

# Subjektive Gesundheitsvorstellungen

Jürgen Bengel und Martina Belz-Merk

Die Definition von Gesundheit und Krankheit vollzieht sich im Spannungsfeld von gesellschaftlichem Kontext, medizinischem bzw. psychosozialem Gesundheitssystem (Expertensystem) und individueller Befindlichkeit, Symptomaufmerksamkeit und sozialem Umfeld (Laiensystem). Innerhalb des medizinischen Systems sind die Mehrzahl der Expertendefinitionen von Gesundheit Negativbestimmungen; sie verstehen Gesundheit als Abwesenheit bzw. Freisein von Krankheit und verschieben das Problem auf die Definition von Krankheit. Allen Definitionsversuchen und Begriffs-erklärungen gemeinsam ist die Schwierigkeit einer Grenzziehung zwischen Normalem und Anormalem, zwischen Gesundem und Krankem. Die vielzitierte Definition der Weltgesundheitsorganisation ist ein Versuch, Gesundheit positiv zu bestimmen und nicht nur individuelle, körperliche und psychische Dimensionen, sondern auch die sozialen Bedingungen in ihrem Einfluß auf den Gesundheitsstatus zu berücksichtigen (WHO, 1946). Dieses ganzheitliche Gesundheitsideal impliziert das Ziel einer umfassenden Versorgung, um den utopischen Zustand völligen Wohlbefindens zu erreichen. Das Konzept der Gesundheitsförderung der Weltgesundheitsorganisation erweitert diesen Anspruch, indem es Gesundheit zum übergreifenden und letztlich nicht definierbaren Konzept erklärt und sie zur Voraussetzung für das tägliche Leben und zum Ziel des menschlichen Daseins überhaupt macht (WHO, 1986).

Konsens besteht darüber, daß Gesundheit als ein mehrdimensionales Konzept beschrieben werden muß (vgl. auch Schorr, 1995). Körperliches Wohlbefinden (Fehlen von Beschwerden und Krankheitsanzeichen, positives Körpergefühl), psychisches Wohlbefinden (Freude und Glück, Zufriedenheit und Fehlen von Belastungen), Bewältigung von Lebensaufgaben und Erfüllung von Rollenerwartungen sowie Selbstverwirklichung und Sinnfindung sind mögliche unterscheidbare Kriterien einer Definition. Weitere Gliederungen unterscheiden nach Störungsfreiheit, Leistungsfähigkeit, Rollenerfüllung, Homöostase, Flexibilität, Anpassung und Wohlbefinden (Anderson, 1984, Franke, 1993). Im gesundheitlichen Versorgungssystem steht eine subjektive einer objektiven Definition gegenüber. (Reye, 1984). Bei der subjektiven Definition ist die eigene Einschätzung des Gesundheitszustandes im Mittelpunkt. Objektive Definitionen entstehen im Kontext einer medizinisch-klinischen Abklärung durch die Arzt-Patient-Interaktion. Die Entwicklung der modernen Medizin im 20. Jahrhundert hat dazu geführt, daß sogenannte Experten- und Laienvorstellungen von Gesundheit und Krankheit sich immer weiter auseinanderentwickelten (Schober & Lacroix, 1991). Eine vollständige, konsensfähige Definition von Gesundheit ist kaum zu erreichen. Gochman (1988) nennt dafür neben der Differenz von Laien- und Expertendefinitionen fünf weitere Gründe: Vielzahl der definierenden Disziplinen, Widersprüche innerhalb der Fächer, unterschiedliche definitorische Ebenen, verschiedene theoretische Grundannahmen und international unterschiedliche Gesundheits-

Versorgungssysteme. Gleichwohl müssen in einem ständigen Dialog zwischen und innerhalb von Philosophie, Medizin und Sozialwissenschaften definitorische Merkmale kommuniziert werden. Die impliziten und expliziten Definitionen haben einen bedeutenden Einfluß darauf, welche Maßnahmen und Verhaltensweisen als kurativ notwendig und gesundheitsförderlich erachtet werden und welche Einflußmöglichkeiten und Verantwortlichkeiten dem Individuum zugeschrieben werden. Sie determinieren, welche technologischen, professionellen, sozialen, kulturellen, ökonomischen und ökologischen Ressourcen als angemessen und notwendig für Wiederherstellung, Erhalt und Förderung von Gesundheit angesehen werden.

Das Lebensweisenkonzept und die Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation unterstützen die Idee der Gesundheitsförderung in Abkehr vom traditionellen, risikofaktorenbezogenen Modell der Gesundheitserziehung (Bengel & Stöbel, 1988; Franzkowiak & Sabo, 1993; WHO, 1982, 1986). Neben eine pathogenetisch-kurative Betrachtungsweise tritt ausgehend von Antonovsky (1979, 1987) eine salutogenetisch genannte Perspektive, die nach den Bedingungen gesunder Lebensführung, nach Protektivfaktoren und Invulnerabilität fragt (Belz-Merk, Bengel & Strittmatter, 1992; Matarazzo, 1984). Die Gesundheitspsychologie greift diese Entwicklung auf, indem sie die bisher vernachlässigte Analyse subjektiver Vorstellungen von Gesundheit und Vorsorge von Nichtexperten des Gesundheitswesens zum Forschungsgegenstand macht (Bengel, 1993; Faltermaier, 1995). Die Kenntnis dieser Gesundheitsvorstellungen kann die Planung und Fundierung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen verbessern. Dieser Beitrag beschreibt subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Vorsorge medizinischer Laien. Es werden Studien zu subjektiven Vorstellungen von Gesundheit und Vorsorge aus Ethnologie, Soziologie und Psychologie dargestellt und diskutiert. Die Befundlage wird zusammengefaßt, und es werden aktuelle deutschsprachige Forschungsvorhaben vorgestellt. Abschließend werden Gesundheitsvorstellungen in einem heuristischen Bezugsrahmen als gesundheitsbezogene Selbstschemata interpretiert.

In der Literatur werden die Begriffe Alltagswissen, Laienvorstellungen bzw. Laintheorien, naive Theorien, subjektive Theorien, subjektive Konzepte, subjektive Vorstellungen und Repräsentationen verwendet. Für den vorliegenden Beitrag wird folgende Sprachregelung getroffen: Der Begriff 'subjektive Theorie' erscheint als übergeordnete Kategorie ungeeignet, da damit eine - wenn auch in vielen Arbeiten häufig weder beachtete noch beabsichtigte - definitorische Einschränkung erfolgt, die ursprünglich für ein bestimmtes Forschungsprogramm festgelegt wurde (Groeben & Scheele, 1977, 1982). Allen genannten Begriffen ist jedoch gemeinsam, daß sie sich auf komplexe kognitiv-emotionale Vorstellungsinhalte und -strukturen von Gesundheit und Krankheit beziehen, über die „Nichtexperten“ des Gesundheitswesens verfügen. Die Begriffe 'subjektive Vorstellungen von Gesundheit' bzw. 'subjektive Gesundheitsvorstellungen' sind als Sammelbegriff zu verstehen, die sich auf die genannten Inhalte und Strukturen beziehen. Sie werden im folgenden als übergeordnete Begriffe verwendet, unter die sich die Gesamtheit gesundheitsbezogener Einzelrepräsentationen und deren Verknüpfungen subsumieren läßt. Dabei wird eine gewisse begriffliche Redundanz in Kauf genommen, da in dem Terminus Vorstellung das Subjektive bereits mitgedacht ist. Die Verwendung des Begriffs subjektive Vor-

stellungen besitzt den Vorteil, daß damit die besondere Qualität der Wissensbestände von Menschen verdeutlicht wird und die Subjektorientierung dokumentiert werden kann. Eine derartige Festlegung ist in jedem Fall einer Begrifflichkeit vorzuziehen, die möglicherweise allein dadurch zu Abwertungen führt, daß sie Begriffe wie 'naiv', 'Laie' oder 'Alltag' benutzt (vgl. Faltermaier, 1994).

## Ethnologische Tradition

Die Ethnologie, und hier insbesondere ihre im angloamerikanischen Bereich entstandene Teildisziplin 'Medical Anthropology' und die Teildisziplin 'Ethnomedizin' im deutschsprachigen Bereich, war die erste sozialwissenschaftliche Disziplin, die sich mit subjektiven Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit beschäftigt hat. Die Ethnologie war von Anfang an mit Feldforschung in fremden Kulturen verknüpft. Heilkundliche Systeme außereuropäischer 'Medizinprimitivkulturen' sowie deren Alltags- und Expertenwissen wurden jedoch zu Anfang weitgehend ignoriert oder als Störfaktor europäischer Kolonialmedizin verstanden. Das Forschungsinteresse der Ethnologie konzentrierte sich lange Zeit auf die Untersuchung der materiellen Kultur sowie auf den Bereich religiöser Vorstellungen und magischer Praktiken in nichtwestlichen Gesellschaften. Klassisch sind die Arbeiten des englischen Ethnologen Rivers 'Medicine, Magic and Religion' von 1924 und 'Witchcraft, Oracles and Magic among the Azande' des englischen Ethnologen Evans-Pritchard von 1937. Hier wurden erstmals unter anderem auch ätiologische Vorstellungen von Krankheit und medizinischen Techniken in einfachen Kulturen beschrieben. Die beiden zentralen Thesen in Rivers Werk besitzen heute noch weitgehend Gültigkeit. Danach sind erstens Krankheiten mit der jeweiligen Kultur verflochten und durch sie geprägt; zweitens ist das Verhalten mit den dahinterliegenden Vorstellungen und Überzeugungen ('Underlying Beliefs') verknüpft, welche ihrerseits wieder mit der Weltansicht ('Worldview') der Menschen verbunden sind (Slobodin, 1978).

In der Medical Anthropology und der Ethnomedizin finden sich Studien zu Annahmen über die Anatomie und Physiologie des menschlichen Körpers. Vorstellungen über den gesunden Körper in nichtindustrialisierten Gesellschaften sind überwiegend Gleichgewichtstheorien, d. h. Gesundheit wird als eine ausgewogene Beziehung zwischen Menschen, Mensch und Natur sowie Mensch und übernatürlicher Welt aufgefaßt. Eine Störung in einem Bereich manifestiert sich in körperlichen oder emotionalen Problemen (Helman, 1990). Das gesunde Funktionieren des Körpers wird als Resultat eines harmonischen Gleichgewichts zwischen zwei oder mehr Elementen oder Kräften innerhalb des Körpers aufgefaßt. Zum Teil hängt dieses Gleichgewicht von äußeren Faktoren wie Ernährung, Umgebung oder übernatürlichen Kräften ab. Aber auch internale Einflüsse wie konstitutionelle Schwäche oder kognitive Einbußen spielen eine Rolle. Die am weitesten verbreitete Gleichgewichtstheorie ist die der Körpersäfte. In Lateinamerika findet sich auch heute eine 'Heiß-Kalt-Theorie'. Gesundbleiben kann man danach nur bei einem entsprechenden Gleichgewicht zwischen Kälte und Hitze, die auf den Körper einwirken (Foster, 1987;

Logan, 1975). Heiß und kalt bezieht sich aber nicht auf die tatsächliche Temperatur, sondern auf eine symbolische Kraft, die in den meisten Substanzen wie Nahrung, Kräutern und Medizin enthalten ist. Aber auch mentale Zustände, Krankheiten, natürliche und übernatürliche Kräfte werden in diese Heiß-Kalt-Kategorien eingeteilt. Um gesund zu bleiben, muß der Körper seine innere Temperatur im Gleichgewicht halten, insbesondere dadurch, daß er nicht zu lange einer der beiden Qualitäten ausgesetzt wird. Vergleichbare subjektive Vorstellungen zur Gesundheit existieren zum Teil noch in Marokko (Greenwood, 1981), in Indien (Obeyesekere, 1977) und in der traditionellen chinesischen Medizin (MacDonald, 1984). Helman (1978) konnte heute in Großbritannien Vorstellungen finden, wonach die Wiederherstellung der Gesundheit davon abhängig ist, daß Körperelemente ein Gegengewicht erhalten. Subjektive Vorstellungen zu Erkältungen und Unterkühlungen werden mit dem Eindringen von äußerer Kalte oder Feuchtigkeit in den Körper in Zusammenhang gebracht. Ein weiteres Forschungsthema innerhalb der Ethnomedizin sind die sogenannten Folk Illnesses. Dies sind kulturspezifische Syndrome, für die es für Mitglieder einer bestimmten Kultur spezifische Symptom- und Behandlungsmuster gibt. Häufig beforscht wurden ferner kulturspezifische Vorstellungen zu Diät und Ernährung, zum Gesundheitssystem, zur Arzt-Patienten-Interaktion, zu Geburt und Schwangerschaft, zu Schmerz, zu Medikamenten und Ritualen, zu Stress und zu psychiatrischen Erkrankungen.

Der kurze Überblick über die ethnologischen Forschungsergebnisse zeigt, daß das ursprüngliche Forschungsinteresse von der Vorstellung geleitet wurde, „falsche“ Vorstellungen aus traditionellen Heilkulturen und Volksmedizinenglauben, die einer Compliance im Wege stehen könnten, aufzuspüren und durch „richtige“ Erkenntnisse aus der modernen westlichen Medizin zu ersetzen. Die interkulturellen Studien der Ethnologie haben dafür sensibilisiert, daß die Expertensicht und das medizinische Krankheitsmodell nur einen Teil des Gesundheitssystems ausmachen (Chrisman & Kleinman, 1983). Feldforschungen bei nichtwestlichen Gesellschaften haben auch gezeigt, wie vielfältig und handlungsrelevant die Erklärungsmuster sein können, die Menschen mit Gesundheit und Krankheit verknüpfen. Es gibt nicht nur inter-, sondern auch intrakulturelle Variationen der Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen. Diese unterschiedlichen Vorstellungen können Unterschiede im Verhalten miterklären (Chrisman & Kleinman, 1983).

## Soziologische Tradition

Die soziologischen Studien zu subjektiven Gesundheitsvorstellungen basieren auf der Theorie der sozialen Repräsentationen und vergleichbaren wissenssoziologischen Ansätzen. Grundlage der Theorie der sozialen Repräsentationen ist das Werk des französischen Soziologen Durkheim (1973) und die Einführung dieses Begriffs in die französische Sozialpsychologie und Psychoanalyse durch Moscovici (1961). Soziale Repräsentationen sind danach im gesellschaftlichen Kontext erzeugte und geteilte Erkenntnisse, die in individuelle und kollektive Repräsentationen unterschieden

werden können. Die grundlegende Arbeit stammt von der französischen Soziologin Herzlich (1973). Obwohl diese Studie der soziologischen Forschungstradition zuzurechnen ist und inzwischen 25 Jahre zurückliegt (das französische Original erschien bereits 1969), gilt sie nach wie vor auch in der Psychologie als 'Landmark' und Klassiker zum Verständnis subjektiver Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Unter der Repräsentation von Gesundheit und Krankheit wird der komplexe psychologische Elaborationsprozeß verstanden, durch den die gesundheits- und krankheitsbezogenen Erfahrungen jeder Person und die Werte und vorherrschenden Informationen in der Gesellschaft zu einem bedeutsamen Bild integriert werden. Die Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit sind also in dem Sinne sozial erzeugt, als sich darin gesellschaftliche Strukturen und Wissensbestände sowie kulturelle Muster widerspiegeln. In ihrer Interviewstudie an einer Stichprobe von 80 Personen aus der Mittelschicht mit unterschiedlichem Gesundheitszustand zeigt die Autorin, daß Gesundheit und Krankheit als unterschiedliche Repräsentationen verstanden werden. Während Krankheit als ein durch externe Faktoren (z. B. städtische Lebensweise, Bakterien, Unfälle) beeinflusster Prozeß aufgefaßt wird, wird Gesundheit eher durch interne Faktoren wie Temperament und Vererbung bestimmt. Herzlich (1973) isoliert drei verschiedene subjektive Gesundheitsbegriffe:

1. Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit; ein neutraler Zustand, der darin besteht, daß man den Körper einmal völlig vergessen kann.
2. Gesundheit als Potential, sich gesund zu erhalten; dieses Potential bezieht sich auf die körperliche Widerstandsfähigkeit und Robustheit und wird als Wert betrachtet.
3. Gesundheit als Gleichgewichtszustand, als eine unmittelbare persönliche Erfahrung des Wohlbefindens; im Vordergrund steht hier der normative Charakter, der sich sowohl auf die Lebensweise, auf den psychosozialen Bereich, als auch auf den Körper bezieht.

Es finden sich demnach mehrere subjektive Gesundheitsvorstellungen, die eine Repräsentation des Sozialen darstellen und aus denen sich gesundheitsbezogene Einstellungen und Lebensweisen ableiten lassen. Die vorgestellten Konzepte ähneln den Begriffen der Idealnorm, Sozialnorm und funktionalen Norm. Herzlich konnte zeigen, daß mehr als eine Gesundheit in den Erfahrungen und Alltagskonzepten der Menschen repräsentiert ist. Eine Weiterführung dieses Ansatzes findet sich bei Hunt und MacLeod (1987), Radley und Green (1987) sowie Segovia, Bartlett und Edwards (1989). Die letztgenannten Autoren finden fünf verschiedene Dimensionen von Gesundheit: Krankheitsbezogene Aspekte (Gesundheitssorgen, Behinderung/ Einschränkung), psychosoziales Wohlbefinden ('Glück'), Bewertung des Gesundheitszustandes, Einschränkung von Alltagsaktivitäten und Einschränkung von sozialen Kontakten. Die Studie von Herzlich stellte in der Folgezeit konzeptionell wie methodisch eine wesentliche Orientierung für weitere Forschungsarbeiten dar. Zum ersten Mal hatte eine Untersuchung explizit den Positivaspekt 'Gesundheit' untersucht und die fast ausschließlich an Krankheiten ausgerichtete Perspektive ergänzt und erweitert. Zudem kann dieser Studie eine Mittlerfunktion zwischen der soziologischen und psychologischen Disziplin zugeordnet werden.

Ein weiterer bedeutender Beitrag der Erforschung subjektiver Vorstellungen von Gesundheit stellt die Studie von D'Houtaud (1978) dar. Sie hat ihre theoretische Basis ebenfalls im Konzept der sozialen Repräsentationen. D'Houtaud berücksichtigt

mit seiner umfangreichen Stichprobe ein breites Spektrum an sozialer und beruflicher Schichtzugehörigkeit vom höheren Beamten bis zu Arbeitern und Landwirten. Aufbauend auf den Arbeiten von Herzlich zeigt D'Houtaud (1978) in seiner Studie die Schichtabhängigkeit des Gesundheitsbegriffs (siehe auch D'Houtaud & Field, 1984). Er befragte 4.000 Bewohner der Lotraine (Frankreich) nach ihrem Konzept von Gesundheit. Die über 6.000 Antworten eines Fragebogens werden in 10 Hauptüberschriften kategorisiert: Hedonistischer Gesundheitsbegriff, Gleichgewicht, Körperbezug, Vitalität, psychologisches Wohlbefinden, Hygiene, Gesundheitswert, Prävention, physisches Funktionieren und Abwesenheit von Krankheit. Handwerklich arbeitende Berufsgruppen sehen Gesundheit eher in instrumentellen, negativen Begriffen (Gesundheit, um in der Lage zu sein, gesellschaftliche Aufgaben erfüllen zu können), während nicht manuell tätige Gruppen Gesundheit eher in personalisierten, expressiven Begriffen betrachten (Gesundheit als persönliches Ziel). Weitere Untersuchungen zur sozialen Repräsentation von Krankheit stammen z. B. von De Rosa (1987) und Jodelet (1989; 1991) zum Thema soziale Repräsentationen psychischer Erkrankungen und von Markova und Wilkie (1987), die soziale Repräsentationen von Aids untersuchten.

Auch wenn die französische Soziologie bereits relativ früh Studien zu subjektiven Gesundheitsvorstellungen durchgeführt hat, so ist dies nicht in erster Linie einer inhaltlichen Orientierung am Themenbereich Gesundheit zuzuschreiben. Vielmehr ging es vor allem darum, das theoretische Konzept der sozialen Repräsentationen auf seinen Erklärungswert für gesellschaftlich geteilte Vorstellungen zu überprüfen und neben den Inhalten dieser Konzepte auch Erklärungen für ihre Funktion und Entstehung zu erarbeiten. Die Bedeutung für die psychologische Forschung liegt neben inhaltlichen und methodischen Berührungspunkten daher auch in der Nähe zur Selbstkonzeptforschung. Ausgehend von den Arbeiten von Schütz (1971) haben sich in der Soziologie Forschungszeige wie die Ethnomethodologie (Garfinkel, 1967), der Symbolische Interaktionismus (Mead, 1973) und die Biographieforschung (Berteaux, 1981; Brose & Hildenbrand, 1988; Fuchs, 1984) entwickelt. Sie beschäftigen sich mit dem, „was in einer Gesellschaft als 'Wissen' gilt, ohne Ansehen seiner Gültigkeit oder Ungültigkeit“ (Berger & Luckmann, 1966, S. 3).

Die Untersuchungen von Calnan und Johnson (1985) sowie Calnan (1987) basieren auf der Kritik an einem rein naturwissenschaftlichen Ansatz, der lediglich das Verhalten, aber nicht dessen Bedeutung untersucht. In dem „ethnomethodologischen“ Vorgehen, bei dem strukturelle (materielle und soziale Bedingungen) und kulturelle Gesichtspunkte (kulturell tradierte Einstellungen) verknüpft werden, wird die Gleichwertigkeit von medizinisch-professioneller Theorie und subjektiven Vorstellungen medizinischer Nichtexperten betont. Die über Interview erhobenen subjektiven Vorstellungen zur Gesundheit, zu Gesundheitsbedrohungen und Krankheitsursachen wurden in ihrer Abhängigkeit von der Schichtzugehörigkeit untersucht. Die im Interview erhaltenen Antworten auf die Frage, warum sich jemand als gesund bezeichnet, hängen vom jeweiligen Gesundheitszustand ab und korrelieren nicht mit der Schichtzugehörigkeit. Bei den Antworten handelt sich zum überwiegenden Teil um Negativdefinitionen, die Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit verstehen. Schichtspezifische Unterschiede ergeben sich erst, wenn die Befragten abstrakt

zu ihrem Verständnis von Gesundheit befragt werden („Was ist Gesundheit?“). Arbeiterinnen benutzen dann häufiger eindimensionale und funktionale Definitionen, die das ‚durch den Tag kommen‘ betonen, wohingegen ihre qualifizierteren Kolleginnen multidimensionale Definitionen verwenden, die Fitness, Aktivsein und die Abwesenheit von Krankheit einschließen. Gesundheit hat dann den höchsten Stellenwert, wenn sie es den befragten Frauen ermöglicht, ihre täglichen Pflichten und Aufgaben zu erledigen. Calnan zeigt auch, daß subjektive Gesundheitsvorstellungen eng mit früheren Krankheitserfahrungen zusammenhängen. Er kann ferner verschiedenen subjektiven Gesundheitsdefinitionen bestimmte Vorstellungen zur Gesundheitsförderung und zur Beeinflußbarkeit der eigenen Gesundheit zuordnen. Für Mittelschichtfrauen gilt z. B. überwiegend, daß diejenige gesund ist, die fit, aktiv, energievoll und stark ist. Dazu passen als wesentliche, für die Mittelschicht spezifische gesundheitserhaltende Maßnahmen Diät und körperliche Bewegung. Auf der Basis seiner Ergebnisse entwirft Calnan ein Modell der Entstehung von subjektiven Vorstellungen von Gesundheit. Er geht davon aus, daß diese Vorstellungen vor allem durch kulturelle Übertragung und durch einflußreiche gesellschaftliche Gruppierungen und Ideologien entstehen. Sozialstruktur, sozioökonomische Bedingungen und die individuellen Erfahrungen wirken als Moderatorvariablen.

Die Forschungsergebnisse der Soziologie zu subjektiven Gesundheitsvorstellungen zeigen die Bedeutung, die soziale Faktoren für die Entwicklung, Aufrechterhaltung und Veränderung dieser Vorstellungen haben. Sowohl die empirischen Ergebnisse als auch die theoretischen Erklärungsmodelle der Soziologie zu subjektiven Gesundheitsvorstellungen weisen eine Konvergenz zur Psychologie auf. Sie können den Begriff der Repräsentation aus der kognitiven Psychologie ergänzen und um eine soziale Dimension erweitern.

## Psychologische Tradition

Die Psychologie hat sich bereits für alltägliche Wissensbestände interessiert (Heider, 1958; Kelly, 1955; Laucken, 1974), bevor sich unter dem Einfluß auch anderer sozialwissenschaftlicher Fächer eine alltags- und subjektorientierte Forschung entwickelte (Flick, 1995; Flick, Kardoff, Keupp, Rosenstiel & Wolff, 1995; Jüttemann, 1985; Lamnek, 1993). Mit subjektiven Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit hat sich die Psychologie im Vergleich zur Ethnologie und Soziologie jedoch erst relativ spät befaßt. Als Vorläufer können Studien zu subjektiven Krankheitsvorstellungen bei chronisch Kranken und Behinderten angesehen werden (Bauman, 1961; Bischoff & Zenz, 1989; Flick, 1991; Verres, 1986; ausführlich dazu Filipp, in diesem Band). Zum anderen waren es medizinpsychologische und entwicklungspsychologische Studien, die sich mit alters- und entwicklungsabhängigen Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit auseinandersetzten (Nagy, 1951; 1953; Natapoff, 1978; Rashkis, 1965).

Ende der 70er Jahre beschäftigten sich kinderpsychologische Untersuchungen vermehrt mit der Entwicklung des Gesundheits- und Krankheitskonzepts (siehe

Roberts, Maddux & Wright, 1984; Schmidt, Benz-Thiele, Gökbas-Balzer, Poida & Weishaupt, 1994). Inzwischen hegen Übersichtsarbeiten vor, die, orientiert an verschiedenen Altersstufen, den aktuellen Forschungsstand zu subjektiven Gesundheitsvorstellungen bei Kindern und Jugendlichen zusammenfassend darstellen und kritisch diskutieren (Bengel, Bucherer, Strittmatter & Buggle, 1995; Lohaus, 1990; Seiffge-Krenke, 1994). Dabei zeigt sich, daß bereits bei Kindern und Jugendlichen Gesundheit und Krankheit eigenständige Konzepte sind. Wichtige Zusammenhänge lassen sich zwischen Art und Umfang der Vorstellungen und dem Alter, dem kognitiven Entwicklungsstand sowie den jeweiligen individuellen wie gesellschaftlichen Lebensbedingungen ausmachen. Als weitere Einflußfaktoren werden Kontrollüberzeugungen, Selbstachtung, Geschlecht, sportliche Aktivität und Gesundheitsvorstellungen der Eltern genannt.

Bibace und Walsh (1979) interpretieren die Entwicklung der Gesundheitsvorstellungen auf dem Hintergrund der Entwicklung kognitiver Fähigkeiten nach Piaget. Nach dem Übergang vom Stadium des konkret logischen Denkens zu den formalen Operationen findet die größte Differenzierung zwischen Selbst und Umwelt statt, so daß ab dem 10. Lebensjahr ein vom Krankheitskonzept abgrenzbarer Gesundheitsbegriff zu erwarten ist. Auch die entwicklungspsychologische Perspektive zeigt, daß subjektive Gesundheitsvorstellungen nicht unabhängig von subjektiven Krankheitsvorstellungen gesehen werden können (siehe dazu z. B. Bengel et al., 1995; Mechanic, 1986). Gesundheitsvorstellungen entwickeln und differenzieren sich in der Auseinandersetzung mit Krankheitserfahrungen und dem Krankheitserleben (Millstein & Irwin, 1987). Gesundheit und Krankheit stellen nicht die Pole einer allgemeinen Gesundheitsdimension dar, sondern bilden unterschiedliche, sich jedoch z. T. überlappende Konstrukte. Bei den jüngeren Probanden sind die Gesundheitsdefinitionen jeweils starker mit Krankheitsvorstellungen verknüpft, von Krankheitserfahrungen abhängig und auf das körperliche Befinden fokussiert, als in späteren Jahren. Ältere Jugendliche nennen im Kontext ihres Gesundheitsbegriffs eher Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen sowie die Erfüllung sozialer und leistungsbezogener Normen.

Bei den vorliegenden Studien wird der mangelnde Theoriebezug der meisten Arbeiten bis hin zu einer wenig differenzierten Verwendung von Piaget's Stufentheorie kritisiert. Ferner wird die ungenügende Berücksichtigung zurückliegender Krankheitserfahrungen und die von der individuellen und sozialen Lebenssituation losgelöste Betrachtung der Gesundheitsvorstellungen bemängelt.

Bis zum Ende der 80er Jahre lagen für den Erwachsenenbereich nur wenige psychologische Studien zu subjektiven Gesundheitsvorstellungen vor (vgl. die Übersichten bei Bengel & Belz-Merk, 1990; Blaxter, 1990; Dann, 1991). Die Mehrzahl der psychologischen Arbeiten stammt aus den letzten zehn Jahren (Brehm, 1990; Clarke & Lowe, 1989; Crawford, 1987; Fumham, 1994; Hunt & MacLeod, 1987; Mattes, 1991; Minsel, 1988; Pill, 1989; Saltonstall, 1993; Schulze & Weiters, 1991; Sek, Scigala, Pasikowski, Beisert & Bleja, 1992; Udris, Kraft & Musmann, 1991; Versteegen, 1988). Der Zusammenfassung der Ergebnisse sollen drei neuere deutschsprachige Studien vorangestellt werden.

Das Forschungsprojekt SALUTE (Udris, Kraft, Muheim, Mussmann & Rimann, 1992) basiert auf der salutogenetischen Perspektive nach Antonovsky (1987). Diese arbeits- und organisationspsychologische Studie fragt nach den Ressourcen von Berufstätigen, die ihnen zur Aufrechterhaltung von Gesundheit zur Verfügung stehen. Aus den Ergebnissen einer qualitativen Teilstudie (Mussmann, Kraft, Thalmann & Muheim, 1993) lassen sich drei Muster bzw. hypothetische Gesundheitstypen formulieren:

1. Die Gruppe der „Normal Gesunden“ gibt an, bisher nicht krank gewesen zu sein, nicht viel zu unternehmen, um gesund zu bleiben, sich wenig Gedanken um Gesundheit zu machen, bei Belastungen zunächst auf sich selbst zu vertrauen, „einfach gesund zu sein“.

2. Die zweite Gruppe umfaßt die sogenannten „Präventiv Gesunden“. Diese Personen tun aktiv etwas für ihre Gesundheit. Sie vermeiden Risikofaktoren (ungesunde Ernährung, Nikotin, Alkohol) und sorgen für eine aktive Stabilisierung des Organismus (Bewegung, Sport, Schlaf). Sie geben an, lustbetont, aber bewußt und zielgerichtet zu leben. Des weiteren sind sie um eine Übereinstimmung zwischen Seele und Körper bemüht und streben nach einer positiven Sinnfindung in ihrer privaten Lebenssituation und in der Arbeit.

3. Die dritte Gruppe wird als „Gesunde nach Lebenskrisen“ bezeichnet. Sie haben zum Teil schwerste Belastungssituationen oder kritische Lebensereignisse bewältigt. Sie konnten ihrem Leben einen neuen Sinn verleihen, haben ihre Gesundheit wieder hergestellt oder sind erst gar nicht krank geworden. Weitere Ergebnisse dieser Studie beziehen sich auf den Umgang mit diesen Belastungen im privaten und beruflichen Bereich und dem Vergleich von Belastungsformen und Bewältigungsmöglichkeiten in privaten und beruflichen Zusammenhängen (Udris, Kraft & Mussmann, 1991).

Das Konstrukt ‘Gesundheitsbewußtsein’ bei Faltermaier (1994) umfaßt biographische und kognitiv-emotionale Komponenten sowie Aspekte der Körperwahrnehmung, der Wahrnehmung von Gesundheitsrisiken und -ressourcen und den sozialen Kontext von Gesundheit. Das Konstrukt ‘Gesundheitshandeln’ bezieht sich auf den bewußten Umgang mit der eigenen Gesundheit und mit Krankheiten, mit dem Körper, mit Belastungen, mit gesundheitlichen Ressourcen und sozialem Gesundheitshandeln sowie gesundheitsbezogenen Veränderungen.

Für die Überprüfung seiner Konstrukte Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitshandeln im Alltag führte Faltermaier eine qualitative Studie mit Erwachsenen in drei Kontrastgruppen durch. Diese setzen sich zusammen aus Personen mit klassischen Gesundheitsberufen, aus Arbeitern und Arbeiterinnen und aus Personen, die ein öffentliches Engagement für Gesundheitsfragen in verschiedenen Bereichen des Alltags zeigen. Faltermaier unterscheidet vier übergreifende Komplexe des Gesundheitsbewußtseins:

1. Ein organisch-medizinisch geprägtes Gesundheitsbewußtsein, bei dem die Abwesenheit von Krankheitssymptomen als Gesundheitsdefinition vorherrscht.

2. Ein an der Handlungs- und Leistungsfähigkeit orientiertes Gesundheitsbewußtsein, das bei Arbeitern und Arbeiterinnen vorherrscht, bei denen Belastungen und Risikofaktoren das Gesundheitserleben vornehmlich bestimmen.

3. Ein psychologisch geprägtes Gesundheitsbewußtsein, das Wohlbefinden und psychische Ausgeglichenheit betont.

4. Ein mehrdimensionales Gesundheitsbewußtsein, bei dem körperliche und psychische Prozesse, die die Handlungsfähigkeit ermöglichen, als Gesundheitskriterien aufgefaßt werden. Körperliche, psychologische und soziale Einflüssebenen sowie Arbeitsinflüsse und die Lebensweise werden thematisiert.

Strittmatter (1995) legt mit ihrer Untersuchung zu Alltagswissen über Gesundheit und gesundheitliche Protektivfaktoren ebenfalls Ergebnisse zu subjektiven Gesundheitsvorstellungen vor. Subjektive Gesundheitsvorstellungen umfassen in dieser Studie verschiedene Aspekte wie Gesundheitsdefinitionen, Wertvorstellungen, interpretatorische und antizipatorische Kognitionen über die Ursachen der eigenen Gesundheit und Bedingungen des Gesundbleibens sowie Vorsorgedefinitionen. In der Studie werden gesunde Frauen und Männer mittels halbstrukturiertem Interview befragt. Die Auswertung wird sowohl für die einzelnen Themenbereiche (kontextspezifisch) als auch über den gesamten Interviewverlauf hinweg (kontextübergreifend) durchgeführt. Die Ergebnisse der Studie zeigen, daß die Befragten ein biopsychosoziales Gesundheitsverständnis haben. Eine Typenbildung ist dabei nicht möglich, da die verschiedenen Gesundheitsdefinitionen in vielfältigen Kombinationen verwendet werden. Während die körperliche Gesundheit eher negativ (aber nicht ausschließlich) als das Fehlen von Beschwerden und Mißbehagen beschrieben wird, ist die psychische Gesundheit meist mit positiven Emotionen oder Kognitionen assoziiert. Gesundheit ist ein abstrakter Begriff, der erst durch subjektive Erfahrungen der eigenen (körperlichen, psychischen und sozialen) Leistungs- und Genußfähigkeit, beziehungsweise deren Abwesenheit konkretisiert wird. Somit existiert Gesundheit als eigenständiges Thema für den einzelnen nicht, sondern drückt sich in erster Linie in Aspekten der für das Individuum (momentan) wichtigen Lebensbereiche, wie Familie, Beruf usw. aus. Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und gesundheitlichen Protektivfaktoren sind zum großen Teil durch psychologische Konzepte geprägt. Diese Vorstellungen umfassen dabei Persönlichkeitstheorien ebenso wie Streßkonzepte, die den Einfluß von Kognitionen auf die erlebte Realität oder die Bewertung der Effizienz unterschiedlicher Bewältigungsstrategien betonen. Gesundsein wird in erster Linie als ein Produkt der Fähigkeit betrachtet, sich mit sich selbst kritisch auseinanderzusetzen und selbstverantwortlich zu handeln. Risikofaktoren wie ungünstige Arbeitsbedingungen, Einschränkungen der persönlichen Unabhängigkeit oder klassische Risikoverhaltensweisen können durch interne Protektivfaktoren wie Optimismus o.ä. ausgeglichen werden.

Die seit Beginn der 90er Jahre auch für den Erwachsenenbereich vorliegenden Übersichtsarbeiten stellen den aktuellen Forschungsstand zu subjektiven Gesundheitsvorstellungen zusammenfassend dar und präsentieren darüber hinaus eigene Studien (Belz-Merk, 1995; Belz-Merk et al., 1992; Faltermaier, 1991; 1994; Flick, 1991; Mussmann et al., 1993; Strittmatter, 1995; Udriş, Kraft & Mussmann, 1991). Diese Arbeiten basieren zum Teil auf elaborierten theoretischen Konzepten, umfassen methodische Weiterentwicklungen und stellen so inhaltlich wie methodisch einen bedeutsamen Fortschritt im Vergleich zu früheren Studien dar. Die Mehrzahl der Arbeiten benutzt zumindest in Teilen qualitative Forschungsmethoden, zumeist einen

Interviewansatz. Daraus resultieren aufgrund der unterschiedlichen Auswertungsmethodik sich zum Teil überschneidende, zum Teil begrifflich differierende Aussagen auf unterschiedlichen Abstraktionsebenen. Unter Einbeziehung der oben zitierten Studien kann der Forschungsstand folgendermaßen zusammengefaßt werden:

- Gesundheit ist im Vergleich zu Krankheit ein weniger faßbarer und abstrakter Begriff. Die Verbalisierung von Gesundheitsvorstellungen ist schwieriger als die von Krankheitsvorstellungen.
- Subjektive Gesundheitsvorstellungen sind komplexe und multidimensionale Phänomene mit einer endlichen Anzahl von verbalisierten Themenbereichen, die miteinander verknüpft sind und ein umfassendes biopsychosoziales Gesundheitsmodell ergeben.
- Gesundheit ist im Alltag kein Thema. Ihr Vorhandensein zeichnet sich gerade durch eine relative Selbstvergessenheit aus.
- Positivdefinitionen der Gesundheit überwiegen, Hauptdimensionen sind subjektives Wohlbefinden, die Betonung einer Körper-Geist-Einheit und Leistungsfähigkeit. Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit ist nur eine und nicht die bedeutsamste der repräsentierten Definitionen.
- Die Häufigkeit der Nennungen der verschiedenen Gesundheitsdefinitionen variiert mit der Lebenssituation, dem Gesundheitszustand und soziodemographischen Variablen (z. B. Geschlecht, Bildungsniveau, Alter, allgemeine Lebens- und Familiensituation, Berufstätigkeit). Dies gilt insbesondere für die Definition von Gesundheit als Leistungsfähigkeit und als Körper-Geist-Einheit.
- Subjektive Vorstellungen über gesundheitsförderliches Verhalten gehen über die in der Gesundheitsaufklärung vermittelten und an Risikoverhaltensweisen orientierten Aspekte hinaus. Ebenso bedeutsam scheinen Aspekte des psychosozialen Wohlbefindens zu sein.
- Krankheitserfahrungen sind für die repräsentierten Gesundheitsvorstellungen weniger bedeutsam als der aktuell erlebte Gesundheitszustand. Dies gilt auch, wenn die Befragten behindert oder chronisch krank sind. Hier dürften andere Kriterien als die körperliche Unversehrtheit als Bewertungsmaßstab herangezogen werden.
- In Analogie zu subjektiven Krankheitsvorstellungen kann davon ausgegangen werden, daß auch subjektive Gesundheitsvorstellungen als kognitive Struktur mit Teilbereichen wie Ursachen und Bedingungen von Gesundheit, Gesundheitsverständnis und Gesundheitserleben, Einflußmöglichkeiten auf die Gesundheit und Vorstellungen zur Entwicklung der Gesundheit in Vergangenheit und Zukunft repräsentiert sind.
- Mit den subjektiven Gesundheitsvorstellungen können noch andere subjektive Repräsentationen interagieren, wie körperbezogene Selbstrepräsentationen (insbesondere auch bei Behinderten oder chronisch Kranken), Vorstellungen von der Anatomie und Physiologie eines gesunden Körpers sowie leistungsbezogene und soziale Selbstrepräsentationen.

Neben den beschriebenen inhaltlichen Ergebnissen lassen sich aus den vorliegenden Studien methodische Entwicklungen, aber auch Defizite bei der Erfassung subjektiver Gesundheitsvorstellungen ableiten. Die meisten Studien sind als semiquantitativ zu

bezeichnen. Die verwendeten Interviews werden häufig strukturiert geführt. Dabei werden nur wenige Fragen gestellt, die über bloße Definitionen von Gesundheit hinausgehen. Es werden in erster Linie individuelle Kognitionen als semantische Repräsentationen erhoben. Emotionale und motivationale Aspekte sind bisher weitgehend unberücksichtigt geblieben. Untersuchungen, die Gruppenvergleiche durchführen, um eine Bewertung des Einflusses von Geschlecht, Alter, Krankheitserfahrung und Arbeitsbedingungen vornehmen zu können, fehlen noch weitgehend. Geht man davon aus, daß subjektive Vorstellungen von Gesundheit mehr als inhaltlich abgegrenzte Einzelelemente repräsentieren, müssen mehr als nur Begriffsklärungen von Gesundheit vorgenommen werden. Dazu sind komplexere Forschungsstrategien erforderlich, die qualitative und quantitative Methoden einsetzen und entsprechend kombinieren. Während die Frage nach der geschlechts-, alters- und bildungsspezifischen Abhängigkeit subjektiver Gesundheitsvorstellungen nur an größeren Stichproben mit standardisierten Meßinstrumenten untersucht werden kann, ist ein qualitatives Vorgehen erforderlich, um die Komplexität dieser Vorstellungen zu erfassen und die Bedeutung des Alltags für die Entwicklung und Veränderung dieser Vorstellungen und die Umsetzung in Gesundheitsverhalten beschreiben zu können. Die meisten der Untersuchungen zu subjektiven Vorstellungen sind eher atheoretisch. Theoretische Rahmenvorstellungen, die Struktur, Inhalte und Funktion von subjektiven Gesundheitsvorstellungen, ihre Entwicklung und Wirkweise erklären könnten, sind erst in Ansätzen vorhanden.

## **Selbstschema der Gesundheit**

Ein Rahmenmodell zur Beschreibung subjektiver Gesundheitsvorstellungen muß sowohl die Vielfalt der Vorstellungen und ihren zeitlichen Bezug, als auch strukturelle und dynamische Aspekte in Form von Handlungsbezügen integrieren. Die Selbstkonzeptforschung basiert auf der Annahme einer kognitiven Repräsentation der eigenen Person, häufig Selbstkonzept, Selbststruktur, Selbstschema oder internes Selbstmodell genannt (z. B. Philipp, 1979). Das Selbst stellt die zentrale kognitive Struktur dar, je nach theoretischer Ausrichtung als Schema, hierarchische Kategorienstruktur, assoziatives Netzwerk oder multidimensionaler Raum interpretiert (Greenwald & Pratkanis, 1984). Kontroverse und offene Fragen innerhalb der Selbstkonzeptforschung betreffen neben anderen die Beschreibbarkeit der impliziten Selbsttheorie, die Zahl und Art unterscheidbarer Selbstschemata, die Stabilität und die Wechselwirkung zwischen Verhalten und Selbstkonzept (Epstein, 1979; Kihlstrom & Cantor, 1984; Markus & Sentis, 1982; Markus & Wurf, 1987). Wird unter Selbst das verstanden, was als Person bezeichnet wird, dann sind Selbstschemata zusammengehörige Repräsentationen der Person, und das Selbstkonzept ist die generalisierte Repräsentation des Selbst. Selbstrepräsentationen können eine Vielzahl an Formen annehmen - neuronal, motorisch, perzeptuell bzw. sensorisch ebenso gut wie verbal bzw. semantisch (Markus & Wurf, 1987). Einige dieser Selbstrepräsentationen erreichen den Umfang von Selbstschemata. Repräsentationen können also als kleinste

Einheit verstanden werden, die auf größerer Ebene zu Subschemata, Schemata und schließlich dem Selbstkonzept zusammengefaßt werden können. Sie zeichnen sich durch einen unterschiedlichen Grad an Bewußtheit aus, basierend auf der Vorstellung eines Entwicklungsverlaufes von konkreten episodischen zu abstrakteren, semantischen Stufen. Abelson (1976) sowie Taylor und Winkler (1980) benutzen zur Erklärung dieser unterschiedlichen Bewußtseinsstufen ein Modell, das davon ausgeht, daß Schemata als Kodierung einzelner Ereignisse beginnen. Die Selbststruktur umfaßt alle in der Sozialisation erworbenen selbstbezogenen Kognitionen, die sich nach ihrer hierarchischen Position bzw. der Zentralität, dem Inhalt, der Situationspezifität bzw. -generalität und der Stabilität unterscheiden lassen; von dieser Selbsttheorie abzugrenzen ist die Umwelttheorie eines Individuums. Die umweltbezogenen Kognitionen können jedoch auch selbstrelevant werden (Epstein, 1979).

Schematheoretische Ansätze bieten die Möglichkeit, nicht nur Einzelkognitionen abzubilden, sondern auch kognitiv und affektiv zusammengehörige Repräsentationen zu Subschemata, Schemata und schließlich zu einem Selbstkonzept zu verknüpfen. Die Sichtweise des Selbstkonzepts ist dabei sowohl dynamisch als auch stabil, so daß neben Kontinuität auch Anpassung und Wandel möglich und erklärbar sind. Der Ablauf selbstregulatorischer und motivationaler Prozesse kann mit Hilfe des Konstrukts eines möglichen Selbst verdeutlicht werden (Markus & Nurius, 1986; Nurius, 1991). Mit dieser Konstruktion ist nicht nur eine zeitliche Gliederung von Selbstrepräsentationen möglich, sondern damit kann auch die Abhängigkeit selbstbezogener Kognitionen und deren periodische Handlungsrelevanz von situativen, bereichs- und aufgabenspezifischen sowie zielorientierten Aspekten erklärt werden. Nicht alle Selbstrepräsentationen sind strukturell vergleichbar. Sie unterscheiden sich im Grad der Elaboriertheit, der Realisierung und der Zentralität bzw. Valenz. Manche Elemente repräsentieren das, was die Person verwirklicht, andere repräsentieren das, was die Person gerne sein möchte, sein könnte, sein sollte oder zu sein befürchtet. Inhaltlich werden das Körper selbst, das soziale Selbst und das Leistungselbst unterschieden. Die Inhalte zeigen jedoch eine hohe Variabilität über Personen (Shavelson & Marsh, 1986). Die genannten Inhaltsbereiche des allgemeinen Selbstkonzepts sollen hier um ein eigenes Konzept zur Gesundheit erweitert werden. Ausgehend von einem schematheoretischen Ansatz werden selbstbezogene Repräsentationen der Gesundheit zu einem Selbstschema der Gesundheit zusammengefaßt. Dabei muß angenommen werden, daß Überschneidungen mit anderen inhaltlichen Bereichen des Selbst, insbesondere dem körperlichen Selbstschema, bestehen (vgl. Brähler, 1986).

Die gesundheitsbezogenen Kognitionen wie z. B. Risikowahrnehmung, Kontrollüberzeugungen oder Selbstwirksamkeitserwartung und die Gesundheitsvorstellungen haben die kognitive Selbstbezogenheit gemeinsam. Selbstbezogene Gesundheitskognitionen, die in den Untersuchungen zu subjektiven Gesundheitsvorstellungen erhoben wurden, beinhalten vor allem Kognitionen, die sich auf Gesundheitsdefinitionen, das Erleben von Gesundheit und Vorstellungen zu effektiven Gesundheitsverhaltensweisen beziehen. Eine subjektive Gesundheitstheorie dient als implizite Theorie der Verarbeitung gesundheitsrelevanter Informationen und zur Steuerung gesundheitsrelevanter Handlungen (Fuchs, Hahn, Jerusalem, Leppin, Mittag &

Schwarzer, 1989). Zentraler Aspekt ist dabei einerseits die Frage, ob das Individuum selbst oder der Beobachter die Kognitionen als gesundheitsbezogen klassifiziert bzw. entsprechendes Gesundheitswissen überhaupt vorhanden ist, und andererseits die Zentralität des Gesundheitskonzepts im allgemeinen Selbstkonzept (Thomas, 1988). Im Gegensatz von generalisierten Überzeugungen im Sinne von Personenmerkmalen zu situationsspezifischen Kontrollerwartungen drückt sich die Frage nach der Generalität bzw. dem Allgemeinheitsgrad der Gesundheitsüberzeugungen aus. Das allgemeine Selbstschema der Gesundheit ließe sich theoretisch wiederum in einzelne (Sub-) Schemata untergliedern, die sich in ihrer Zentralität und Generalität unterscheiden. In Anlehnung an Fuchs et al. (1989) kann das Selbstschema der Gesundheit in ein körperliches, psychisches und soziales Subschema oder beispielsweise in Subschemata der Ernährung, der Entspannung und Streßbewältigung, der körperlichen Aktivität und der (medizinischen) Früherkennung gegliedert werden. Diese stehen in wechselseitiger Abhängigkeit untereinander, überschneiden sich in struktureller Hinsicht und können mit anderen Bereichen des allgemeinen Selbstkonzepts in Konkurrenz treten. Weitere erste Überlegungen zu einer subjektiven Gesundheitstheorie finden sich bei Fuchs et al. (1989) und Belz-Merk et al. (1992). Inzwischen liegen erste empirische Ergebnisse vor, die die Annahme eines Selbstschemas der Gesundheit unterstützen (Belz-Merk, 1995). Gesunde Menschen verfügen danach über reichhaltige und vielfältige selbstbezogene Vorstellungen von Gesundheit. Selbstbezogene Repräsentationen von Gesundheit beziehen sich auf biographische Aspekte der Gesundheit, auf Ursachen- und Kontrollvorstellungen zum bisherigen Gesundheitsverlauf und zum aktuellen Gesundheitszustand. Ferner beziehen sie sich auf Beschreibungen des gegenwärtigen Gesundheitszustandes, auf Kontrollvorstellungen zum weiteren Erhalt der eigenen Gesundheit und damit zusammenhängende Ressourcen und Barrieren. Es finden sich gesundheitsbezogene Ziel- und Wunschvorstellungen für die zukünftige befürchtete wie erhoffte Gesundheitsentwicklung. Des weiteren finden sich Vorstellungen über realisiertes wie geplantes Gesundheitshandeln und darauf einwirkende Barrieren und Stützfaktoren. Die Vorstellungen betreffen Aspekte des körperlichen, psychischen, sozialen und ökologischen Wohlbefindens und sind nicht nur semantisch, sondern auch perzeptuell und als Körperempfinden sowie als Veränderungserfahrung mit einer Zeitdimension repräsentiert. Diese Selbstrepräsentationen der Gesundheit haben sowohl positive als auch negative Valenzen, indem sie sich auf Positivaspekte von Wohlbefinden und Leistungsfähigkeit, wie auch auf Negativaspekte wie Abwesenheit von Krankheit, Belastungen und Beeinträchtigungen beziehen. Sie beinhalten nicht nur Erlebtes und Realisiertes, sondern antizipieren auch mögliche gesundheitliche Entwicklungen. Es gibt kaum einen Lebensbereich, der sich in den Vorstellungen der Befragten nicht auf die Gesundheit auswirkt oder in den sie ihre Gesundheit nicht investieren. Gesundheit ist dabei aber selten ein eigenständiges Thema, sondern wird meist im Kontext bedeutsamer Lebensthemen, in erster Linie Familie und Arbeit, abgehandelt. Aber auch belastende oder positive Lebenserfahrungen oder erhoffte und befürchtete Lebensperspektiven dienen als Rahmen für das Thema Gesundheit.

## Literatur

- Abelson, R. B. (1976). Script processing in attitude formation and decision making. In J. S. **Carroll** & J. Payne (Eds.), **Social cognition and social behavior** (pp. 33-45). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Anderson, R. (1984). Health Promotion: **An overview**. *European Monographs in Health Education Research*, **6**, 4-119.
- Antonovsky, A. (1979). **Health, stress, and coping**. San Francisco, CA: Jossey Bass.
- Antonovsky, A. (1987). The salutogenic perspective: Towards a new view of health and **illness**. *Advances*, **4**, 47-55.
- Bauman, B. (1961). Diversities in conceptions of health and physical **fitness**. *Journal of Health and Human Behavior*, **2**, 39-46.
- Belz-Merk, M. (1995). **Gesundheit ist Alles und alles ist Gesundheit**. Frankfurt/M.: Lang.
- Belz-Merk, M., Bengel, J. & Strittmatter, R. (1992). Subjektive Gesundheitskonzepte und gesundheitliche Protektivfaktoren. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, **1**, 153-171.
- Bengel, J. (1993). **Gesundheit, Risikowahrnehmung und Vorsorgeverhalten**. Göttingen: Hogrefe.
- Bengel, J. & Belz-Merk, M. (1990). Subjektive Gesundheitskonzepte. In R. Schwarzer (Hg.), **Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch** (S. 105-115). Göttingen: Hogrefe.
- Bengel, J., Bucherer, G., Strittmatter, R. & Buggle, F. (1995). Die Entwicklung von subjektiven Gesundheitskonzepten - Ein überblick zur Forschungslage bei Kindern und Jugendlichen. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, **3**, 241-254.
- Bengel, J. & Stöbel, U. (1988). Gesundheitsexziehung. In U. Koch, G. Lucius-Hoene & R. Stegie (Hg.), **Handbuch der Rehabilitationspsychologie** (S. 298-320). Berlin: Springer.
- Berger, P. L. & Luckmann, T. (1966). **Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit**. Frankfurt/M.: Fischer.
- Berteaux, D. (1981). (Ed.). **Biography and Society**. Beverly Hills, CA: Sage.
- Bibace, R. & Walsh, E. (1979). Development of children's concepts of illness. In G. C. Stone, F. Cohen & N. Adler (Eds.), **Health psychology - A handbook** (pp. 285-301). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Bischoff, C. & Zenz, H. (1989). **Patientenkonzepte von Körper und Krankheit**. Bern: Huber.
- Blaxter, M. (1990). **Health and lifestyles**. London: Routledge.
- Brähler, E. (Hg.). (1986). **Körpererleben. Ein subjektiver Ausdruck von Leib und Seele**. Berlin: Springer.
- Brehm, W. (1990). Der Sport-Typ und der Verzicht-Typ. Subjektive Theorien von Schülerinnen und Schülern über Gesundheit und Sport(-Unterricht). *Sportunterricht*, **39**, 125-134.
- Brewer, W. F. & Nakamura, G. V. (1984). The nature and functions of schemas. In R. S. Wyer & T. K. Srull (Eds.), **Handbook of social cognition** (Vol. 1, pp. 119-160). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Brose, H.-G. & Hildenbrand, B. (1988). (Hg.). **Vom Ende des Individuums zur Individualität ohne Ende**. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Calnan, M. (1987). **Health and illness - The lay perspective**. London: Tavistock.
- Calnan, M. & Johnson, B. (1985). Health, health risks and inequalities. An exploratory study of women's perceptions. *Sociology of Health and Illness*, **7**, 55-75.
- Chrisman, N. J. & Kleinman, A. (1983). Popular health care, social networks, and cultural meanings: The orientation of medical anthropology. In D. Mechanic (Ed.), **Handbook of health, health care, and the health professions** (pp. 569-590). New York: Free Press.

- Clarke, R. & Lowe, F. (1989). Positive health - some lay perspectives. **Health Promotion, 3**, 401-406.
- Crawford, R. (1987). Cultural influences on prevention and the emergence of a new health consciousness. In N. D. Weinstein (Ed.), **Taking care** (pp. 95-113). Cambridge: Cambridge University Press.
- Dann, H.-D. (1991). Subjektive Theorien zum Wohlbefinden. In A. Abele & P. Becker (Hg.), **Wohlbefinden: Theorie, Empirie, Diagnostik** (S. 97-117). Weinheim: Juventa.
- De Rosa, A. S. (1987). The social representation of mental illness in children and adults. In W. Doise & S. Moscovici (Eds.), **Current issues in European Social Psychology** (Vol. II, pp. 47-137). Cambridge, MA: University Press.
- D'Houtaud, A. (1978). L'image de la santé dans une population lorraine: Approche psychosociale des représentations de la santé. **Revue D'Epidemiologie et de Santé Publique, 26**, 299-320.
- D'Houtaud, A. & Field, M. G. (1984). The image of health: Variations in perception by social class in a French population. **Sociology of Health and Illness, 6**, 30-60.
- Durkheim, E. (1967). Individuelle und kollektive Vorstellungen. In E. Durkheim (Hg.), **Soziologie und Philosophie** (S. 45-82). Frankfurt: Suhrkamp.
- Epstein, S. (1979). Entwurf einer integrativen Persönlichkeitstheorie. In S.-H. Filipp (Hg.), **Selbstkonzept-Forschung. Probleme, Befunde, Perspektiven** (S. 15-45). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Evans-Pritchard, E. E. (1937). **Witchcraft, oracles and magic among the Azande**. Oxford: Clarendon.
- Faltermaier, T. (1991). Subjektive Theorien von Gesundheit: Stand der Forschung und Bedeutung für die Praxis. In U. Flick (Hg.), **Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Subjektive Theorien und soziale Repräsentationen** (S. 45-58). Heidelberg: Asanger.
- Faltenmaier, T. (1994). **Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitshandeln. Über den Umgang mit Gesundheit im Alltag**. Weinheim: PsychologieVerlagsUnion.
- Faltermaier, T. (1995). Gemeindepsychologische Impulse für eine Psychologie der Gesundheit. **Augsburger Berichte zur Entwicklungspsychologie und Pädagogischen Psychologie, 72**. Augsburg: Universität Augsburg.
- Filipp, S.-H. (1979). Entwurf eines heuristischen Bezugsrahmens für Selbstkonzept-Forschung: Menschliche Informationsverarbeitung und naive Handlungstheorie. In S.-H. Filipp (Hg.), **Selbstkonzept-Forschung. Probleme, Befunde, Perspektiven** (S. 129-152). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Flick, U. (Hg.). (1991). **Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Subjektive Theorien und soziale Repräsentationen**. Heidelberg: Asanger.
- Flick, U. (1995). Stationen des qualitativen Forschungsprozesses. In U. Flick, E. v. Kardoff, H. Keupp, L. v. Rosenstiel & S. Wolff (Hg.) **Handbuch qualitative Sozialforschung** (S. 148-173). Weinheim: PsychologieVerlagsUnion.
- Flick, U., Kardoff, E. von, Keupp, H., Rosenstiel, L. von & Wolff, S. (1995). **Handbuch qualitative Sozialforschung**. Weinheim: PsychologieVerlagsUnion.
- Foster, G. (1987). On the origin of humoral medicine in Latin America. **Medical Anthropology Quarterly (New Series), 1**, 355-393.
- Franke, A. (1993). Die Unschärfe des Begriffs „Gesundheit“ und seine gesundheitspolitischen Auswirkungen. In A. Franke & M. Broda (Hg.), **Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept. Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis** (Bd. 20, S. 15-34). Tübingen: DGVT.

- Franzkowiak, P. & Sabo, P. (1993). Die Entwicklung der Gesundheitsförderung in internationalen und nationalen Dokumenten. In P. Franzkowiak & P. Sabo (Hg.), **Dokumente der Gesundheitsförderung** (S. 11-59). Mainz: Sabo.
- 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.
- Fuchs, W. (1984). **Biographische Forschung. Eine Einführung in Praxis und Methoden**. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Furnham, A. (1994). Explaining health and illness: Lay perceptions on current and future health, the causes of illness, and the nature of recovery. **Social Science and Medicine**, **39**, 715-725.
- Garfinkel, H. (1967). **Studies in Ethnomethodology**. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Gochman, D. S. (1988). **Health behavior. Emerging research perspectives**. New York: Plenum.
- Greenwald, A. G. & Pratkanis, A. R. (1984). The self. In R. S. Wyer & T. K. Srull (Eds.), **Handbook of social cognition** (Vol. 3, pp. 129-178). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Greenwood, B. (1981). Cold or spirits? Choice and ambiguity in Morocco's pluralistic medical system. **Social Science and Medicine**, **15B**, 219-235.
- Groeben, N. & Scheele, B. (1977). **Argumente für eine Psychologie des reflexiven Subjekts. Paradigmenwechsel vom behavioralen zum epistemologischen Menschenbild**. Darmstadt: Steinkopff.
- Groeben, N. & Scheele, B. (1982). Einige Sprachregelungsvorschläge für die Erforschung subjektiver Theorien. In H.-D. Dann, W. Humpert, F. Krause & K. C. Tennstädt (Hg.), **Analyse und Modifikation subjektiver Theorien von Lehrern** (S. 13-39). Konstanz: Zentrum für Bildungsforschung, SFB 23, Forschungsbericht 43, Universität Konstanz.
- Heider, F. (1958). **The psychology of interpersonal relations**. New York: Wiley.
- Helman, C. G. (1978). „Feed a cold, starve a fever“: Folk models of infection in an English suburban community and their relation to medical treatment. **Culture, Medicine and Psychiatry**, **2**, 107-137.
- Helman, C. G. (1990). **Culture, health and illness**. London: Wright/Butterworth-Heinemann.
- Herzlich, C. (1973). **Health and illness. A social psychological analysis**. London: Academic Press.
- Hunt, S. M. & MacLeod, M. (1987). Health and behavioral change: Some lay perspectives. **Community Medicine**, **9**, 68-76.
- Jodelet, D. (1989). **Folies et représentations sociales**. Paris: Presse Universitaire Française.
- Jodelet, D. (1991). Soziale Repräsentationen psychischer Krankheit in einem ländlichen Milieu in Frankreich. In U. Flick (Hg.), **Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit** (S. 269-292). Heidelberg: Asanger.
- Jüttemann, G. (Hg.). (1985). **Qualitative Forschung in der Psychologie. Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder**. Weinheim: Beltz.
- Kelly, G. A. (1955). **The psychology of personal constructs** (Vol. 1 u. 2). New York: Norton.
- Kihlstrom, J. F. & Cantor, N. (1984). Mental representations of the self. In L. Berkowitz (Ed.), **Advances in Experimental and Social Psychology** (Vol. 17, pp. 1-47). New York: Academic Press.
- Lamnek, S. (1993). **Qualitative Sozialforschung Band 1: Methodologie**. Weinheim: PsychologieVerlagsUnion.
- Laucken, U. (1974). **Naive Verhaltenstheorie**. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Logan, M. H. (1975). Selected references on the hot-cold theory of disease. **Medical Anthropology Newsletter**, **6**, 8-14.

- Lohaus, A. (1990). **Gesundheit und Krankheit aus der Sicht von Kindern**. Göttingen: Hogrefe.
- MacDonald, A. (1984). **Acupuncture**. London: Allen and Unwin.
- Markova, S. & Wilkie, P. (1987). Representation, concepts and social change: The phenomenon of AIDS. **Journal for the Theory of Social Behavior**, **17**, 389-409.
- Markus, H. & Nurius, P. S. (1986). Possible selves. **American Psychologist**, **41**, 954-969.
- Markus, H. & Sentis, K. (1982). The self in social formation processing. In J. Suls (Ed.), **Psychological perspectives on the self** (Vol. 1, pp. 41-70). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Markus, H. & Wurf, E. (1987). The dynamic self-concept: A social psychology perspective. **Annual Review of Psychology**, **38**, 299-337.
- Matarazzo, J. D. (1984). Behavioral immunogens and pathogens in health and illness. In B. L. Harnmonds & C. J. Scheirer (Eds.), **Psychology and health** (pp. 7-43). Washington: APA.
- Mattes, P. (1991). Gesundheit und Krankheit im internationalen Vergleich: Einstellungen in Großbritannien und der Bundesrepublik. In U. Flick (Hg.), **Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Subjektive Theorien und soziale Repräsentationen** (S. 87-89). Heidelberg: Asanger.
- Mead, G. H. (1973). **Geist, Identität und Gesellschaft**. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Mechanic, D. (1986). The concept of illness behaviour: Culture, Situation and personal predisposition. **Psychological Medicine**, **16**, 1-7.
- Millstein, S. G. & Irwin, C. E. (1987). Concepts of health and illness: Different constructs or variations on a theme? **Health Psychology**, **6**, 515-524.
- Minsel, B. (1988). **Vorstellungen von Lehrern über seelische Gesundheit. Eine kulturvergleichende Studie in Frankreich, Schottland und Nordamerika**. Vortrag auf der Tagung „Subjektive Theorien/handlungsleitende Kognitionen“, Mannheim.
- Moscovici, S. (1961). **La Psychoanalyse, son image et son public**. Paris: Presse Universitaire Francaise.
- Mussmann, C., Kraft, U., Thalmann, K. & Muheim, M. (1993). **Die Gesundheit gesunder Personen. Eine qualitative Studie**. Forschungsprojekt „Personale und organisationale Ressourcen der Salutogenese“, Bericht Nr. 2. Zürich: Eidgenössische Technische Hochschule, Institut für Arbeitspsychologie.
- Nagy, M. H. (1951). Children's ideas of origin of illness. **Health Education Journal**, **9**, 6-9.
- Nagy, M. H. (1953). Children's conceptions of some bodily functions. **Journal of Genetic Psychology**, **83**, 199-216.
- Natapoff, J. N. (1978). Children's views of health: A developmental study. **American Journal of Public Health**, **68**, 995-1000.
- Nurius, P. S. (1991). Possible selves and social support. Social cognitive resources for coping and striving. In J. A. Howard & P. L. Callero (Eds.), **The self-society dynamic: Cognition, emotion and actions**. Cambridge, MA: University Press.
- Obeyesekere, G. (1977). The theory and practice of Ayurvedic medicine. **Culture and Medical Psychiatry**, **1**, 155-181.
- Pill, R. (1989). Health beliefs and behavior **in the home**. In R. Anderson (Ed.), **Health behavior research and health promotion** (pp. 140-153). Oxford: University Press.
- Radley, A. & Green, R. (1987). Illness as adjustment: A methodology and conceptual framework. **Sociology of Health and Illness**, **9**, 179-207.
- Rashkis, S. R. (1965). Child's understanding of health. **Archives of General Psychiatry**, **12**, 10-17.
- Reye, I. (1984). **Prävention durch die gesetzliche Krankenversicherung. Eine Untersuchung über Determinanten der Inanspruchnahme**. München: Profil.
- Rivers, W. H. R. (1924). **Medicine, magic, and religion**. New York: Harcourt & Brace.

- Roberts, M. C., Maddux, J. E. & Wright, L. (1984). Developmental perspectives in behavioral health. In J. D. Matarazzo, S. M. Weiss, J. A. Herd, N. E. Miller & S. M. Weiss (Eds.), **Behavioral health. A handbook of health enhancement and disease prevention** (pp. 56-68). New York: Wiley.
- Saltonstall, R. (1993). Healthy bodies, social bodies: Men's and women's concepts and practices of health in everyday life. **Social Science and Medicine**, **36** (1) 7-14.
- Schmidt, L. R., Benz-Thiele, S., Gökbas-Balzer, A., Poida, E. & Weishaupt, I. (1994). Krankheitskonzepte von Kindern. **Zeitschrift für Gesundheitspsychologie**, **2**, 292-308.
- Schober, R. & Lacroix, J. M. (1991). Lay illness models in the enlightenment and the 20th century: Some historical lessons. In J. A. Skelton & R. T. Croyle (Eds.), **Mental representation in health and illness** (pp. 10-31). New York: Springer.
- Schorr, A. (1995). Gesundheit und Krankheit: Zwei Begriffe mit getrennter Historie. In R. Lutz & N. Mark (Hg.), **Wie gesund sind Kranke?** (S. 53-70). Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie.
- Schütz, A. (1971). Begriffs- und Theoriebildung in den Sozialwissenschaften. In A. Schütz (Hg.), **Gesammelte Schriften** (Bd. 1, S. 55-76). Den Haag: Nijhoff.
- Schulze, C. & Welters, L. (1991). Geschlechts- und altersspezifisches Gesundheitsverständnis. In U. Flick (Hg.), **Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Subjektive Theorien und soziale Repräsentationen** (S. 70-86). Heidelberg: Asanger.
- Schwaner, R. (1992). **Psychologie des Gesundheitsverhaltens**. Göttingen: Hogrefe.
- Segovia, J., Bartlett, R. F. & Edwards, A. C. (1989). An empirical analysis of the dimensions of health status measures. **Social Science and Medicine**, **29**, 761-768.
- Seiffge-Krenke, I. (1994). **Gesundheitspsychologie des Jugendalters**. Göttingen: Hogrefe.
- Sek, H., Scigala, I., Pasikowski, T., Beisert, M. & Bleja, A. (1992). **Subjective health concepts of Polish people. Personal and societal determinants**. Paper pres. 5th European Health Psychology Society Conference, Leipzig, 25.-28.8.1992.
- Shavelson, R. J. & Marsh, H. W. (1986). On the structure of self-concept. In R. Schwarzer (Ed.), **Self-related cognitions in anxiety and motivation** (pp. 305-320). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Slobodin, R. (1978). **W.H.R. Rivers**. New York: Columbia University Press.
- Strittmatter, R. (1995). **Alltagswissen über Gesundheit und gesundheitliche Protektivfaktoren**. Frankfurt/M.: Lang.
- Taylor, S. E. & Winkler, J. D. (1980). **Development of schemas**. Paper pres. Meeting of the American Psychological Association, Montreal.
- Thomas, M. (1988). **Zentralität und Selbstkonzept**. Bern: Huber.
- Udris, I., Kraft, U. & Mussmann, C. (1991). **Warum sind „gesunde“ Personen „gesund“? Untersuchungen zu Ressourcen von Gesundheit**. Forschungsprojekt „Personale und organisationale Ressourcen der Salutogenese“, Bericht Nr. 1. Zürich: Eidgenössische Technische Hochschule, Institut für Arbeitspsychologie.
- Udris, I., Kraft, U., Muheim, M., Mussmann, C. & Rimann, M. (1992). Ressourcen der Salutogenese. In H. Schröder & K. Reschke (Hg.), **Psychoziale Prävention und Gesundheitsförderung** (S. 85-103). Regensburg: Roderer.
- Verres, R. (1986). **Krebs und Angst**. Berlin: Springer.
- Versteegen, U. (1988). **Zur Bedeutung des Konzepts der „Lebensweisen“ für die Gesundheitspsychologie**. Philosoph. Diss., Universität Freiburg.
- WHO (1946). **Constitution of the World Health Organisation**. Genf: WHO.
- WHO (1982). Perspectives of the WHO Regional Office for Europe: Health Promotion and lifestyles. **Hygie: International Journal for Health Education**, **1**, 57-60.
- WHO (1986). **Ottawa Charta for Health Promotion**. Ottawa: WHO.