

Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit : Überblick und Einleitung

Flick, Uwe

Veröffentlichungsversion / Published Version

Sammelwerksbeitrag / collection article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Flick, Uwe: Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit : Überblick und Einleitung. In: Flick, Uwe(Ed.): *Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit*. Weinheim : Juventa Verl., 1998 (Gesundheitsforschung). - ISBN 3-7799-1180-9, pp. 7-30. URN: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssoar-39918>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Uwe Flick

Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit

Überblick und Einleitung

"Wissenschaft basierte früher auf dem Alltagsverstand und machte den Verstand weniger alltäglich. Heute ist Alltagsverstand veralltäglichte Wissenschaft" (Moscovici 1984, S. 29)

Zusammenfassung

Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit erhalten in der Gesundheitsforschung, -wissenschaft und -praxis zunehmende Bedeutung. Die sozialen und kulturellen (alters-, geschlechts- krankheitsbedingten) Unterschiede in subjektiven Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit werden in der Forschung vielfach belegt. Warum dies so ist und welche theoretischen und methodischen Zugänge - subjektive Theorien, Folkmodels, mentale Modelle, soziale Repräsentationen - dabei gewählt werden (können), wird im folgenden Beitrag diskutiert. Dabei wird ein erster Überblick über den Forschungsstand gegeben. Abschließend wird auf die Relevanz von subjektiven Vorstellungen für die Gesundheitswissenschaft und -praxis eingegangen.

1. Einleitung

Welche Bedeutung haben Gesundheit und Krankheit im Alltag? Welche subjektiven Vorstellungen entwickeln Menschen von Gesundheit und Krankheit? Von welchen sozialen Faktoren werden solche Vorstellungen vor allem bestimmt - sind sie geschlechts- oder kulturspezifisch, altersbedingt oder beeinflusst von bestimmten Krankheitserfahrungen? Worin unterscheiden sie sich von "offiziellen" Definitionen von Krankheit und Gesundheit? Welchen Einfluß haben solche Vorstellungen und v. a. ihre Diskrepanzen zu wissenschaftlichen bzw. professionellen Konzeptionen auf den Erfolg präventiver oder therapeutischer Interventionen? Wie ändern sich subjektive Sichtweisen und Weltkonstruktionen durch die Konfrontation mit einer bestimmten Krankheit im eigenen Leben oder in dem des Partners, Kindes, Verwandten etc.? Wann fühlen wir uns gesund?

Solche Fragen werden in den letzten Jahren wieder verstärkt gestellt und eine ganze Reihe von wissenschaftlichen Disziplinen - (v. a. medizinische, Sozial- und Gesundheits-) Psychologie, Soziologie, Anthropologie und gelegentlich auch die Medizin haben sich auf die Suche nach ihrer Beantwortung gemacht. Dabei wird allgemeiner aber auch das eingangs von Moscovici angesprochene Verhältnis von Wissenschaft und Alltagsverstand zum Thema: Welche alltägli-

chen Wissensbestände zum Thema Gesundheit und Krankheit finden sich neben den wissenschaftlichen Wissensbeständen, werden von diesen verdrängt, ersetzt oder auch erst im Kontakt mit ihnen herausgebildet?

2. Soziale Konstruktion von Gesundheit und Krankheit

Alltägliche und wissenschaftliche Wissensbestände sind zentrale Bestandteile im Prozeß der sozialen Konstruktion von Gesundheit (Gawatz & Nowak 1993) und Krankheit (Lachmund & Stollberg 1992). Wie die folgende Zusammenstellung von subjektiven Gesundheitsbegriffen (vgl. Flick 1997a, S. 191) zeigt, sind solche Vorstellungen durch eine ausgeprägte Unterschiedlichkeit gekennzeichnet:

- "Gesundheit ist, wenn ich nur abends ins Bett muß (nicht auch tagsüber)" (Schülerin, 9. Klasse - Schaefer 1992, S. 50).
- "Gesundheit ist, daß das Leben relativ ausgewogen ist, daß man mit sich selbst doch irgendwo einig ist und voll hinter sich selbst steht" (Mann, 22 Jahre - Kolip 1994a, S. 145).
- "Gesundheit verbinde ich erstmal mit meinem körperlichen Wohlbefinden, daraus resultiert auch die gesunde Ernährung, die ich so betreibe, und daß ich mich eigentlich so körperlich und dadurch vielleicht auch geistig wohlfühle rundum. Und eben auch auf meine Gesundheit achten muß" (Verwaltungsangestellter, 33 Jahre - Flick & Niewiarra, 1994).
- "Also Gesundheit, sich wohl fühlen, keine Sorgen haben, Arbeit haben, tja, das beinhaltet eigentlich schon alle Sachen, wenn man sich wohl fühlt und die anderen Sachen kommen dann von selber so" (Krankenpflegerin, 51 Jahre - Flick & Niewiarra, 1994).
- "Psychische Gesundheit ist 'Funktionieren', viel über sich reden, auch über Gefühle, Aktivitäten mit Freundin" (chronisch psychisch kranke Frau, 42 Jahre - Döring 1992).

Subjektive Vorstellungen hängen von den allgemeinen und konkreten Umständen ab, unter denen sie zum Thema werden, wobei Geschlecht, Alter und Gesundheitszustand besonders zentrale Einflußfaktoren sind. Subjektive Vorstellungen von Gesundheit enthalten verschiedene Dimensionen:

- negative Abgrenzungen - wie nicht ins Bett zu müssen, oder frei von Belastungen zu sein;
- positive Bestimmungen - wie sich wohl fühlen;
- Beschreibungen eines Zustandes - wie "mit sich einig sein";
- Gesundheit als Voraussetzung - "die anderen Sachen kommen dann von selber";
- Gesundheit als Ergebnis bestimmter Handlungsweisen (Ernährung und Vorsorge) und
- Gesundheit als Phänomen des sozialen Funktionierens.

Die Beiträge, die in diesem Buch versammelt sind, belegen solche Unterschiede in subjektiven Vorstellungen von Gesundheit, aber auch von Krankheit, in vieler Hinsicht empirisch. Sie stellen unterschiedliche Wege zur empirischen Analyse der sozialen Konstruktion von Gesundheit und Krankheit und Ergebnisse, die sich auf diesen Wegen erzielen lassen, vor. Dabei sind unterschiedliche theoretische und empirische Zugänge (subjektive Konzepte und Theorien,

Einstellung, Deutungsmuster) die Ausgangspunkte. In einigen Beiträgen wird explizit vom Konzept der sozialen Repräsentation von Gesundheit und Krankheit in der Tradition von Moscovici (1976, 1984), Herzlich (1973) und Jodelet (1991) ausgegangen (vgl. Flick 1995a für einen aktuellen Überblick über diesen Ansatz). Die anderen Beiträge liefern dagegen Belege für dessen Hauptthese - daß Phänomene wie Gesundheit und Krankheit in unterschiedlichen sozialen Gruppen und kulturellen Kontexten unterschiedlich erlebt, definiert und dargestellt werden - im diesbezüglichen Alltagswissen, in der Art und Weise, wie darüber gesprochen wird (Radley & Billig 1996) und wie damit umgegangen wird (vgl. Jodelet i.d.Bd.).

Diese Unterschiede lassen sich aber auch als Belege dafür interpretieren, daß Gesundheit und Krankheit und v. a. die davon entwickelten Vorstellungen Gegenstand und Ergebnis subjektiver und sozialer Konstruktion sind. Die entsprechende Vielfalt sollte im empirischen und praktischen Umgang mit Gesundheit und Krankheit berücksichtigt werden (s.u.). Genereller betrachtet sind soziale Repräsentationen und die genannten Ansätze als unterschiedliche Wege der theoretischen und empirischen Analyse von subjektiven Vorstellungen zu sehen und lassen sich in die entsprechenden Traditionen der Psychologie und Soziologie einordnen.

3. Subjektive Vorstellungen als Thema der Psychologie

Lange Zeit hat sich die Psychologie für alltagspsychologisches Wissen und die Subjektivität ihrer Untersuchungsobjekte höchstens am Rande interessiert. Vor der mittlerweile auch in der Psychologie zu verzeichnenden Renaissance alltags- und subjektorientierter Forschung (vgl. Bergold & Flick 1987; Faltermaier 1994a; Flick 1995b, c; Flick et al. 1995; Jüttemann 1985) gab es bereits einige Forschungsansätze, deren Interesse sich nicht nur auf das Reaktionsverhalten der Untersuchten gegenüber ausgewählten und methodisch streng kontrollierten Reizvorgaben beschränkte. Forschung, die sich schon relativ früh auch dafür interessiert, wie der Mensch die Welt wahrnimmt und ihr Bedeutung verleiht, welches Bild er von sich und der Welt hat bzw. sich bildet und die davon ausgehend sein Handeln oder Verhalten beschreiben oder erklären will, knüpft etwa an Kellys (1955) Psychologie der persönlichen Konstrukte, an Heiders (1958) Psychologie der interpersonalen Beziehungen oder an Moscovicis Konzept der sozialen Repräsentationen an (s.u.).

Kelly (1955) hat die programmatische Formel "man the scientist" geprägt, mit der er die Unterschiedlichkeit der Menschenbilder, die im Behaviorismus für Forscher und Erforschte gelten, aufheben will. Während der Forscher sich i.d.R. als aktiv planend, modellebildend, hypothesenkonstruierend und -testend und nicht als ein lediglich auf äußere Reize reagierendes Wesen verstehen wird, billigt die empirische Forschungspraxis des Behaviorismus ihrem Untersuchungsgegenstand diese Eigenschaften nicht zu. Darin wurde lange Zeit das, was die untersuchten Subjekte an Erfahrungen gemacht haben (und anzubieten hätten), das, was sie sich vor oder bei ihrem Handeln denken, was sie damit bezwecken,

die Art, wie sie Ereignisse und Handlungen interpretieren und schließlich ihre Bezogenheit auf die Kontexte, in denen sie sich bewegen, systematisch vernachlässigt. Als Endpunkt dieser Entwicklung wird von verschiedenen Seiten die fehlende Alltagsrelevanz der empirischen Psychologie beklagt (z. B. Dörner 1983): So liefere der Hauptstrom psychologischer Forschung nicht nur wenig für die Lösung alltagsrelevanter Probleme, er beziehe auch seine Fragestellungen kaum aus dem Alltag.

Heiders Psychologie der interpersonalen Beziehungen

Demgegenüber nimmt Heider (1958, S. 15) das vorhandene alltagspsychologische Wissen zum Ausgangspunkt und vertritt den Standpunkt, "daß (...) die wissenschaftliche Psychologie viel von der common-sense-Psychologie zu lernen hat. Fruchtbare Konzepte und Vermutungen über Hypothesen liegen - auf dem Gebiet der zwischenmenschlichen Beziehungen vielleicht sogar noch mehr als auf irgendeinem anderen Wissensgebiet - noch unentdeckt und unformuliert in unserem intuitiven Wissen verborgen". Ein zentraler Ansatzpunkt der Analysen von Heider ist die "Sprache als begriffliches Instrument" (1958, S. 17f.) und davon ausgehend die Analyse der zugrundeliegenden Begriffe: "Unser Hauptziel dagegen ist es, ganz explizit das System der Konzepte darzustellen, das dem zwischenmenschlichen Verhalten zugrunde liegt" (1958, S. 22). Mit seinen Analysen ist es Heider (1958, S. 348) nach eigener Einschätzung "gelungen, die impliziten theoretischen Modelle der Wahrnehmung, des Handelns, der Motivation, der Gefühle und der Normen zu beschreiben". Insbesondere steht die Untersuchung von Prozessen der Kausalattribution im Vordergrund der entsprechenden Empirie. Der zentrale Gedanke dieses Ansatzes wird in der aktuellen Auseinandersetzung mit der Frage der Attribution von Krankheitsursachen weiterverfolgt (vgl. Angermeyer i.d.Bd., Ruff i.d.Bd.).

Kellys Psychologie der personalen Konstrukte

Dagegen ist G. A. Kelly (1955) nicht nur an der Rekonstruktion von Alltagswissen interessiert, damit die wissenschaftliche Psychologie davon lernen könne. Vielmehr geht er von der grundsätzlichen Vergleichbarkeit des alltäglichen und wissenschaftlichen Denkens und Schließens aus, was in der bereits zitierten programmatischen Formel zum Ausdruck kommt. Laucken (1974, S. 39) faßt Kellys Position darin zusammen, "daß ein Psychologe, der danach strebt, das Verhalten der Menschen im Lebensalltag zu erklären und vorherzusagen, das naiv-theoretische Wissen der betreffenden Alltagsmenschen analysieren müsse".

Mit diesen beiden Forschungsrichtungen ist einerseits - bei Heider - das Interesse am Alltag der Subjekte und der darin vorfindlichen Alltagspsychologie und den entsprechenden Wissensbeständen in die psychologische Forschung zurückgekehrt. Andererseits ist insbesondere Kelly vom Prinzip der *Selbstanwendung* ausgegangen, indem er *ein* Menschenbild auf Forscher und Erforschte anwendet. Die Ideen der hierarchischen Ordnung des Wissens und der Strukturierung des Handelns über subjektive Konstrukte stellen wesentliche Vorannahmen dar,

die später mit dem Konzept der subjektiven Theorie aufgegriffen und für die Untersuchung von Alltagsvorstellungen von Gesundheit und Krankheit genutzt werden.

Naive Verhaltenstheorien

Neben der Richtung, die sich mit impliziten Persönlichkeitstheorien (Bruner & Tagiuri 1954) beschäftigt, hat insbesondere Laucken (1974) die "Theoriemeta-pher" (Bromme 1984) für die Konzeptualisierung subjektiver Vorstellungen aufgegriffen. Laucken unterscheidet zwischen naiven Individualtheorien und der naiven Verhaltenstheorie als Rahmentheorie und setzt beide in folgendes Verhältnis:

"In der Tat scheint es möglich zu sein, die verschiedenen naiven Individualtheorien als je spezifische Ausfüllungen einer übergeordneten Rahmentheorie zu begreifen (...). Während die Rahmentheorie allgemeine naiv-psychologische Konzepte (...) enthält, kann dieses Rahmenkonzept in einer bestimmten Individualtheorie gleichsam teilkonkretisiert sein" (1974, S. 24).

Methodisch hält Laucken - im Gegensatz zum größten Teil der aktuellen Forschung - einen direkten Zugang etwa in Form von Befragungen nicht für realistisch, da er nicht davon ausgeht, "daß der Alltagsmensch sein Erklärungsrepertoire ebenfalls als Theorie (...) versteht (...) oder daß es jemanden gibt, der die gesuchte Theorie explizit und klar formuliert parat hat" (1974, S. 52). Vielmehr wählt er Analysen sprachlichen Materials als empirischen Zugang. Der Ansatz von Laucken lenkt den Blick auf die Unterschiedlichkeit der Funktion und damit auch der Bewertung und Bewertbarkeit wissenschaftlicher und naiver Theorien. Das Kriterium der Funktionalität für die Orientierung in spezifischen Kontexten erhält dabei einen zentralen Stellenwert.

Diese Richtungen innerhalb der Psychologie haben sich besonders der Untersuchung von subjektiven Vorstellungen angenommen und dabei wichtige Voraussetzungen für die in den letzten Jahren zu verzeichnende Auseinandersetzung mit subjektiven Theorien und spezieller subjektiven Krankheitstheorien (s.u.) geschaffen. Vor einer ausführlicheren Behandlung dieser Ansätze soll jedoch ein kurzer Blick über den Rand der Psychologie und auf Ansätze geworfen werden, die sich in anderen Sozialwissenschaften mit dem Thema "subjektive Vorstellungen" beschäftigen.

4. Subjektive Vorstellungen als Thema der Soziologie

An erster Stelle sind hier die Arbeiten von Alfred Schütz zu nennen, der (1971a, S. 5) von folgender Prämisse ausgeht:

"Unser gesamtes Wissen von der Welt, sei es im wissenschaftlichen oder im alltäglichen Denken, enthält Konstruktionen, das heißt einen Verband von Abstraktionen, Generali-

sierungen, Formalisierungen und Idealisierungen, die der jeweiligen Stufe gedanklicher Organisation gemäß sind".

Dabei unterscheidet Schütz (1971a, S. 68) zwischen Konstruktionen ersten Grades und Konstruktionen zweiten Grades:

"Daher sind die Konstruktionen der Sozialwissenschaften sozusagen Konstruktionen zweiten Grades, das heißt Konstruktionen von Konstruktionen jener Handelnden im Sozialfeld". Schütz sieht entsprechend als "erste Aufgabe der Methodologie der Sozialwissenschaften, die allgemeinen Prinzipien zu erforschen, nach denen der Mensch im Alltag seine Erfahrungen und insbesondere die der Sozialwelt ordnet" (1971a, S. 68).

Auch hier werden subjektive Vorstellungen und die subjektive bzw. soziale Konstruktion der Wirklichkeit im Alltag zum Ausgangspunkt wissenschaftlicher Tätigkeiten und Theoriebildung. Dabei nimmt Schütz (1971b) mannigfaltige Wirklichkeiten an, von denen die Welt der Wissenschaft nur eine darstellt, die sich nach anderen Prinzipien organisiert als die Welt des Alltags (1971b, S. 267f.). Ein zentrales Konzept für das Verständnis des Alltags eines Individuums ist "dabei jene Schicht der Wirklichkeit, die das Individuum als Kern seiner Wirklichkeit erfährt, die Welt in seiner Reichweite" (1971b, S. 257). Wie Schütz an anderer Stelle festhält, "ist der Begriff 'Welt in unserer Reichweite' von unserem Körper abhängig, der als Nullpunkt des Koordinatensystems aufgefaßt wird, und um den sich uns die Welt anordnet" (1971b, S. 285). Damit legt Schütz einen Grundstein für die Analyse der Weltsicht ausgehend von Krankheit und Gesundheit als Erfahrungsmodi des eigenen Körpers und darauf aufbauend der Erfahrung der Welt um sich herum durch die betroffenen Subjekte. Schütz geht dabei auch von der Unterschiedlichkeit der Welten verschiedener Subjekte aus, deren Alltagswissen für ihn Basis für die Formulierung wissenschaftlichen Wissens wird (s.u.). Schließlich setzt sich Schütz (1972) mit der sozialen Verteilung des Wissens auseinander und unterscheidet als Idealtypen des Wissens den "Experten", den "Mann auf der Straße" und den "wohininformierten Bürger".

Die Arbeiten von Schütz waren eine zentrale Basis für die Entwicklung der "Mikrosoziologie" (Knorr-Cetina 1981) - v. a. Ethnomethodologie, Ethnographie und Symbolischer Interaktionismus. Bei all diesen Ansätzen geht es um die Analyse von Funktion, Struktur und Inhalt von Alltagswissen - in der Interaktion, aber auch in der Herstellung gesellschaftlicher Wirklichkeit (AG Bielefelder Soziologen 1973). Damit wurden jeweils verschiedene Wege zu einer Wissenssoziologie beschritten, die sich nach Berger & Luckmann (1966, S. 3) "mit allem zu beschäftigen habe, was in einer Gesellschaft als 'Wissen' gilt, ohne Ansehen seiner Gültigkeit oder Ungültigkeit. (...) Die Wissenssoziologie hat die Aufgabe, die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit zu analysieren". Ansatzpunkte sind dabei die Analyse der Begrifflichkeiten, aus denen sich solches Wissen zusammensetzt (Frake 1963), aber auch der alltäglichen Praktiken, die sich daraus ableiten und mittels derer sich die Subjekte der Gemeinsamkeit ihrer Weltsicht versichern (v.a. bei Garfinkel 1967). Analysen

bleiben dabei jedoch nicht beim Subjekt bzw. Individuum und *seinem* Alltagswissen stehen sondern nehmen eine interaktive bzw. soziale Perspektive ein.

Die skizzierten Entwicklungslinien aus der Geschichte der Psychologie und der Soziologie werden in der Psychologie für die Formulierung eines Forschungsprogramms aufgegriffen.

5. Subjektive Theorien

Darin werden die untersuchten subjektiven Vorstellungen als "subjektive Theorie" (vgl. Groeben et al. 1988) konzeptualisiert. Die Grundannahmen hinter diesem Begriff legen nahe, daß das Subjekt im Alltag ähnlich dem Wissenschaftler (im Sinne von Kelly, s.o.) bestimmte Annahmen über sich und die Welt hat. Diese Annahmen hängen in sich zusammen, sind thematisch miteinander verknüpft, weshalb dabei auch von "Theorie" die Rede ist.

Der Begriff der subjektiven Theorie

Subjektive Theorien sind nach Groeben & Scheele (1982) zu verstehen als "ein Aggregat (aktualisierbarer) Kognitionen der Selbst- und Weltsicht mit zumindest impliziter Argumentationsstruktur, die eine (zumindest) partielle Explikation bzw. Rekonstruktion (..) in Parallelität zur Struktur wissenschaftlicher Theorien erlaubt". Daß in dieser Sichtweise eine ganze Reihe von Problemen stecken¹, zeigt sich in fast allen Anwendungsbereichen, in denen damit Forschung betrieben wird. Solche Bereiche sind und waren neben dem Feld, das hier im Vordergrund steht, v.a. das Handeln von Lehrern im Unterricht sowie Berater- und Therapeutenhandeln auf der einen Seite, aber auch alltägliches Wissen jenseits professioneller Verwendungskontexte andererseits².

Beim Überblick über das Forschungsfeld ist jedoch auch festzustellen, daß der Begriff der subjektiven Theorie nicht nur im Sinne der genannten Definition sondern auch als Metapher verwendet wird: Er bezeichnet dann allgemeiner den Sachverhalt, daß Subjekte Wissen und Erklärungsmuster über bestimmte Zusammenhänge ausbilden, die dann in ihr Handeln einfließen. Andere Metaphern, die z. T. parallel verwendet werden, sind etwa "Naive Theorien", "Alltagstheorien", "Laientheorien" oder (kürzer greifend) Alltagskonzepte bzw. subjektive Definitionen. Aufgrund der - zumindest implizit - abwertenden Konnotationen von Begriffen wie Naiver oder Laientheorie, die das Mißverständnis fördern, daß diese Theorien im Vergleich zu anderen - etwa wissenschaftlichen - Theorien unterentwickelt seien, wird hier der Begriff der subjektivi-

1) etwa die zu rigide Orientierung am Modell der wissenschaftlichen Theorie, die Fixierung auf kognitive Aspekte des Alltagswissens unter Vernachlässigung seiner emotionalen Anteile und die Gefahr der künstlichen Festschreibung des eher dynamischen Alltagswissens in einer statischen Form (vgl. auch Flick 1987a, 1989).

2) vgl. Groeben et al. (1988) und Scheele (1992) für Überblicke über das Forschungsfeld und den Forschungsstand.

ven Theorie verwendet, ohne die definitorischen Restriktionen, die teilweise - etwa von Scheele & Groeben (1988) - dafür eingefordert werden, zu übernehmen. Sein Vorteil liegt m. E. darin, daß durch das Attribut "subjektiv" eher die besondere Funktion und das besondere Potential, das mit dieser Wissensform verknüpft sind, betont werden.

Funktionen subjektiver Theorien

Subjektive Theorien haben andere Funktionen als wissenschaftliche Theorien, die sich in Anlehnung an Dann (1983, S. 82ff.) folgendermaßen umreißen lassen: Subjektive Theorien

- dienen der *Situationsdefinition* und ermöglichen eine rasche *Lagekodierung* und vermitteln *Orientierungsgewißheit* (Laucken 1974),
- ermöglichen eine nachträgliche *Erklärung* eingetretener Ereignisse z. T. mit *Rechtfertigungscharakter* (Wahl 1979),
- ermöglichen die *Vorhersage* künftiger Ereignisse,
- erleichtern die Entwicklung von *Handlungsempfehlungen*,
- haben zumindest in gewissem Umfang *handlungssteuernde bzw. -leitende Funktion*,
- dienen der *Stabilisierung bzw. Optimierung des Selbstwerts*.

In dieser Funktionsbestimmung verdeutlichen die zentralen Bestandteile - Orientierungsgewißheit, Rechtfertigung und Selbstwertstabilisierung -, daß sich diese Theorien nur begrenzt mit wissenschaftlichen Theorien gleichsetzen lassen. Entsprechend müssen andere Bewertungsmaßstäbe an solches Wissen herangetragen werden als zur Bewertung wissenschaftlicher Theorien verwendet werden. Durch seine subjektive Theorie wird das Subjekt zum Experten für einen bestimmten Lebensbereich. Nach Bromme (1984) wird zum zentralen Kriterium der Bewertung solchen Wissens seine Funktionalität für bestimmte Handlungsbereiche und weniger, ob es sich empirisch verifizieren läßt, was Groeben et al. (1988) oder Wahl et al. (1983) in den Vordergrund stellen. In den letzten Jahren hat nun die Frage nach dem Vorhandensein und der Funktionalität von subjektiven Theorien bei bestimmten Erkrankungen eine besondere Aufmerksamkeit erfahren.

6. Subjektive Krankheitstheorien

Eine erste größere Untersuchung in diesem Bereich hat Rolf Verres (1986) mit seiner Arbeitsgruppe zur "Entstehung, Vorsorge, Früherkennung, Behandlung und die psychosozialen Folgen von Krebserkrankungen" durchgeführt.

Dabei wurde v.a. deutlich, welche Bedeutung subjektive Krankheitstheorien für die Betroffenen gerade bei einer lebensbedrohlichen Krankheit - wie Krebs oder auch aktueller noch: AIDS (vgl. auch Lucchetti i.d.Bd.) - in Hinblick auf die Bewältigung der Krankheit und der damit verbundenen Ängste haben. Das macht schon deutlich, daß gerade bei solchen Themen die Beschränkung auf Kognitionen, die die zuvor zitierte Definition von Groeben & Scheele nahelegt,

zu kurz greift. Gerade bei subjektiven Krankheitstheorien sind die emotionalen Anteile solchen Wissens und der darin eingeflossenen Erfahrungen und eben auch Befürchtungen angemessen zu berücksichtigen. Dies gilt insbesondere auch für die Erhebung subjektiver Krankheitstheorien bzw. bringt besondere Probleme für die Erhebungssituation mit sich. Verres verweist in diesem Zusammenhang auf die besondere "Kontextabhängigkeit subjektiver Krankheitstheorien" (1989a). Diese Probleme lassen weitere Erörterungen auch in methodischer Hinsicht notwendig und aufschlußreich erscheinen.

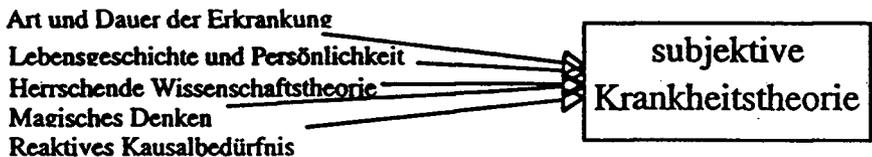
Bei Bischoff & Zenz (1989) werden auch Studien zu subjektiven Theorien bei Krebs- und Herz-Kreislaufkrankungen (vgl. auch Faller 1990a) und zu rheumatischen Erkrankungen vorgestellt. Entsprechend soll hier nur auf einige besonders relevante Aspekte zu Inhalt und Bedeutung subjektiver Krankheitstheorien eingegangen werden.

Struktur und Inhalt subjektiver Krankheitstheorien

In subjektive Krankheitstheorien fließen Vorstellungen zur Verursachung bzw. Entstehung bestimmter Krankheiten, zu ihrem Verlauf, zu möglichen Behandlungsformen bzw. -angeboten und deren Nützlichkeit bzw. Effizienz ein.

Becker (1984, S. 315) fand bei einer Untersuchung von Patienten mit einem Mammakarzinom, daß etwa ein Drittel der Befragten ihre Krankheitstheorie mit Vorstellungen von Schuld und Strafe verbinden. Ebenso häufig wurde "Schicksal" als Ursache für die eigene Erkrankung genannt. Dies kann jeweils als Beleg für die Bedeutung des "magischen Denkens" in subjektiven Krankheitstheorien, die Becker hervorhebt, gewertet werden. Zusammenfassend hält Becker (1984) folgende Quellen, aus denen subjektive Krankheitstheorien gespeist werden, fest (vgl. Abb. 1).

Abb. 1 Subjektive Krankheitstheorie (aus Becker 1984, S. 318)



Raspe & Ritter (1982, S. 1202) fanden bei der Hälfte ihrer Stichprobe (Patienten mit chronischer Polyarthrit) "Mosaiktheorien", also mehrere Erklärungen zur Entstehung ihrer Erkrankung. Daneben untersuchten sie aber auch die Vorstellungen um das eigene Wissen über die Erkrankung - die Mehrzahl der Befragten schrieb sich - trotz im medizinischen Sinne defizitären Wissens - selbst gutes Krankheitswissen zu. Schließlich wurden hier auch Vorstellungen über das Krankheitswissen der Ärzte deutlich bis hin zu der Aussage: "Die Ärzte wissen ja selbst nicht woher es kommt. Ich habe zwar schon viel gelesen, aber der eine sagt dies, der andere das" (S. 1202).

Zepf und Weidenhammer (1988, S. 40) gehen davon aus, daß in subjektiven Krankheitstheorien von psychoneurotisch und psychosomatisch Kranken "die ätiologischen Vorstellungen strukturell der Realgenese der Symptomatik entsprechen, die im jeweiligen persönlichen Krankheitsmodell in typischer Weise mystifiziert in Erscheinung tritt".

Hier zeigt sich die unterschiedliche Verwendung des Begriffes "Krankheitstheorie": Einerseits werden damit einzelne Erklärungsmuster bezeichnet, von denen der Befragte mehrere für seine Krankheit verwenden und berichten kann; andererseits wird der Begriff für ein komplexes Bild verwendet, das ggf. auch mehrere solcher Muster, aber auch Vorstellungen zu Verlauf und Behandlung, das Bild von Ärzten und Institutionen, Medikamentenwirksamkeit etc. beinhaltet.

Bedeutung subjektiver Krankheitstheorien

Bei der Frage nach der Bedeutung der subjektiven Krankheitstheorie für die Arzt-Patient-Beziehung kommt wiederum Becker (1984, S. 314) zu dem Schluß: "Die Kluft zwischen Krankheitstheorie des Arztes und des Patienten ist somit eine der Hauptursachen für die sog. Non-Compliance³⁾"

Bewältigung und Abwehr von Emotionen

Bischoff & Zenz (1989, S. 13) halten entsprechend fest: "Vorstellungen, die sich Patienten von den Vorgängen ihres kranken Körpers machen, dienen darüber hinaus zur Bewältigung von Emotionen, die durch die Krankheit hervorgerufen werden". Verres (1989a, S. 18) verweist dagegen darauf, daß subjektive Krankheitstheorien auch der "momentanen Emotionsabwehr dienen" können und hebt als ein besonderes Kennzeichen ihre Prozeßhaftigkeit hervor. Aus diesen Funktionen resultieren aber auch methodische Probleme der Rekonstruktion subjektiver Krankheitstheorie, insbesondere was ihre Zugänglichkeit und die Klärung der Gültigkeit der Rekonstruktionen betrifft (s.u.).

Psychotherapie als Verhandlung über subjektive Krankheitstheorien

In einer der wenigen bislang vorliegenden Arbeiten im Bereich der Psychotherapie halten Thommen et al. (1990, S. 173) fest:

"Wir können subjektive Krankheitstheorien als Ausgangspunkt *und* Ergebnis von Individuum-Umwelt-Interaktionen betrachten, was gleichzeitig bedeutet, daß es sich bei ihnen um dynamische Strukturen handelt". Schließlich formulieren die Autoren als Konsequenz ihrer Studie: "Eine Therapie wird aber letztlich erst dadurch patientenzentriert,

3) Unter Compliance wird nach Basler (1985, S. 91) "ein Verhalten des Patienten verstanden, das übereinstimmt mit den ärztlichen Anweisungen und Verordnungen". Zum Problem wird jedoch eher die Non-Compliance des Patienten, die dazu führt, daß nach "Experten-Schätzungen (...) mindestens ein Drittel aller Medikamente vom Patienten nicht eingenommen wird" mit der Folge, daß der Patient sich um den "erwarteten Behandlungserfolg" bringe und der Gefahr "therapeutischer Fehlentscheidungen" (ebd.; vgl. ausführlicher auch Flick 1987b).

daß die Kluft zwischen Therapeut und Patient bezüglich ihrer krankheitsspezifischen Theorien in einem offen geführten Aushandlungsprozeß abgebaut wird".

Neben Krebs-, Herz-Kreislauf- und rheumatischen Erkrankungen werden v. a. psychiatrische (vgl. Angermeyer i.d.Bd.; Buchholtz i.d.Bd.), umweltbedingte (vgl. Ruff i.d.Bd.) und gesellschaftlich stark stigmatisierte Erkrankungen - etwa AIDS (vgl. Lucchetti i.d.Bd.) über subjektive Krankheitstheorien untersucht.

7. Subjektive Theorien von Gesundheit

Nach einer Phase der Konzentration auf subjektive Krankheitstheorien wurde zunehmend erkannt, daß nicht mehr das Wissen der Subjekte über Krankheit allein relevant ist. Vielmehr wird verstärkt auch die Frage aufgegriffen, welche subjektiven Vorstellungen von Gesundheit eigentlich existieren und verwendet werden und wie sich diese empirisch fassen lassen. Gerade in einer Zeit, in der sich - nicht zuletzt in der Definition der Weltgesundheitsorganisation WHO - die Erkenntnis durchsetzt, daß Gesundheit einerseits mehr ist, als die Abwesenheit von Krankheit, daß sich andererseits "Gesundheit als gesellschaftlicher Zwang"⁴ hinterfragen läßt, erhält die Frage alltäglicher Vorstellungen oder subjektiver Theorien von Gesundheit eine besondere Bedeutung. Faltermaier (i.d. Bd.) gibt einen Überblick über dieses Forschungsfeld⁵, ähnlich wie Bengel & Belz-Merk (1996) und Kolip (1994b), während Dross (i.d.Bd.), Schulze & Welters (i.d.Bd.), Mattes (i.d.Bd.), Frank et al. (i.d.Bd.), Kuhlmann & Kolip (i.d. Bd.) und Schmidt & Fröhling (i.d.Bd.) entsprechende Untersuchungen vorstellen. Eine deutliche Schwerpunktsetzung liegt in der jüngeren Literatur auf Konzepten wie dem Einfluß von Lebensweisen auf Gesundheit (vgl. Blaxter 1990; Gawatz & Nowak 1993; Kickbusch 1988; Klesse et al. 1992; Nowak 1995) und dem Gesundheitshandeln (Faltermaier 1994a, i.d.Bd.).

8. Folkmodels von Gesundheit und Krankheit

Insbesondere in der amerikanischen Anthropologie werden "Folkmodels" als Form des Alltagswissens untersucht (vgl. allgemeiner Holy & Stuchlik 1981). Vielfach werden linguistische Konzepte und Sprachanalysen zum Ausgangspunkt genommen (vgl. Streeck 1995 für einen Überblick). So hat D'Andrade (1987) ein "folkmodel of the mind" herausgearbeitet. Dabei geht er davon aus, daß es sich bei einem solchen Modell um "ein kognitives Schema handelt, das von einer sozialen Gruppe geteilt wird" (S. 112). Im wesentlichen werden auch bei der Untersuchung von gesundheits- und krankheitsbezogenen Folkmodels

4) so das Thema eines Sonderheftes der Zeitschrift "psychosozial" (2/90).

5) dort findet sich auch eine Auseinandersetzung mit dem Ansatz der "Health-belief"-Forschung, weshalb auf diese hier nicht eingegangen wird.

die verwendeten Begriffe und ihre Strukturen und Relationen analysiert, in letzter Zeit zunehmend in Anlehnung an kognitionswissenschaftliche Konzepte.

D'Andrade (1976) untersuchte mittels Krankheitslisten und Eigenschaftslisten, die sich auf verschiedene Krankheiten beziehen lassen, an amerikanischen Studenten die Struktur der Vorstellungen von Krankheit. Die Strukturen, die er gefunden hat, sind stark abhängig von der eingesetzten Methode der Auswertung - multidimensionaler Skalierung - und der speziellen Population - 10 männlichen Stanford-Studenten. Damit hat D'Andrade nach eigener Einschätzung (1976, S. 176) dennoch "einen ersten Versuch unternommen, ein kulturelles Modell davon zu konstruieren, wie Amerikaner über Krankheit denken". Gefunden hat D'Andrade ein System von Über- und Unterordnungen der verschiedenen vorgegebenen Krankheiten und eine Klassifikation entsprechend der ebenfalls vorgegebenen Eigenschaften. Interessant ist seine Studie v.a. wegen des Versuches, weniger Vorstellungen in Bezug auf *eine* Krankheit sondern eher in Bezug auf Krankheit allgemein zu rekonstruieren.

Heurtin-Roberts (1989) untersuchte Folkmodels über Bluthochdruck und Compliance bei älteren Frauen, während sich Helman (1978) mit Folkmodels über Infektion in einer englischen Vorstadt beschäftigte und dabei herausfand, daß bei den Befragten Temperaturschwankungen im Körper als eine Haupterklärung für Infektionen verwendet wurden. Bei der Analyse von Folkmodels über den bösen Blick als Ausdruck und Erklärung für Schizophrenie fand Miglicore (1983) bei sizilianischen Einwanderern in Kanada eine relativ begrenzte Konsistenz solcher Vorstellungen. Agar (1985) untersuchte Folkmodels über Drogenmißbrauch und den Nutzen von (speziell Methadon-) Behandlungen. Clement (1982) untersuchte "Samoan Folk knowledge of mental disorders". Dieses ist v.a. in "Begriffssystemen und Heilungsroutinen repräsentiert", wovon erstere zum Ansatzpunkt dieser Studie wurden (S. 197). Lock (1987) hat auf diesem Wege Alltagsvorstellungen psychischer Gesundheit in Japan ermittelt. Schaefer (1992) zeigt die Unterschiedlichkeit von Gesundheitsbegriffen in (insgesamt 12) verschiedenen Kulturen auf, während Flick et al. (i.d.Bd.) Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen deutschen und portugiesischen Frauen untersuchen.

In diesen Studien werden weniger subjektive Vorstellungen einzelner Individuen als vielmehr kulturell - oder sozial - geteilte Repräsentationen der Phänomene "Gesundheit" und "Krankheit" behandelt. Repräsentation wird jedoch als Abbildung einer gegebenen Wirklichkeit in sprachliche oder kognitive Systeme (i. S. von Begriffsschemata) aufgefaßt.

9. Mentale Modelle von Gesundheit und Krankheit

Ganz ähnlich geht die Forschungsrichtung vor, die Gesundheits- und Krankheitswissen als mentale Schemata versteht (vgl. Skelton & Croyle 1991). Leitfragen sind dabei: "Wie versteht und konzeptualisiert der Durchschnittsmensch "Gesundheit", "Was bestimmt die Art und Weise, wie Menschen ihren eigenen Gesundheitszustand und den anderer Menschen mental repräsentieren und was

sind die Implikationen solcher Repräsentationsprozesse und -strukturen?" (Skelton & Croyle, 1991, S. 1). Zentrales Ergebnis der entsprechenden umfangreichen Forschung ist ein Basis-Modell der Krankheitsrepräsentation. Das Krankheitsschema als gemeinsamer Kern von Lagentheorien über verschiedenste Krankheiten, umfaßt folgende Elemente:

- konkrete Symptome und ein Label, um ein Gesundheitsproblem zu identifizieren;
- Annahmen über die unmittelbaren und langfristigen Konsequenzen dieses Problems;
- seinen zeitlichen Verlauf;
- Attributionen hinsichtlich der Ursache des Problems und
- Mittel, durch die eine Heilung erreicht werden könnte (Skelton & Croyle, 1991, S. 4).

Ein vergleichbares Gesundheitsschema wurde bislang noch nicht vorgelegt.

In diesen kognitionspsychologisch fokussierten Ansätzen wird den über die Analyse von subjektiven Vorstellungen zugänglichen Prozessen der sozialen Konstruktion von Wirklichkeit weniger Aufmerksamkeit geschenkt als im theoretisch-methodischen Zugang zu Gesundheit und Krankheit über ihre soziale Repräsentationen.

10. Soziale Repräsentationen

Geschichte und Begriff der sozialen Repräsentationen

Die - typisch französische (Farr 1987) - Idee der sozialen Repräsentationen läßt sich bis zu Durkheim (1898) zurückverfolgen, der zwischen individuellen und kollektiven Repräsentationen unterschied. In der hier interessierenden Form hat sie Moscovici (1961) in die Sozialpsychologie mit einer Studie zur sozialen Repräsentation der Psychoanalyse im damaligen Frankreich eingeführt.

Seitdem ist v.a. in den letzten Jahren eine rege Diskussion zu diesem Konzept in der englischsprachigen Sozialpsychologie sowie eine mehr oder minder ausgeprägte Forschungspraxis in verschiedenen Feldern zu verzeichnen (vgl. Farr & Moscovici 1984; Jodelet 1989a, Flick 1995a für Überblicke). In dieser Zeit ist immer wieder das Fehlen einer klaren Definition des Begriffes der sozialen Repräsentationen beklagt worden (z.B. von Jahoda 1988). Die folgende Definition stammt von Moscovici (1995, S. 309f.):

"In ihrer exakten Lesart entspricht die soziale Repräsentation einem bestimmten wiederkehrenden und umfassenden Modell von Bildern, Glaubensinhalten und symbolischen Verhaltensweisen. Unter dem *statischen* Blickwinkel betrachtet gleichen die Repräsentationen den *Theorien*, die eine bestimmte Menge von Aussagen zu einem Thema (Geisteskrankheiten sind übertragbar; der Mensch ist, was er ißt, usw.) ordnen und die Dinge und Personen, deren Eigenschaften, Verhaltensweisen und dergleichen mehr zu beschreiben und zu erklären erlauben. Ferner enthalten die 'Theorien' mehrere veranschaulichende Beispiele, eine Werthierarchie und passende Handlungsmodelle. (...) Unter dem dynamischen Blickwinkel treten uns die sozialen Repräsentationen als 'Netz-

werke' lose miteinander verbundener Begriffe, Metaphern und Bilder entgegen, die nachgerade wegen der losen Verbindung fließender und beweglicher sind als wissenschaftliche Theorien. Man kann sich des Eindrucks nicht erwehren, daß wir ganze 'Enzyklopädien' von Begriffen, Metaphern und Bildern, die sich um bestimmte Glaubenskerne herum organisieren, in unseren Köpfen herumtragen".

Kognitive vs. soziale Repräsentation

Diese Definition verdeutlicht, daß bei dem Begriff der Repräsentation hier nicht der enge Begriff der kognitiven Psychologie gemeint ist, der in letzter Zeit zunehmend kritisiert wird. Nimmt man nun die Kritik ernst, die sich auf das in der kognitiven Psychologie favorisierte Modell der Repräsentation bezieht (vgl. Winograd & Flores 1986), so ergibt sich: Die Frage nach dem Wissen der Subjekte bleibt weiterhin aktuell, jedoch stellt sie sich anders als im Hauptstrom der kognitionspsychologischen Forschung (vgl. etwa Mandl & Spada 1988). Daß Begriffe oder Konzepte und ihre Bedeutung weniger "objektiv" und kontextfrei in Repräsentationen abbildbar und bestimmbar sind, sondern wesentlich einerseits von dem Kontext abhängen, in dem sie verwendet werden, andererseits auch von dem Kontext geprägt sind, in dem sie bestimmt werden, ist in der Folge von Wittgenstein (1953) immer wieder gezeigt worden. Hier setzt die Idee der sozialen Repräsentation an:

"Wenn wir soziale Repräsentationen untersuchen, untersuchen wir den Menschen, soweit er Fragen stellt und Antworten sucht oder denkt und nicht, soweit er Informationen verarbeitet oder sich verhält. Präziser ausgedrückt, soweit sein Ziel nicht ist, sich zu verhalten, sondern zu verstehen" (Moscovici 1984, S. 15).

Die Idee der sozialen Repräsentation setzt somit an alltäglichen Prozessen des Verstehens und der Begriffsbildung an und zwar gerade an den Prozessen der Herstellung und Konstruktion von Wirklichkeit durch die Subjekte im Alltag: Soziale Repräsentationen "sind spezifische Phänomene, die sich auf eine besondere Art zu verstehen und zu kommunizieren beziehen - eine Art, die sowohl Wirklichkeit wie Alltagswissen herstellt" (1984, S. 19).

Individuelles vs. soziales Wissen

Im Gegensatz zum Konzept der subjektiven Theorien setzen soziale Repräsentationen jedoch nicht am individuellen Wissen an. Vielmehr wird dabei davon ausgegangen, daß Vorstellungen sozial geteilt sind, d.h. weniger individuumspezifisch als gruppenspezifisch zu finden sind. So ist eine zentrale Frage bei der Untersuchung sozialer Repräsentationen:

"Was ist eine 'denkende' Gesellschaft. Das ist unsere Frage und das möchten wir beobachten und verstehen, indem wir (a) die Umstände, unter denen Gruppen kommunizieren und Entscheidungen treffen und danach trachten, etwas entweder zu zeigen oder zu ver-

heimlichen und (b) ihre Leistungen und ihre Überzeugungen, d.h. ihre Ideologien, Wissenschaften und sozialen Repräsentationen untersuchen" (Moscovici 1984, S. 15).

Das heißt, über soziale Repräsentationen soll Zugang gefunden werden zur Art und Weise, wie eine Gesellschaft "denkt" in Bezug auf einen bestimmten Bereich, Gegenstand etc. Ansatzpunkt sind dabei die Subjekte, die Teil dieser Gesellschaft sind und ihre Art zu denken und ihr Wissen: "Soziale Repräsentationen sollten als eine besondere Weise begriffen werden, das zu verstehen, was wir bereits wissen und darüber zu kommunizieren" (1984, S. 17). Eine zentrale Annahme, die über das Konzept der subjektiven Theorie hinausweist, ist dabei der Einfluß kollektiven oder kulturell geteilten Wissens auf soziale Repräsentationen, auf dem sie aufbauen:

"Ebenso könnten unsere Gemeinschaften heute nicht funktionieren, würden da nicht soziale Repräsentationen geformt, die auf dem Bestand an Theorien und Ideologien aufbauen, die sie in geteilte Realitäten transformieren, die sich auf die Interaktionen zwischen den Menschen beziehen und die so eine eigene Klasse von Phänomenen konstituieren" (1984, S. 19).

11. Soziale Repräsentation von Gesundheit und Krankheit

Dieser Zugang ist immer wieder auch zur Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit gewählt worden. So hat Claudine Herzlich (1968/1973, vgl. auch ihren Beitrag i.d.Bd.) eine Untersuchung zur sozialen Repräsentation von Gesundheit und Krankheit durchgeführt. Dabei hat sie insgesamt achtzig Mittel-schichtangehörige aus Paris und einem Dorf in der Normandie mit offenen Interviews befragt. Ihr Interesse richtete sich einerseits auf die "Wahrnehmung und Bewertung einer Erfahrung, die direkt von sozialen Normen beeinflusst wird und die damit dazu dient, die Orientierungen in Einstellung und Verhalten zu beeinflussen" (1973, S. 11). Andererseits geht es dabei um die "Konzeptualisierung einer Idee: Die Konzeptualisierung der Erfahrung, die, indem sie Meinungen von Gesundheit und Krankheit reflektiert, das kognitive Gegenstück von Verhaltensmodellen repräsentiert". Jenseits des subjektiven Wissens über Krankheit und Gesundheit wird hier die Rolle solcher Repräsentationen bei der Konstruktion sozialer Realität betrachtet (1973, S. 11).

Da die wesentlichen Ergebnisse diese Studie zum Thema Gesundheit im Beitrag von Faltermaier (i.d.Bd.) zusammengefaßt sind und Herzlich in ihrem eigenem Beitrag auf ihre Ergebnisse zur Frage der sozialen Repräsentation von Krankheit in ihrem Wandel Bezug nimmt, wird hier auf diese Studie relativ knapp eingegangen: Wesentliches Ergebnis war die Herausarbeitung von drei Typen der sozialen Repräsentation von Krankheit (Herzlich 1973, S. 104ff.):

- "Krankheit als Destruktion" ist von einem Rollenverlust und sozialer Isolation bei gleichzeitiger Abhängigkeit von anderen geprägt und wird als etwas erlebt, das dem Betroffenen zugefügt wird, womit ihm Gewalt angetan wird und führt zu Inaktivität;
- "Krankheit als Befreiung" wird als Ruhepause und Chance für den Ausstieg aus belastenden Situationen erlebt, der neue Möglichkeiten eröffnet (z.B. stärkere intellektuelle Betätigung als sonst). Krankheit wird dabei zu einem Mittel der Verteidigung gegen Anforderungen der Gesellschaft und mit einer Wiederentdeckung des eigenen Selbst und der Möglichkeit einer persönlichen Reifung verbunden;
- "Krankheit als Aufgabe" ist durch den aktiven Kampf gegen die Krankheit, durch Angst vor ihr, aber auch durch die Akzeptanz der Krankheit geprägt. Der Patient sieht hier Möglichkeiten der Teilhabe am Prozeß der Heilung und Beziehungen zum Arzt als Austausch und Kooperation. Dabei werden die sozialen Werte der Gesundheit auch in der Krankheit aufrechterhalten. Krankheit wird als Lernsituation und Heilung als deren normales Ergebnis aufgefaßt, während bei chronischen Krankheiten Möglichkeiten der Anpassung und adaptiven Bewältigung gesehen werden.

Zusammenfassend hält Herzlich (1973, S. 139) fest:

"Gesundheit und Krankheit erscheinen somit als ein Modus der Interpretation der Gesellschaft durch das Individuum und als ein Modus der Beziehung des Individuums zur Gesellschaft".

Den besonderen Stellenwert der Untersuchung sozialer Repräsentationen bei diesen Fragen begründet die Autorin (1973, S. 136) folgendermaßen:

"In der wechselseitigen Artikulation verschiedener Ebenen psychosozialer Phänomene - kognitiver Organisation sozialer Gegenstände und der Herausarbeitung von Verhaltensnormen - die normalerweise getrennt untersucht werden, liegt nach unserer Meinung eines der Hauptinteressen der Untersuchung von Repräsentationen".

Diese Studie gilt - obwohl sie mittlerweile fast 30 Jahre alt ist - immer noch als die klassische Studie zum Verständnis von Gesundheit und Krankheit aus der Sicht des Subjektes und als eine der aufschlußreichsten Studien über die gesellschaftliche Rolle, aber auch der sozialen Konstruktion dieser beiden Phänomene. Daneben ist sie immer noch eines der gelungensten Beispiele der empirischen Umsetzung der Forschungsperspektive der sozialen Repräsentationen.

Fortführungen des Ansatzes von Herzlich

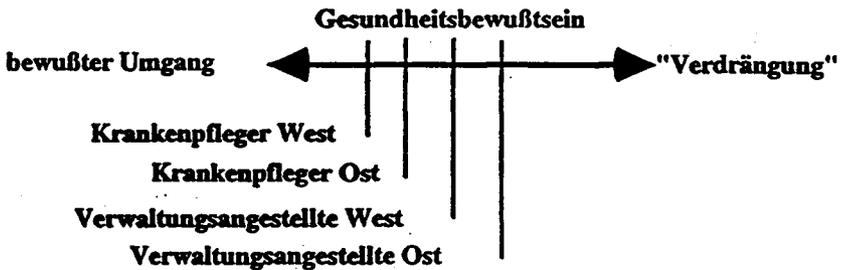
Die von Herzlich präsentierten Perspektive und Ergebnisse sind in der Folge immer wieder auch empirisch aufgegriffen worden (z. B. Pill & Stott 1982; Murray 1993). Die Untersuchung und die Ergebnisse von Herzlich waren auch der Ausgangspunkt einer eigenen explorativen Studie (Flick & Niewiarra 1994, vgl. Flick 1997a) zur Analyse von Gemeinsamkeiten und Unterschiede von Gesundheitsvorstellungen. Dabei wurden Männer und Frauen aus verschiedenen Berufsgruppen (Krankenpfleger vs. Verwaltungsangestellte), die aus Ost- und

Westdeutschland stammen, in episodischen Interviews (vgl. Flick 1995c) u.a. folgende Fragen gestellt:

- Was ist das für Sie, "Gesundheit"? Was verbinden Sie mit dem Wort "Gesundheit"?
- Wenn Sie sich zurückerinnern, wann haben Sie das erste Mal über Gesundheit nachgedacht? Könnten Sie mir diese Situation erzählen?
- Es gibt Zeiten in denen fühlt man gestünder sich als sonst. Könnten Sie mir bitte eine Situation erzählen, in der Sie sich besonders gesund gefühlt haben.

Die Antworten wurden nach der Methode von Strauss (1991) ausgewertet. Die Kernkategorien der Auseinandersetzung mit dem Thema Gesundheit wurden für die einzelnen Fälle, für die Fallgruppen und die untersuchten Fälle insgesamt herausgearbeitet und in ihrer Verteilung über die Gruppen betrachtet. Dabei wurde deutlich - wie auch die Arbeit von Faltermaier (1994a) nahelegt -, daß in den neunziger Jahren der Faktor des bewußten Umgangs mit Gesundheit eine wesentlich stärkere Rolle spielt als in den sechziger Jahren, in denen Herzlich ihre Untersuchung durchgeführt hat. Themen wie gesunde Ernährung, Fitneß, Rad- statt Autofahren etc. haben nicht nur in den durchgeführten Interviews Konjunktur. Entsprechend wurde zur gemeinsamen Kernkategorie über alle untersuchten Gruppen hinweg das Konzept Gesundheitsbewußtsein. Dieses ist im Spannungsfeld zwischen dem bewußten Umgang mit Gesundheit und der Verdrängung des Phänomens als Thema angesiedelt, wobei ein eher alltagssprachlicher Begriff der Verdrängung verwendet wurde. Im Vergleich der untersuchten Gruppen zeigt sich, daß dieses Thema, wenn auch in unterschiedlicher Akzentuierung durch alle Untersuchungsgruppen hindurch anzutreffen ist, wie die folgende Graphik zeigt:

Abb. 2: Gesundheitsbewußtsein zwischen bewußtem Umgang und Verdrängung



Die untersuchten Gruppen sind unterschiedlich zwischen den beiden Polen "bewußter Umgang" und "Verdrängung", die die Kernkategorie "Gesundheitsbewußtsein" bestimmen, angesiedelt: Die Antworten der Krankenpfleger sind stärker an bewußtem Umgang mit dem Thema Gesundheit orientiert, während der Anteil der "Verdrängung" in der Auseinandersetzung bei den Verwaltungsangestellten aus Ostdeutschland wesentlich ausgeprägter ist.

Entsprechend läßt sich die Typologie von Gesundheitsvorstellungen bei Herzlich (1973; vgl. Faltermaier i.d.Bd.) um den Typ "Gesundheit als Lebensweise" ergänzen, der komplementär zu "Krankheit als Aufgabe" zu sehen ist und in ähnlicher Weise den Lebensstil prägt.

Tab. 1: Erweiterung der Gesundheitstypen von Herzlich (Flick & Niewiarra 1994)

Krankheitstypen	Gesundheitstypen
Krankheit als Destruktion	Gesundheit als Vakuum
Krankheit als Befreiung	Reservoir an Gesundheit
Krankheit als Aufgabe	Gesundheit als Lebensweise
	Gesundheit als Gleichgewicht

In den letzten Jahren sind eine Reihe von Studien zur sozialen Repräsentation psychischer Erkrankungen (Bellelli 1987; Morant 1995; Prior 1993; vgl. auch Angermeyer & Zaumseil 1997; Flick 1997b) vorgelegt worden. De Rosa (1987, 1997) hat sich dieser Frage empirisch bei Kindern und Erwachsenen u. a. über die Interpretation vorgelegter Symbolisierungen von Verrückten etwa auf Tarotkarten und über das Anfertigenlassen von Zeichnungen zu diesem Thema genähert. Jodelet faßt ihre eigene Untersuchung (1991) in ihrem Beitrag zu diesem Band zusammen, so daß hier nicht weiter darauf eingegangen werden soll. Markova & Wilkie (1987) haben schließlich - allerdings eher unter einem theoretischen Fokus - die soziale Repräsentation von AIDS analysiert.

12. Methodische Zugänge

Ein generelles Problem bei der Analyse subjektiver Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit faßt Faller (1989, S. 57) zusammen:

"Wenn die Erforschung subjektiver Krankheitstheorien nicht der Gefahr des Kognitivismus anheimfallen will, muß sie durch die methodische Konzeption die Möglichkeit schaffen, daß die enge und unauflösliche Verknüpfung von Emotionen und Kognitionen gegenstandsangemessen erfaßt werden kann, so daß die doppelte Funktion subjektiver Theorien, der rationalen Handlungssteuerung wie auch der rationalisierenden Abwehr von Angst dienen zu können, nicht aus den Augen gerät".

Bei einem Blick auf die verwendeten methodischen Zugänge zeigt sich, daß bei der Datenerhebung verschiedene Formen von Interviews im Vordergrund stehen: Leitfadenterviews mit anschließender kommunikativer Validierung (Lucchetti i.d.Bd.; Buchholz i.d.Bd.) oder ohne diesen Schritt (Angermeyer i.d.Bd.; Dross i.d.Bd.; Flick et al. i.d.Bd.; Ruf i.d.Bd.; Verres 1986; Herzlich 1973) oder Narrative Interviews (z. B. bei Mutz & Kühnlein 1991). Es zeigt sich aber auch, daß das von Faller allgemein skizzierte Problem der Gegenstandsangemessenheit der Methode (vgl. Flick 1995c) immer noch nicht befriedigend gelöst ist (vgl. Lucchetti i.d.Bd.; Buchholz i.d.Bd.), da Interviews die Betonung kognitiver Elemente in subjektiven Vorstellungen fördern (vgl. Radley & Billig 1996).

Neben Interviews werden Checklisten (Angermeyer i.d.Bd.) oder Fragebögen zur Einstellungsmessung (Mattes i.d.Bd.; Kolip i.d.Bd.) verwendet. Durch die Triangulation verschiedener solcher Zugänge (vgl. Flick 1992) wird einerseits

die Ergänzung der Resultate, andererseits das Aufdecken von Unterschieden durch unterschiedliche Zugänge angestrebt.

Für die Auswertung der erhobenen Interviewdaten werden Inhaltsanalysen (Verres 1986; Herzlich 1973) oder interpretative Verfahren angewendet oder entwickelt. Besonderes Gewicht wird dabei auf die Kontextsensitivität der Verfahren gelegt (Verres 1986, Faller 1989). Einen anderen Weg beschreiten Wilke & Grande (1991) mit der Interpretation von Therapiegesprächen zur Rekonstruktion von Krankheitskonzepten.

Insgesamt werden hauptsächlich, aber nicht in jedem Falle, qualitative Verfahren der Datenerhebung und -interpretation verwendet oder als notwendig erachtet. Mittlerweile finden sich in diesem Feld jedoch immer mehr Untersuchungen, in denen mit größeren Fallzahlen gearbeitet wird, um die Ergebnisse qualitativer Studien zu überprüfen (z.B. Pill & Stott 1982 für die Ergebnisse von Herzlich 1973). Weitere Beispiele für eine stärker quantifizierende Ausrichtung der Forschung liefern Kolip (i.d.Bd.), Frank et al. (i.d.Bd.), Schmidt & Fröhling (i.d.Bd.) und Angermeyer (i.d.Bd.).

13. Relevanz subjektiver Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit

Was macht nun derzeit gerade subjektive Vorstellungen von Krankheit und Gesundheit aktuell und interessant? Die Relevanz von subjektiven Vorstellungen wird in verschiedener Hinsicht für therapeutische Maßnahmen, für die Gesundheitspsychologie und -wissenschaften und für die Theorieentwicklung generell diskutiert.

Es beginnt sich langsam die Einsicht wieder durchzusetzen, daß das professionelle Wissen über Krankheit und Gesundheit nur *einen* Bereich des dazu vorhandenen gesellschaftlichen Wissens darstellt. Alltags- oder Laienwissen zu Krankheit und Gesundheit wurde schon immer dazu benutzt, Krankheiten zu erkennen und bewältigen, so daß ein großer Teil der auftretenden Symptome und Probleme gar nicht bis in das professionelle medizinisch-therapeutische System gelangt. Neben dem Wissen, über das der eigentlich Betroffene verfügt, ist das seiner Umfeldpersonen (Verwandte, Bekannte, das soziale Netzwerk etc. - vgl. Buchholtz i.d.Bd. und Ruff i.d.Bd.) von Bedeutung. Mit der zunehmenden Etablierung insbesondere der Medizin, aber auch anderer therapeutischer Expertenkulturen sind solche Wissensbestände mehr und mehr zurückgedrängt worden - zumindest was die Bedeutung betrifft, die ihnen noch beigemessen wurde. Jedoch spielen sie weiterhin eine entscheidende Rolle für den Erfolg therapeutischer Angebote.

Subjektive Vorstellungen in Patientenkarrieren

Verdeutlicht man sich einmal knapp die "Sozialisation zum Patienten", die Dörner (1975) beschrieben hat, werden subjektive Vorstellungen von Gesundheit

und Krankheit auf diesem Wege an folgenden Stellen relevant: Im ersten Stadium ("Symptomerfahrung") ist das "Individuum (...) gezwungen, auf die Suche nach Erklärung und Definition seines Zustandes zu gehen" (1975, S. 153). Hier werden neben seinen eigenen Gesundheits- und Krankheitstheorien die in seinem Umfeld vorhandenen Vorstellungen wesentlich bestimmen, ob und wann der Betroffene Krankheiten als behandlungsnotwendig erkennt. Das zweite Stadium ("Ich bin krank") ist nach Dörner auch "das der laien-medizinischen Selbst- (und Fremd-) Diagnostik und -Behandlung" (1975, S. 157), in dem nicht zuletzt das "Laien-Zuweisungssystem" entscheidend dafür ist, ob und wann der Betroffene professionelle Hilfe aufsucht und auch, welche Art er in Anspruch nimmt. Die Wirkung dieser Faktoren wird wiederum wesentlich vom vorhandenen bzw. verfügbaren Alltagswissen bestimmt. Im dritten Stadium ("Ich muß zum Arzt") werden, wie schon erwähnt, Kooperation, Vertrauen oder auch Compliance des Patienten von seinen und den in seinem Umfeld vorhandenen Vorstellungen bestimmt, ebenso wie im vierten Stadium ("Ich bin Patient"). Im fünften Stadium schließlich ("Werde ich gesund") hängt von den subjektiven Vorstellungen in der Umgebung des etwa aus der Klinik zurückkehrenden Patienten ab, inwieweit er wieder als gesund oder als noch krank eingeschätzt oder auch akzeptiert wird. So hat etwa Eichenbrenner (1988) verdeutlicht, daß der Erfolg von Bemühungen, im psychiatrischen Sinne auffällige Personen in ihrem Alltag zu belassen oder nach Klinikaufenthalt wieder zu integrieren, vor allem davon abhängt, ob es gelingt, die subjektiven Vorstellungen über psychische Gesundheit bzw. Krankheit in deren Umfeld so zu beeinflussen, daß ihr Verhalten tolerabel erscheint.

Bedeutung für die Gesundheitswissenschaften

Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit, die sich über die in diesem Band enthaltenen Forschungsansätze rekonstruieren lassen, können für die Psychologie - v.a. innerhalb der sich etablierenden Gesundheitswissenschaften - in verschiedener Hinsicht relevant werden (vgl. hierzu Flick 1997a).

Mentale Modelle der Gesundheit (Skelton & Croyle 1991) liefern einen Beitrag zur Grundlagenforschung im Bereich der Wissenspsychologie etwa hinsichtlich der Unterschiede von Laien- und Expertenwissen in Aufbau und Struktur am Beispiel von Gesundheit. Darüber läßt sich untersuchen, wie Gesundheits- und Krankheitsschemata die Identifikation von Gesundheitsrisiken sowie gesundheitsförderliches oder -erhaltendes Handeln beeinflussen. Damit trägt die Psychologie unter dem Stichwort Gesundheitspsychologie zu den Gesundheitswissenschaften allgemeine Aussagen über Inhalt und Funktion von gesundheitsbezogenen Wissensinhalten bei.

Studien zu subjektiven Konzepten von Gesundheit und Krankheit i. S. von Faltermaier (i.d.Bd.) gehen davon aus, daß Gesundheitshandeln wesentlich von den expliziten und impliziten Vorstellungen über Gesundheit - von subjektiven Gesundheitsbegriffen über subjektive Gesundheitstheorien - beeinflusst ist. Die Beeinflussung von Gesundheitshandeln - als Ziel von Prävention und Gesundheitserziehung - wird v. a. dann Erfolg haben, wenn die Gesundheitsvorstellungen der Zielgruppen erreicht und beeinflusst werden. Hierfür ist die Untersu-

chung von subjektiven Gesundheitsvorstellungen in doppelter Hinsicht aufschlußreich: Weitere Studien können allgemeine Aufschlüsse über die Bandbreite und Variation von solchen Vorstellungen liefern. Darüber läßt sich abschätzen, in welchem Feld möglicher Gesundheitsvorstellungen präventive Angebote formuliert werden und in welcher Form sie formuliert werden sollten, um ihr Ziel zu erreichen. Die Untersuchung von Gesundheitsvorstellungen bei spezifischen Personen und Gruppen ermöglicht, präventive oder therapeutische Angebote auf die Zielgruppen zuzuschneiden.

Für subjektive Krankheitstheorien wurde bereits festgehalten, welche Funktion sie in der "Bewältigung von Emotionen, die durch die Krankheit hervorgerufen werden" (Bischoff & Zenz 1989, S. 13), haben. Psychotherapie wird auch als Verhandlung über subjektive Krankheitstheorien beschrieben, wobei Ziel von Therapeuten sein sollte, "die Aufmerksamkeit unserer Patienten auf ihre 'naiven Theorien' (...) zu lenken, um ihnen bewußt zu machen, wie sie die Welt und ihr eigenes Wirken in dieser Welt betrachten, was sie tatsächlich tun und im Dienste welcher Motive und Ziele sie es tun" (Thommen et al. 1990, S. 173). Dies kann erweitert auch für die impliziten und expliziten Gesundheitsvorstellungen von Patienten oder von potentiellen Zielgruppen von Präventionsprogrammen formuliert werden: Beratung und Gesundheitserziehung als Aushandlungsprozeß über subjektive Gesundheitsvorstellungen und ihre Konsequenzen.

Besonders aufschlußreich erscheinen weitere Untersuchungen über die soziale und kulturelle Unterschiedlichkeit der Gesundheitsvorstellungen in der Tradition von Herzlich (vgl. Flick et al. i.d.Bd.). In dieser Perspektive lassen sich lokal spezifizierte Analysen über die Spezifik von Gesundheitsbegriffen von Zielgruppen von Präventionsprogrammen vornehmen. Für die Psychologie ist die darüber entwickelbare Sozialpsychologie des Wissens über Gesundheit relevant - die analysiert, von welchen sozialen Einflußfaktoren die Ausgestaltung und Wirkung von Gesundheitsvorstellungen bestimmt ist. Hier läßt sich die Perspektive der "Epidemiologie sozialer Repräsentationen" aufgreifen, die Sperber (1985) formuliert hat, die sich mit der Transformation solcher Vorstellungen in unterschiedlichen Kontexten und durch unterschiedliche Interventionen befassen könnte. Darüber läßt sich dann z. B. untersuchen, inwieweit es über die Etablierung gesundheitswissenschaftlicher Programme gelungen ist, das Verständnis von Gesundheit bei bestimmten Bevölkerungsgruppen in spezifischen lokalen Kontexten zu beeinflussen, nachdem sich auf diesem Wege zunächst die Ausgangssituation bestimmen ließ. Die Transformation von Gesundheitsvorstellungen stellt somit einen Indikator für die Evaluation von Gesundheitsförderung und den Erfolg von Gesundheitswissenschaften insgesamt dar.

Genereller sehen Popay & Williams (1996, S. 760ff.) drei Dimensionen von Laienwissen, weshalb seine Untersuchung für Public Health Forschung und Praxis besondere Bedeutungen erlangen kann: "Verständnis von Laien hinsichtlich der Beziehung von individuellem Verhalten und Lebensumständen; Laientheorien über Ätiologie und die prädiktive Stärke von Laienwissen" - letzteres gerade hinsichtlich entstehender, noch nicht symptomatischer Gesundheitsprobleme.

Subjektive Vorstellungen bei Kunden gesundheitsbezogener Dienstleistung

In letzter Zeit werden Patienten zunehmend als Klienten oder Kunden verstanden. Ärztliches und anderes gesundheitsförderliches professionelles Handeln wird zunehmend als eine Dienstleistung betrachtet. Ähnlich wie andere Dienstleistungen unterliegen sie einer Bewertung hinsichtlich ihrer Qualität (vgl. Selbmann 1995). In dieser Entwicklung wird die Kenntnis und Berücksichtigung von Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen der Klienten zu einer wichtigen Voraussetzung dafür, daß die Qualität von medizinischen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen ermittelt und vermittelt werden kann. Für die Umsetzung von Konzepten wie einer patientenorientierte Medizin oder die Erhöhung der Patientenzufriedenheit sind Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen ein zentraler Ansatzpunkt.

Subjektive Vorstellungen als Basis von Theorieentwicklung

Neben diesen pragmatischen Bedeutungen hat die theoretische und empirische Auseinandersetzung mit Gesundheitsvorstellungen als ein Weg zur Entwicklung eines wissenschaftlichen Gesundheitsbegriffes, der von Alltagsbegriffen der Gesundheit ausgeht, einen nicht zu unterschätzenden heuristischen Wert (vgl. hierzu für eine soziologische Sichtweise auch Gerhardt 1993). Wie bereits eingangs angedeutet, wird mit ihrer Erforschung das Verhältnis von Wissenschaft und Alltagsverstand allgemeiner zum Thema. Einerseits läßt sich auf diesem Wege nachzeichnen, welche Erkenntnisse und Ergebnisse der Wissenschaften in das Alltagswissen (und darüber in die Gesellschaft) Eingang gefunden haben, was etwa bei der Auseinandersetzung mit sozialen Repräsentationen seit Moscovici (1961) im Vordergrund steht.

Andererseits lassen sich alltägliche Wissensbestände zur Erweiterung der vorhandenen wissenschaftlichen Wissensbestände nutzen: So lassen sich subjektive Theorien zum Ausgangspunkt für eine gegenstandsbegründete Theoriebildung im Sinne von Glaser & Strauss (1967) nehmen (vgl. Flick 1989, S. 129ff.). Gerade in Bereichen, in denen es noch wenig an theoretischen Modellen gibt, lassen sich solche Modelle aus subjektiven Vorstellungen entwickeln und damit die Idee von Schütz (1971a) realisieren, an den Konstruktionen der Menschen im Alltag bei der Theorieentwicklung anzusetzen.

Weiterhin kann die Rekonstruktion subjektiver Vorstellungen einen Beitrag zur Beantwortung der Frage nach der sozialen Konstruktion der Krankheit leisten, indem sie verdeutlicht, welche Krankheits- und Gesundheitsvorstellungen existieren, welche Wahrnehmungen und Bewertungen einzelner Krankheiten und Kranker sich daraus ergeben, wie sich Gesundheitsvorstellungen und davon ausgehend subjektive Zielvorstellungen von Heilungsprozessen wandeln etc. Die Antworten auf solche Fragen werden umso aufschlußreicher sein, je mehr Wert bei der Erhebung der entsprechenden Daten auf die Gegenstandsangemessenheit der verwendeten Methoden gelegt wird.

Schließlich können gerade subjektive Vorstellungen von Krankheit und Gesundheit und ihr Wandel den Blick auf die Wahrnehmung und Bewältigung gesellschaftlichen Wandels bei den Betroffenen eröffnen (vgl. Herzlich i.d.Bd.).

14. Die Beiträge in diesem Buch

In den Beiträgen zu diesem Band werden verschiedene der hier angerissenen Fragen aufgegriffen und methodisch und v. a. empirisch vertieft. Das erste Kapitel stellt dabei *Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen in verschiedenen Altersgruppen* vor. *Lothar Schmidt und Heike Fröhling* vergleichen Kinder- und Jugendliche aus verschiedenen Altersgruppen (5 bis 16 Jahre) sowie deutsche und türkische Jugendliche hinsichtlich der Inhalte und Differenzierung ihrer Alltagsvorstellungen. *Petra Kolip* bezieht die Gesundheitsdefinitionen von 12- bis 16-jährigen Jugendlichen auf deren Kontrollüberzeugungen mit dem Fokus einer Veränderung ihres gesundheitsbezogenen Verhaltens. *Ulrike Frank, Martina Belz-Merk, Jürgen Bengel und Regine Stritmatter* haben gesunde Männer und Frauen (30 bis 55 Jahre) nach ihren Gesundheitsvorstellungen befragt und als zentrale Dimensionen darin das Bezugssystem, die Befindlichkeit und die Zuständigkeit herausgearbeitet. Dieses Kapitel wird durch einen aktualisierten Überblick von *Toni Faltermaier* über das Forschungsfeld der subjektiven Theorien und Konzepte von Gesundheit, eigene und andere Ergebnisse sowie deren Relevanz für die Gesundheitswissenschaften abgerundet.

Das zweite Kapitel fokussiert mit der *Geschlechtsspezifität von Gesundheitsvorstellungen* eine andere Dimension, die in der empirischen Forschung stark im Vordergrund steht. Anknüpfend an die Beiträge im vorausgehenden Kapitel zeigen *Christa Schulze und Ludger Welters* die Alters- und Geschlechtsabhängigkeit solcher Vorstellungen in ihrer Untersuchung an Männern und Frauen aus zwei Altersgruppen (20 bis 29 und 60 bis 69 Jahre). *Ellen Kuhlmann und Petra Kolip* analysieren Geschlechtsunterschiede in den Gesundheitsvorstellungen einer spezifischen Berufsgruppe (Professoren und Professorinnen). *Margret Dross* stellt die subjektiven Theorien von Gesundheit aus einer Studie mit psychisch gesunden Frauen vor, während *Ulrike Maschewsky-Schneider* der Frage nachgeht, ob die festgestellte höhere Lebenserwartung von Frauen mit einem besseren Gesundheitszustand bzw. anderen Gesundheitskonzepten bei Frauen einhergeht.

Das dritte Kapitel beleuchtet die *kulturelle Einflüsse auf Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen*. In Anknüpfung an die Beiträge des vorhergehenden Kapitels gehen *Uwe Flick, Beate Hoose und Petra Sitta* der Frage nach, worin sich Gesundheitsvorstellungen von Frauen aus Deutschland und Portugal unterscheiden bzw. was sie gemeinsam haben. *Petra Mattes* diskutiert regionale Unterschiede zwischen Großbritannien und der (alten) Bundesrepublik. Diese beiden Beiträgen stellen Unterschiede *zwischen verschiedenen Kulturen* in den Vordergrund. *Serge Moscovici* greift das Verhältnis von logischem und prälogischen Denken und damit ein Konzept aus der kulturvergleichenden Anthropologie auf, das gerade im Umgang mit Themen Gesundheit und Krankheit und deren kultureller Bedeutung auch *innerhalb einer Kultur* besondere Relevanz erhält. *Claudine Herzlich* widmet sich der Rolle sozialer Repräsentationen von Gesundheit und Krankheit im Lichte des sozialen und kulturellen Wandels und

des Beitrags, den ihre Analyse zu deren Verständnis leisten können. *Denise Jodelet* stellt mit ihrer Untersuchung zur sozialen Repräsentation psychischer Erkrankungen ein empirisches Beispiel vor, wie Fremdheitserfahrungen psychischer Krankheit in ein kulturelles Milieu assimiliert bzw. davon ausgegrenzt werden.

Das folgende Kapitel faßt Beiträge zusammen, die sich mit *Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen von Patienten und Angehörigen* beschäftigen. *Matthias Angermeyer* untersucht subjektive Theorien von psychiatrischen Erkrankungen bei Patienten, während *Anke Buchholtz* hierzu deren Angehörige befragte. *Hermann Faller, Sabine Gößler und Hermann Lang* untersuchen die Gesundheitsvorstellungen bei Psychotherapiepatienten. *Sandra Lucchetti* behandelt die subjektiven Krankheitstheorien bei HIV-Infektion und AIDS gerade unter dem Fokus von deren Bewältigung, wobei sie ihre Ergebnisse im Lichte der weiteren Verläufe der untersuchten Fälle und der Entwicklung der AIDS-Behandlung noch einmal betrachtet. *Frank Ruff* behandelt am Beispiel der Eltern von Kindern mit Pseudo-Krupp eine umweltbedingte Erkrankung. Abschließend diskutiert *Rolf Verres* Perspektiven für die weitere Forschung über subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit und stellt dabei die Frage nach der besonderen Verantwortung des Forschers in diesem Feld in den Vordergrund.

Bei diesem Band handelt es sich um die weitgehend revidierte Neuausgabe von Flick (1991a). Dabei wurden eine ganze Reihe neuer Beiträge (Schmidt & Fröhling; Kolip; Frank et al.; Kuhlmann & Kolip; Maschewsky-Schneider; Flick et al.; Faller et al.) aufgenommen. Andere Beiträge wurden von den Autoren in wesentlichen Punkten aktualisiert und ergänzt (Faltermaier; Lucchetti). Schließlich wurden die Übersetzungen der Beiträge von Moscovici, Herzlich und Jodelet durchgesehen und in weiten Teilen korrigiert.