekonstruktion subjektiver Theorien*. Tübingen: Francke.
- Schmidt, A. & Lehmkuhl, G. (1994). Krankheitskonzepte bei Kindern. Eine Literaturübersicht. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie*, **62**, 50-65.
- Schwab, A., Filipp, S.-H. & Aymanns, P. (1991). *Erfassung subjektiver Krankheitstheorien mittels der Heidelberger-Strukturlegetechnik* (Berichte aus dem Forschungsprojekt „Psychologie der Krankheitsbewältigung“ Nr. 30). Trier: Universität Trier, Fachbereich I - Psychologie.

- Shaver, K.G. (1985). *The attribution of blame: Causality, responsibility, and blame worthiness*. New York: Springer.
- Silver, R.L., Boon, C. & Stones, M.H. (1983). Searching for meaning in misfortune: Making sense of incest. *Journal of Social Issues*, **39**, 81-102.
- Sontag, S. (1981). *Krankheit als Metapher*. Frankfurt: Fischer.
- Strack, F., Argyle, M. & Schwarz, N. (Eds.). (1991). *Subjective well-being. An interdisciplinary perspective*. New York: Pergamon.
- Taylor, S.E. (1983). Adjustment to threatening events. A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, **38**, 1161-1173.
- Taylor, S.E. & Brown, J.D. (1988). Illusion and well-being: A social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin*, **103**, 193-210.
- Taylor, S.E., Helgeson, V.S., Reed, G.M. & Skokan, L.A. (1991). Self-generated feelings of control and adjustment to physical illness. *Journal of Social Issues*, **47**, 91-109.
- Taylor, S.E., Lichtman, R.R. & Wood, J.V. (1984). Attributions, beliefs about control, and adjustment to breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, **46**, 489-502.
- tenKroode, H., Oosterwijk, M. & Steverink, N. (1989). Three conflicts as a result of causal attributions. *Social Science in Medicine*, **28**, 93-97.
- Turk, D.C., Rudy, T.E. & Salovey, P. (1986). Implicit models of illness. *Journal of Behavioral Medicine*, **9**, 453-474.
- Turnquist, D.C., Harvey, J.H. & Anderson, B.L. (1988). Attributions and adjustment to life-threatening illness. *British Journal of Clinical Psychology*, **27**, 55-65.
- Verres, R. (1986). *Krebs und Angst. Subjektive Theorien von Laien über Entstehung, Vorsorge, Früherkennung, Behandlung und die psychosozialen Folgen von Krebserkrankungen*. Berlin: Springer.
- Viney, L.L. (1983). *Images of illness*. Malabar, FL: Krieger.
- Wagner, R.F. (1995). *Kontrollüberzeugungen bei chronischer Pankreatitis. Das Forschungsprogramm Subjektive Theorien und klassische Fragebogenforschung im Vergleich*. Münster: Aschendorf.
- Weiner, B. (1985). „Spontaneous“ causal thinking. *Psychological Bulletin*, **97**, 74-84.
- Weinstein, N.D. (1984). Why it won't happen to me: Perception of risk factors and susceptibility. *Health Psychology*, **3**, 431-457.
- Weinstein, N.D. (1987). Unrealistic optimism about susceptibility to health problems: Conclusions from a community-wide sample. *Journal of Behavioral Medicine*, **10**, 481-500.