

Vorwort der Herausgeber

Hans-Wolfgang Hoefert & Elmar Brähler

Einleitung

Wenn Menschen an sich selbst körperliche oder psychische Veränderungen bemerken oder von anderen Menschen darauf aufmerksam gemacht werden, die auf eine Erkrankung hindeuten könnten, dann fragen sie sich, worauf diese mögliche Erkrankung zurückgeführt werden kann, welchen Verlauf sie wahrscheinlich nehmen wird und ob und was sie gegebenenfalls dagegen tun könnten. Dabei hängt es sehr von der individuellen Sensibilität für Veränderungen sowie von der Vorerfahrung mit Krankheiten und dem generellen Wissen über Krankheiten und ihre Symptome ab, ob den beobachteten Veränderungen ein Krankheitswert beigemessen wird.

Alle Überlegungen von Betroffenen, die nicht selten von Emotionen wie Ärger, Angst oder auch Hoffnung begleitet werden, sollen im Folgenden unter dem Begriff der „subjektiven Krankheitsvorstellungen“ zusammengefasst werden, welche sich nicht unbedingt mit den (objektiven) Krankheitsvorstellungen von Professionellen (Ärzten, Psychotherapeuten) decken müssen, welche jene vor dem Hintergrund eines wissenschaftlichen Krankheitsmodells und einer objektivierten Diagnose des Patienten entwickeln. Wenn sich die Krankheitsvorstellungen von Patienten mit denen der Professionellen nicht oder nur teilweise decken, dann sind aus dieser Divergenz auch bestimmte Konsequenzen zu erwarten, die von der – aus objektiver Sicht – unangemessenen Einnahme oder auch Verweigerung einer Krankenrolle über mangelnde Compliance oder Adhärenz bis zur extensiven Inanspruchnahme des Gesundheitssystems mit häufigem Therapeutenwechsel reichen können.

1. Zum theoretischen Hintergrund

Wissenschaftliche Modelle von Krankheit unterscheiden sich in erster Linie hinsichtlich ihrer Fokussierung auf in Frage kommende Krankheitsursachen: Das sog. biomedizinische Modell betont fast ausschließlich somatische Ursachen, während im sog. biopsychosozialen Modell eine Vielzahl von Krankheitsursachen in Betracht gezogen wird, die in den letzten Jahren um mögliche „ökologische“ Ursachen erweitert worden sind (Stineman & Streim 2010), wobei die Bedeutung der einzelnen Komponenten je nach Indikation unterschiedlich sein kann. Das sog. soziologische Modell bietet darüber hinaus einen erweiterten Betrachtungsrahmen, bei

dem auch die Rollen von Behandlern und Patienten bzw. deren Interaktion einschließlich der mit den Rollen verbundenen Rechte und Pflichten thematisiert werden. Die jeweiligen Modelle beruhen auf Beobachtungen in der Gesamtbevölkerung bzw. werden an repräsentativen Stichproben überprüft.

Laienmodelle von Krankheit sind demgegenüber zwar eher individuell und nicht repräsentativ, jedoch im Einzelfall für die Deutung der eigenen Krankheit durch die Betroffenen mitunter relevanter als die Deutungen oder Diagnosen vor dem Hintergrund „wissenschaftlicher“ Modelle. Diese Variante der Krankheitsbedeutung hat erstmals Fritz Heider in seinen Arbeiten über die „Alltagspsychologie“ – auch von erkrankten Menschen – beschrieben (zum Betrag Heiders siehe Reisenzein & Rudolph 2008). Noch differenzierter ist das Phänomen der individuellen Krankheitsdeutung von der Forschungsgruppe Leventhal (z.B. Leventhal et al. 1984) im sog. Common-Sense-Modell der Selbstregulation (CSM) konzeptionell erfasst und in Form von Fragebögen und Interview-Leitfäden operationalisiert worden. Das CSM bezieht sich auf die Vorstellungen, welche die erkrankten Personen (im weiteren Sinne auch ihre Angehörigen, Freunde und Behandler) von der Art der Erkrankung (Krankheitsidentität), von den Ursachen, dem zeitlichen Verlauf, von den Konsequenzen und von der Kontrollierbarkeit haben. Auch die meisten Beiträge dieses Buches beziehen sich mehr oder weniger explizit auf dieses Modell.

Angesichts der Vielzahl von Studien, die zum CSM bei recht unterschiedlichen Indikationen vorliegen und zum ersten Mal in einer Metaanalyse von Hagger & Orbell (2003) ausgewertet wurden, erscheint auch eine kritische Überprüfung der Reichweite des ursprünglichen Modells angebracht. So besteht beispielsweise ein weiterer Forschungsbedarf zu Fragen, ob und ggf. welcher Krankheits*sinn* in einer Erkrankung entdeckt wird, wie *Emotionen* (Stimmungen, ggf. eine psychische Komorbidität) die Krankheitsvorstellungen – und damit auch Befürchtungen und Erwartungen – beeinflussen (Broadbent 2010) bzw. wie aus professioneller Sicht mit *Begleitemotionen* kognitiver Prozesse im Rahmen der persönlichen „Theoriebildung“ umgegangen werden sollte (Cameron & Jago 2008), welche Rolle insbesondere katastrophisierende Ängste und hypochondrische Tendenzen in diesem Prozess haben können (Witthöft & Gropalis 2013) oder welche Rolle die Fähigkeit spielt, eigene *Körpersignale* genau wahrzunehmen und richtig zu interpretieren (Fazekas et al. 2010).

Damit soll verdeutlicht werden, dass das CSM zunächst ein *rationales* Modell ist, bei dem die *kognitive* Bearbeitung der oben genannten Komponenten im Vordergrund steht und die *emotionale* Bearbeitung oftmals auf die Konstrukte „Coping“ und „Umgang mit Stress“ reduziert wird. Indem das Modell rational ist, lässt sich

allerdings auch relativ leicht bestimmen, wie weit die einzelnen Komponenten miteinander logisch verknüpft sind (z.B. genetische Ursachenattribution und mangelnde Kontrollüberzeugungen). Je logischer solche Verknüpfungen sind, desto eher kann von einer subjektiven Krankheits*theorie* gesprochen werden. Das bedeutet auch, dass isolierte und unverknüpfte Komponenten, die womöglich noch auf mangelnden oder falschen Informationen beruhen, leichter korrigierbar sind als eine in sich geschlossene Theorie (Petrie et al. 2007).

Schließlich darf nicht vergessen werden, dass sich das CSM auf alle, d.h. auch *psychiatrische* Indikationen bezieht: Im Falle von Schizophrenie wird hier deutlich, dass ein wesentliches Element oft nicht gegeben ist, das zur Bildung von Krankheitsvorstellungen motiviert, nämlich die Einsicht, dass überhaupt eine Erkrankung vorliegen könnte. Aber auch umgekehrt bestehen häufig (subjektive) Krankheitsvorstellungen, obwohl die Symptome objektiv schwer deutbar oder medizinisch nicht erklärbar sind (sog. medically unexplained symptoms), wie dies oft bei *psychosomatischen* Störungen der Fall ist.

Wie auch immer die jeweiligen Krankheitsvorstellungen beschaffen sein mögen (ob sie eher den Charakter von vagen Vermutungen oder denjenigen einer in sich geschlossenen „Theorie“ haben mögen), so erscheint es bei jeder medizinischen oder psychotherapeutischen Anamnese unverzichtbar, nach solchen Vorstellungen zu fragen, denn von solchen Vorstellungen hängt in erheblichem Maße die Bereitschaft ab, an einer folgenden Therapie *adhärent* mitzuarbeiten (vgl. Hoefert 2013a), was wiederum von der Überzeugung abhängt, dass die Erkrankung überhaupt kontrollierbar ist (Baines & Wittkowski 2012); möglicherweise ist diese Überzeugung für die Adhärenz sogar wichtiger als die Qualität der Arzt-Patient-Interaktion (Phillips et al. 2012). Wenn sich die Krankheitsvorstellungen der jeweiligen Behandler nicht mit denen der Patienten decken, dann fühlen sich Patienten nicht nur unverstanden, sondern wechseln auch leichter den Behandler bzw. nehmen das Versorgungssystem in besonderem Maße in Anspruch (Hoefert 2013b). Und wenn die eigene Erkrankung als schwerwiegend definiert wird, sinkt auch die Bereitschaft, z.B. eine berufliche Tätigkeit wieder aufzunehmen (Hoving et al. 2010). Mit diesen wenigen Beispielen soll noch einmal unterstrichen werden, dass Krankheitsvorstellungen von Patienten nicht nur beiläufige kognitive Konstruktionen sind, sondern motivational durchaus sehr wirksame Komponenten in der persönlichen Bereitschaft, sich mit einer Erkrankung aktiv auseinander zu setzen und damit – parallel zur medizinischen oder psychologischen Therapie – die Chancen für eine Genesung oder Rehabilitation zu vergrößern.

2. Zu den Beiträgen dieses Buches

Der *erste* Teil des Buches widmet sich den theoretischen Grundlagen von Krankheitsvorstellungen. Zunächst thematisiert *Udo Rudolph* die alltagssprachlichen Verwendungsweisen von Krankheit im Sinne von Erbkrankheiten, Verletzung oder Vergiftung, in denen sich bereits bestimmte Wissensstrukturen und Attributionsmuster widerspiegeln. Der Mensch oder Patient wird hier als „naiver Wissenschaftler“ (Heider) gezeichnet, welcher Vorhersagen trifft und sich mehr oder weniger große Gewissheiten darüber verschafft, wieweit eine Krankheit beherrschbar erscheint. Dies ermöglicht ihm verschiedene Bewältigungsstrategien und bleibt nicht ohne Auswirkungen auf sein Selbstwertgefühl (z.B. ob er an der Krankheit selbst „Schuld“ habe oder nicht). Ähnlich greift *Rüdiger Jacob* das Thema Schuld und Strafe auf und beschreibt die soziodemografischen Variablen, nach denen volksmedizinische bzw. wissenschaftsnahe Krankheitsvorstellungen differenziert werden können.

Constanze Hausteiner-Wiehle erweitert das Spektrum der in „naiven“ Krankheitsvorstellungen für möglich gehaltenen Ursachen um die *ökologische* Dimension: So wird heute mehr als früher die „Umwelt“ für die Entstehung bestimmter Erkrankungen verantwortlich gemacht, wobei zwischen dramatischen Einwirkungen und „schleichenden“ Einflüssen unterschieden werden kann. Die Autorin beschreibt, wie die entsprechenden Sorgen („modern health worries“) und Gesundheitsängste zu einem Sicherungsverhalten in Form von „Entgiftung“ oder sozialem Rückzug beitragen können. Auch fühlen sich die Betroffenen im normalen Medizinsystem häufig nicht verstanden und suchen oft Hilfe außerhalb des Systems, womit manche Ängste nur noch verstärkt werden, obwohl die objektiven Zusammenhänge zwischen Umweltnoxen und tatsächlicher Gesundheitsgefährdung oft gering sind; die „Umwelt“ scheint vielmehr häufig als Projektionsfläche für allgemeinere Lebensängste herzuhalten.

Der Beitrag von *Toni Faltermaier* und *Anna Levke Brütt* nimmt noch einmal Bezug auf das eingangs beschriebene Modell der Leventhal-Arbeitsgruppe. Bemerkenswert ist dabei die Feststellung, dass die jeweiligen Krankheitsvorstellungen nicht nur (antipodisch) das eigene Gesundheitsverständnis mitdefinieren, sondern auch eine Grundlage für die eigene Gesundheitsplanung darstellen können: So glauben Menschen, nach deren Vorstellung die eigenen Defizite und Leiden auf einen Mangel an Bewegung zurückzuführen sind, durch entsprechende körperliche Aktivitäten einen Defizit-Ausgleich herbeiführen zu können; ähnlich verhält es sich bei der Annahme von Ernährungsdefiziten. Darüber hinaus ist anzunehmen, dass je nach Krankheitsvorstellung bzw. subjektiver Krankheitstheorie auch die Aufgeschlossenheit für

Ratschläge von Experten oder aus Medien variiert und dies nicht zuletzt auch die mehr oder weniger vorhandene Adhärenz gegenüber ärztlichen Empfehlungen und Medikationen erklären kann.

Abgeschlossen wird der erste Teil von *Manuela Glattacker* mit einer systematischen Darstellung der Methoden zur Erfassung von Krankheitsvorstellungen mit Hilfe von evaluierten Fragebögen und Interviewleitfäden, die – der Denkweise des Alltagsmenschen folgend – vor dem Hintergrund des biopsychosozialen Modells konstruiert worden sind. Die Autorin stellt insbesondere im Hinblick auf die Verwendung solcher Instrumente in der Klinik oder der niedergelassenen Praxis die Vor- und Nachteile quantitativer und qualitativer Verfahren gegenüber. Dabei wird deutlich, dass quantitative Verfahren (Fragebögen) zwar ökonomisch effektiver sind, qualitative Verfahren (Interviews) sich dagegen eher eignen, die individuellen biografischen Bezüge und nicht zuletzt auch das individuelle Sinnverständnis einer Erkrankung als Arzt und Therapeut besser kennenzulernen.

Der *zweite* Teil des Buches konzentriert sich auf weit verbreitete *somatische* Erkrankungen. *Manfred Amelang* und Kollegen eröffnen diesen Teil mit einem Beitrag über Krankheitsvorstellungen bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Die meisten Betroffenen nennen hier noch immer Faktoren wie Rauchen oder Alkohol als wahrscheinliche Ursachen, während psychosoziale Ursachen wie dauerhafte Überforderung, Einsamkeit und Kontaktarmut als weniger gewichtig erscheinen. Allerdings – und dies könnte als Anzeichen kollektiv veränderter Krankheitsvorstellungen gelten – hat die Bedeutung psychosozialer Faktoren bei den Ursachenannahmen in den letzten 10 Jahren offenbar zugenommen.

In methodisch anderer Weise nähern sich *Hendrik van den Bussche* und Kollegen dem mit dem obigen Thema verwandten Thema des Bluthochdrucks: In Interviews konnte ermittelt werden, dass die körperlichen Ursachen für Bluthochdruck relativ wenig bekannt sind und zwischen Ursachen, auslösenden und verstärkenden Bedingungen wenig getrennt wird. Als Hauptursachen werden von den Befragten Stress, Ernährung und mangelnde Bewegung genannt, wobei der Blutdruck als solcher oft gar nicht wahrgenommen wird. Die Autoren folgern, dass derartige Laientheorien helfen, mit der emotionalen Bedrohung einer möglichen Erkrankung besser umzugehen.

Auch *Herrmann Faller*, der sich dem Thema Krebs widmet, stellt zunächst fest, dass Laientheorien mehr oder weniger elaboriert, konsistent und kohärent sind, oft situativ beeinflusst oder von dem Bedürfnis nach Sinnfindung gesteuert sind. Er vergleicht die in der Literatur berichteten Ursachenannahmen aus größeren Stich-

proben, diskutiert dann das Problem der „Viktimisierung“ („Jeder bekommt das, was er verdient“) und beschreibt, wie Betroffene, die immer gesund gelebt zu haben glauben, angesichts einer Krebserkrankung einen Sinnverlust erleben bzw. sich auf die Suche nach einem neuen Lebenssinn machen, und dies alles mit dem Ziel, eine positive, wenn auch oft illusionäre Einstellung zur Krankheit zu finden.

In diesem thematischen Zusammenhang berichtet *Volker Tschuschke* von Leukämie-Betroffenen, bei denen die persönliche „Abwehr“ den eigenen Anstrengungen zur Krankheitsbewältigung im Wege steht, daneben aber auch von (komorbider) Depressivität, welche die Ausbildung von Krankheitsvorstellungen verhindern kann (deren Vorhandensein jedoch in Fragebögen oft einfach unterstellt wird). Sind die Krankheitsvorstellungen jedoch ausgeprägt, dann sind auch mehr Coping-Bemühungen zu erwarten, durch welche die Überlebenschancen zu steigen scheinen.

Der *dritte* Teil beschäftigt sich mit Krankheitsvorstellungen bei *psychosomatischen* Störungen. Natürlich steht auch hier wieder die Frage nach den Kausalattributionen der Betroffenen im Vordergrund. Zunächst beschreibt *Alexandra Martin* die bei Laien vorfindlichen Attributionsmuster bei unklaren, wissenschaftlich meist als „psychosomatisch“ klassifizierten Beschwerden, welche häufig mit Krankheitsängsten, Überzeugungen von der „Ernsthaftigkeit“ der Störung und einem erheblichen Zeitaufwand bzw. mit einer erhöhten Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen einhergehen, um die Hintergründe der Störung zu verstehen. Empirisch zeigt sich, dass Menschen selten nur eine Krankheitsquelle vermuten, aber am ehesten zu einer somatischen Attribution neigen. Insbesondere bei ängstlicher und depressiver Komorbidität werden auch psychosoziale Ursachenannahmen gebildet. Manche dieser Annahmen haben dabei einen negativen Einfluss auf den prognostischen Verlauf der jeweiligen Störung und sollten daher zum Behandlungsgegenstand mit dem Ziel einer Reattribution werden.

Anschließend umreißen *Adrian Furnham* und Kollegen den Stand der internationalen Diskussion. Darin wird deutlich, dass das biopsychosoziale Krankheitsmodell sowohl für eine „objektive“ Krankheitsbetrachtung als auch für eine vollständige Erfassung der subjektiven Krankheitsvorstellungen angemessener ist als das (reduktionistische) biomedizinische Modell, welches gleichwohl von Ärzten bevorzugt wird, während Patienten eher zu psychosozialen Erklärungen neigen. Auch würden durch diesen Reduktionismus die Bedeutung von subjektiv empfundenem Glück oder von Spiritualität übersehen (weshalb auch die Mehrzahl der Betroffenen eher eine Psychotherapie als eine reine Pharmakotherapie für angemessen hält). Es gelte, die „Gesundheitskompetenz“ (neben der „health literacy“) der Betroffenen zu för-

dern, damit sie sich im Bedarfsfall an die richtigen Gesprächspartner im Gesundheitssystem wenden könnten.

Wie die Krankheitsvorstellungen bei psychosomatischen Störungen im Einzelnen beschaffen sind, verdeutlicht zunächst *Winfried Häuser* am Beispiel chronischer Schmerzen (Fibromyalgie). Er geht aus von der kontroversen Diskussion, in deren Mittelpunkt die Frage steht, ob es sich bei der Fibromyalgie um eine somatische Erkrankung handelt oder um eine psychosomatische Störung, die möglicherweise aus Ausdruck eines inneren Konflikts zu verstehen ist. Eigene Studien zeigen eine gewisse Offenheit sowohl von Behandlern als auch von Betroffenen, eine psychosoziale Ätiologie zu akzeptieren und eine aktive Krankheitsbewältigung im Sinne eines Selbstmanagements zu versuchen.

Auch bei einem weiteren Beispiel, das *Jörg Frommer* und Kollegen thematisieren, nämlich dem Tinnitus, wird ein psychosozialer Kontext bei der Erklärung und Aufrechterhaltung des Leidens deutlich. Die Betroffenen neigen im Allgemeinen dazu, ihr Leiden nicht zu dramatisieren und seine Bedeutung eher herabzustufen. Dennoch kann unterschieden werden drei „Typen“, nämlich den der aktiven Bewältigung, dem des Schwankens zwischen Aktivität und Passivität, und dem eines reaktiven Verhaltens. Aus einer übergreifenden Perspektive sehen die Autoren ein Leiden wie den Tinnitus als „Keil zwischen dem Menschen und seiner Umwelt“, dessen Zustandekommen biografisch erschlossen werden muss.

In einem weiteren Beispiel (Reizdarm) weist *Andrea Riedl* zunächst darauf hin, dass sich Krankheitsvorstellungen vor allem dann entwickeln, wenn eine klare wissenschaftliche Einordnung oder eine klare Therapie der Wahl fehlt. Sie zeigt vor dem Hintergrund eigener Untersuchungen, dass die Attribution auf psychosoziale Ursachen als Prädiktor für die Symptomschwere gelten kann und dass solche Attributionsmuster zeitlich relativ stabil sind. Daneben wird der subjektive Leidensdruck offenbar auch beeinflusst durch physiologische Besonderheiten, welche eine erhöhte Vigilanz gegenüber körpereigenen Signalen bedingen. Sofern die Attributionen eher psychosozialer Art sind, muss damit gerechnet werden, dass Schuldgefühle und Ängste auch größer sind und damit die Lebensqualität beeinträchtigt wird.

Der *vierte* Teil umfasst die beiden *psychiatrischen* Krankheitsbilder der Schizophrenie und Depression. Im ersten Beitrag verdeutlicht *Ksenia Solojenkina* am Beispiel der Schizophrenie, dass die Compliance von Patienten umso geringer ist, je mehr der Arzt und der Patient in ihren Krankheitsauffassungen divergieren. Die entsprechenden therapeutischen Beziehungen werden noch weiter verkompliziert durch die in der Allgemeinbevölkerung verbreiteten Ansichten über Schizophrenie mit ihren eher

biologischen oder sozialen Ursachenannahmen, welche häufig über die Angehörigen der Patienten in diese Beziehungen eingebracht werden.

Ähnliche Divergenzen in den Krankheitsauffassungen sind auch im Falle von Depressionen festzustellen, wie *Manja Vollmann* und Kollegen in ihrem Beitrag ausführen. Ausgehend von dem eingangs erwähnten Common-Sense-Modell beschreiben sie, wie mit der wachsenden Zahl von Symptomen, welche mit der Depression assoziiert werden, die Krankheit als schwerer und chronischer erlebt wird und wie mit geringerer Zahl an Kontrollmöglichkeiten die emotionale Belastung ansteigt; dazu trägt (ähnlich wie in dem Beitrag von Riedl) die Attribution auf psychische Ursachen bei. Wenn also in diesem Sinne „unzweckmäßige“ Krankheits- bzw. Ursachenvorstellungen vorherrschen, dann würde es naheliegen, diese Vorstellungen selbst zum Therapiegegenstand werden zu lassen.

Der *fünfte* Teil trägt der Tatsache Rechnung, dass Krankheitsvorstellungen in der persönlichen Lerngeschichte entstanden und durch die umgebende Kultur oder Subkultur aufrechterhalten werden. Im ersten Beitrag dieses Teils beschreibt *Katharina Wiehe*, wie Krankheitsvorstellungen aus entwicklungspsychologischer Sicht zustande kommen. So werden bestimmte Äußerungen von Älteren über Gesundheit und Krankheit mit bestimmten Emotionen assoziiert. Daneben sorgen Erfahrungen mit chronifizierten Leiden sowie eigene und fremde Hospitalisierungserfahrungen für weitere kognitive und emotionale Differenzierungen. Gerade für Kinder sei dabei das Thema der Krankheit als Strafe für Fehlverhalten immanent. Dies wird am Beispiel von chronischem Diabetes näher ausgeführt.

In einem weiteren Beitrag betrachten *Hans-Wolfgang Hoefert* und *Harald Walach* eine weit verbreitete Subkultur in unserer Gesellschaft, die aus Überzeugung oder wegen der Erfolglosigkeit einer konventionellen medizinischen Behandlung zu Krankheitsvorstellungen neigt, die allgemein der sog. komplementär-alternativen Medizin zugerechnet werden. Trotz der großen Heterogenität der Philosophien und Methoden, die unter diesem Oberbegriff zusammengefasst werden, zeigt sich dennoch als gemeinsames Merkmal, dass diese Art von Medizin überwiegend von Frauen und von Menschen mit gehobener Bildung bevorzugt wird. Hier mischen sich schlichte naturheilkundliche Vorstellungen von der Krankheitsentstehung bzw. adäquaten Behandlung mit spirituellen und manchmal auch esoterischen Vorstellungen. Für Behandler, die einem eher konventionellen Krankheitsverständnis folgen, können solche Patienten durchaus zur Belastung werden.

Dies gilt in ähnlicher Weise auch für Patienten, welche bestimmte kulturspezifische Vorstellungen an den Arzt oder Psychotherapeuten aus dem hiesigen Kulturraum

herantragen. So beschreibt *Hans-Jörg Assion* zunächst volksheilkundliche Konzepte aus dem türkischen und arabischen Kulturraum, im Einzelnen den vielfach noch anzutreffenden Glauben an Geister sowie weiße und schwarze Magie einschließlich der entsprechenden Schutzmaßnahmen gegen krank machende Einflüsse. Aus der gleichen Perspektive diskutiert *Ibrahim Rüschoff* die Relevanz solcher Vorstellungen in der Psychotherapie muslimischer Patienten anhand von Fallbeispielen, weist jedoch darauf hin, dass die entsprechenden Vorstellungen häufig aus der Befürchtung heraus, für abergläubisch oder rückständig gehalten zu werden, nicht offengelegt werden. Aber auch in geografisch näher liegenden Ländern wie Spanien sind bereits kulturelle Unterschiede in den Krankheitsvorstellungen im Vergleich zu Deutschland zu erkennen, wie dies am Beispiel von Herzinfarkt und Krebs von *Isaac Bermejo* demonstriert wird. Zusätzlich ist dabei zu unterscheiden zwischen Ausländern im Heimatland und solchen, die zur ersten oder zweiten Migrationsgeneration zählen. Der Migrationsprozess scheint auch Folgen für die Identität und für den Bedarf an (kultursensibler) Psychotherapie zu haben, wie *Katharina Behrens* und *Tatjana Callies* zum Abschluss dieses Buchteils ausführen; sie warnen gleichzeitig vor unangemessenen Stereotypisierungen ebenso wie vor einer positiven Diskriminierung in der Psychotherapie von Patienten aus anderen Kulturkreisen.

Insgesamt wird insbesondere im letzten Teil deutlich, wie individuelle Krankheitsvorstellungen einerseits durch die jeweilige Sozialisation oder Familienkultur, andererseits durch den jeweiligen Kulturraum und schließlich auch durch die in einer Kultur vorherrschenden und zum Teil aus anderen Kulturen adaptierten Weltanschauungen das individuelle Verständnis von Gesundheit und Krankheit mitprägen.

Dieses Buch wendet sich in erster Linie an Ärzte und Psychotherapeuten, die manchmal Patienten vor sich haben, welche keinerlei Vermutungen über die Art ihrer Erkrankung haben und die, wenn eine sichere Diagnose erstellt werden kann, entsprechend aufgeklärt werden müssen. Häufig aber haben Patienten bereits bestimmte, wenn auch nicht umfassende Vorstellungen von der Art ihrer Erkrankung, ihrem wahrscheinlichen Verlauf und den möglichen Konsequenzen für ihr Berufs- und Privatleben, die sich mit einer „objektiven“ Diagnose mehr oder weniger decken können. Wenn Professionelle Compliance und Adhärenz in einer vorgeschlagenen Therapie sowie eine aktive Mitarbeit bei der Krankheitsbewältigung erwarten, dann erscheint es unumgänglich, solche Patienten-Vorstellungen zu ermitteln, sie nötigenfalls zu korrigieren oder sie zur Grundlage einer gemeinsamen Entscheidungsfindung über die „richtige“ Therapie werden zu lassen.

Literatur

- Baines, T., Wittkowski, A. (2012). A systematic review of the literature exploring illness perceptions in mental health utilizing the Self-Regulation Model. *J Clin Psychol Med Settings*, in press.
- Broadbent, E. (2010). Illness perceptions and health: Innovations and clinical applications. *Soc Pers Psychol Comp*, 4(4), 256-266.
- Cameron, L.D., Jago, L. (2008). Emotion regulation interventions: a common-sense model approach. *Br J Health Psychol*, 13, 215-221.
- Fazekas, C., Leitner, A., Pieringer, W. (2010). Health, self-regulation of bodily signals and intelligence: review and hypothesis. *Wien Klin Wochenschr*, 122(23-24), 660-665.
- Hagger, M.S., Orbell, S. (2003). A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychol Health*, 18(2), 141-184.
- Hoefert, H.-W. (2013a). Adhärenz als Gesundheitszwang. In: Hoefert, H.-W., Klotter, C. (Hrsg.). *Gesundheitszwänge*. Lengerich (Pabst), 153-188.
- Hoefert, H.-W. (2013b). Divergenz von „Krankheitstheorien“ zwischen Arzt und Patient. In: Hoefert, H.-W., Härter, M. (Hrsg.). *Schwierige Patienten*. Bern (Huber), 29-46.
- Hoving, J.L., van der Meer, M., Volkova, A.Y., Frings-Dresen, M.H.W. (2010). Illness perceptions and work participation: a systematic review. *Int Arch Occup Environ Health*, 83, 595-605.
- Leventhal, H., Nerenz, D., Steele, D.J. (1984). Illness representations and coping with health threats. In: Baum, A., Taylor, S.E., Singer, E. (Eds.). *Handbook of Psychology and Health: Social Psychological Aspects of Health*. Vol. 4. Hillsdale N.J. (Erlbaum), 219-252.
- Petrie, K.J., Jago, L.A., Devcich, D.A. (2007). The role of illness perceptions in patients with medical conditions. *Curr Opin Psychiatry*, 20, 163-167.
- Phillips, L.A., Leventhal, H., Leventhal, E.A. (2012). Physicians' communication of the common-sense self-regulation model results in greater reported adherence than physicians' use of interpersonal skills. *Br J Health Psychol*, 17(2), 244-257.
- Reisenzein, R., Rudolph, U. (2008). The discovery of Common-Sense Psychology. *Soc Psychol*, 39(3), 125-133.
- Stineman, M.G., Streim, J.E. (2010). The biopsychological paradigm: A foundational theory for medicine. *PMR*, 2(11), 1035-1045.
- Witthöft, M., Gropalis, M. (2013). Patienten mit Krankheitsängsten und Hypochondrie. In: Hoefert, H.-W., Härter, M. (Hrsg.). *Schwierige Patienten*. Bern (Huber), 215-230.

Teil 1: Grundlagen

Repräsentationen von Krankheit in der Alltagssprache

Udo Rudolph

Einleitung

Das Wort „Krankheit“ kommt aus dem Mittelhochdeutschen („Kranckheit“, „Krankheit“) und steht für Schwäche, Leiden oder Not. Krankheit und Erkrankung sind Konzepte, die uns aus eigenem Erleben geläufig sind. Wir alle kennen zumindest leichte, viele von uns auch schwerere Erkrankungen. Die Anwesenheit einer Krankheit macht uns zum Patienten – Heilung und Wiederherstellung von Gesundheit erscheinen uns in hohem Maße wünschenswert.

Zu beachten ist hierbei, dass Gesundheit und Krankheit keine dichotomen Kategorien im Sinne eines „Entweder-Oder“ sind. Vielmehr sind die Grenzen zwischen Gesund-Sein und Krank-Sein fließend. Dennoch gilt: Wir erleben diese Erkrankungen in der Regel als Störungen oder Unterbrechungen unseres normalen Funktionierens, und zudem als etwas, auf das wir gerne verzichten würden. Dies gilt für die harmlosen alltäglichen Erkrankungen (etwa eine Erkältung) ebenso wie für schwerere Krankheiten (etwa ein Karzinom oder ein Nierenversagen). Für schwere Erkrankungen (und gerade deren Bewältigung) werden oftmals Einsichten und Erfahrungen auch positiver Natur diskutiert (siehe beispielsweise Rudolph & Steins 1998), der Beginn (onset) einer Krankheit gilt jedoch als negatives Ereignis.

Die Alltagssprache kennt zahlreiche Wörter für Krankheiten: Erkältung, Krebs, Rheuma, Herzinfarkt, Entzündung, Leukämie, Depression oder Vergiftung sind Beispiele hierfür. Krankheit ohne Sprache wird als bedrohlich empfunden: Patienten, die mit einem ihnen unbekanntem Namen für eine Krankheit konfrontiert sind, möchten unbedingt wissen, was diese Bezeichnung bedeutet. Wenn wir mit Kleinkindern zu tun haben, die nur Unwohlsein oder Schmerzen anzeigen können, ohne ihrem Leid sprachlich Ausdruck verleihen zu können, dann empfinden wir dies als äußerst beunruhigend.

Neben spezifischen Krankheitsbegriffen kennt unsere alltägliche Sprache auch Oberbegriffe für Formen der Erkrankung. Solche Oberbegriffe – etwa Erbkrankheiten, Verletzungen oder Infektionen – sind anhand von Beispielen in Tabelle 1 zusammengefasst. Hierbei wird deutlich, dass sowohl unsere alltagssprachlichen Konzepte von Krankheit wie auch die wissenschaftlichen Klassifikationen von Erkrankungen eine Gemeinsamkeit aufweisen: In beiden Fällen erfolgt eine Unter-

scheidung nach den Ursachen der Erkrankung. Die zentrale Bedeutung der Ursachen von Krankheit spiegelt sich demzufolge nicht nur in unserer alltäglichen Sprache wider, sondern in ganz analoger Weise auch in den verschiedenen Subdisziplinen der Pathologie, der Lehre von den Erkrankungen: (1) die Ätiologie bezieht sich auf die Herkunft der Krankheit, (2) die Pathogenese auf deren Entstehungsweise und Verlaufsformen, (3) die Pathophysiologie identifiziert die Krankheiten zugrunde liegenden körperlichen (physiologischen) Prozesse, und (4) die Epidemiologie ist befasst mit den Ursachen und Folgen von Krankheiten in der Bevölkerung.

Warum sind Konzepte von Verursachung oder Kausalität so unweigerlich mit Krankheit verbunden? Aus psychologischer Perspektive (z. B. Heider 1958, White 1990, Weiner 1995) fassen wir den Menschen als naiven Wissenschaftler auf, der insbesondere angesichts wichtiger, negativer und/oder unerwarteter Ereignisse motiviert ist, sich selbst und seine Umwelt zu verstehen, vorherzusagen und zu kontrollieren. Verstehen und Vorhersage erfordern Analysen von Ursachen und im Ergebnis dieses Prozesses Ursachenzuschreibungen (synonym: Attributionen). Die Attributionstheorien als Gruppe psychologischer Theorien beschäftigen sich damit, wie wir als „naive Wissenschaftler“ im positiven Wortsinn Ursachen erkennen und welche Auswirkungen diese Ursachenzuschreibungen auf unser Erleben und Verhalten haben (zusammenfassend vgl. Weiner 1986, 1995, 2006).

Krankheit ist ohne Zweifel ein wichtiges und negatives Lebensereignis, das wir gerne verstehen würden. Ein subjektives Verständnis der Ursachen von Krankheit ermöglicht zudem eine Vorhersage und Kontrolle des Krankheitsverlaufs. Im Folgenden werden zunächst die Merkmale einer attributionstheoretischen Analyse der sprachlichen Konzepte von Krankheit betrachtet. Nachfolgend werden einige Überlegungen zum Zusammenhang von Sprache und Kausalität präsentiert. Abschließend wird die Bedeutung von sprachlich-kausalen Konzepten für das Erleben und Verhandeln von Kranken und deren Interaktionspartnern untersucht.

1. Naive Psychologie und die Wahrnehmung von Ursachen: Der Mensch als naiver Wissenschaftler

Der Psychologie Fritz Heider (1958) postulierte das Menschenbild vom Menschen als einem naiven Wissenschaftler. Dieses Menschenbild steht in Konkurrenz zu anderen Konzeptionen menschlicher Motivation: So wird im Rahmen eines hedonistisch geprägten Menschenbildes angenommen, dass wir stets positive Zustände maximieren und aversive Zustände minimieren wollen. Im Gegensatz dazu betont Heider (1958) im Zuge seines Menschenbildes des naiven Wissenschaftlers, dass wir

unsere Umwelt verstehen wollen. Dieses Streben nach Verstehen mag mitunter auch schmerzliche Erkenntnisse bereithalten. Dies kann zum Beispiel dann der Fall sein, wenn jemand nach reiflicher Überlegung zu dem Schluss gelangt, einen Fehler gemacht zu haben.

Tab. 1: Krankheitsformen anhand alltagsprachlicher Begriffe (anhand von Beispielen)

Begriff	Ursache	Beispiel
Erbkrankheiten	Vererbung	Rot-Grün-Blindheit
Infektionskrankheiten	„Ansteckung“ (Bakterien oder Viren)	Schnupfen, AIDS
Unfälle, Verletzungen	Äußere Einwirkungen	Beinbruch
Vergiftungen	Chemische Einwirkungen	Alkoholvergiftung
Alterserscheinungen	Abnutzung von Organen / Zellen	Demenz
Tumorerkrankungen	Zellen „entarten“, wachsen unkontrolliert	Lungenkrebs
Psychische Erkrankungen	Äußere wie innere Ursachen	Depression
Immunsystem- oder Auto-Immun-Erkrankungen	Abwehrprozesse des eigenen Immunsystems	[Bestimmten Formen von ...] Schilddrüsenerkrankungen
Nebenwirkungen oder Behandlungsfehler	Behandlung	Allergische Reaktionen

Ein Phänomen zu verstehen bedeutet mehrerlei: Dies schließt ein, dass man die unmittelbaren (proximalen) wie auch mittelbaren (distalen) Ursachen eines Phänomens kennt, daneben seinen Verlauf wie auch seine Funktion. Ein Mittel zur Beschreibung dieser verschiedenen Erklärungsebenen ist die Sprache. Diese hält demzufolge auch kausale Konzepte bereit, nämlich Auffassungen über Ursachen. Angesichts der enormen Fülle von Ursachen in unserer Umwelt ist es die Aufgabe einer guten Theorie, die Fülle der subjektiv wahrgenommenen Ursachen zu systematisieren und die zweifelsohne vorhandene Komplexität zu reduzieren. Heider (1958) und in der Folge viele andere Autoren (vgl. Weiner 1986, 2006) schlugen drei Merkmale von Ursachen vor, die für unser Erleben und Verhalten von zentraler Bedeutung und somit auf Seiten einer subjektiv wahrgenommene Kausalität essentiell sind.

Zur Lokation von Ursachen

Ursachen – ob für unser Leistungsstreben, unser soziales Handeln, oder beispielsweise Ursachen von Krankheit – können *internal oder external* lokalisiert sein. Interne Ursachen haben ihren Ursprung in der Person, externe Ursachen in der Umwelt. Dieses Klassifikationsmerkmal von Ursachen hat dichotomen Charakter: Ursachen sind entweder internal oder external verursacht. Die meisten in Tabelle 1 versammelten Kategorien von Krankheiten lassen sich mühelos in internale oder externale Ursachen einordnen: So nehmen wir – als naive Wissenschaftler – Infektionskrankheiten, Vergiftungen oder Behandlungsfehler auf den ersten Blick als external verursacht wahr. Erbkrankheiten, Altersprozesse oder Auto-Immun-Erkrankungen hingegen fassen wir typischer Weise als internal verursacht auf.

Eine genauere medizinische Analyse zeigt nun oftmals, dass die Ursachen einer Krankheit nicht ausschließlich internal oder external zu lokalisieren sind. So bedarf es bei bestimmten Auto-Immun-Erkrankungen eines externalen Auslösers, der die Auto-Immun-Reaktion in Gang setzt. Im umgekehrten Falle begünstigen innere Prozesse des Organismus bei gleicher Infektionslage unter spezifischen Bedingungen das Zustandekommen einer Infektion. In diesem Zusammenhang ist das Konzept der phänomenalen Kausalität hilfreich (siehe Heider 1958, Michotte 1962): Für das nachfolgende Erleben und Verhalten einer Erkrankung sind oftmals nicht objektive (medizinische) Tatsachen entscheidend, sondern vielmehr deren subjektive Wahrnehmung. Es zählt also nicht der objektive Tatbestand, sondern vielmehr, wie dieser uns erscheint. Hieraus folgt, auf diesen Punkt werden wir weiter unten eingehen, dass die Wahrnehmung einer Krankheit (etwa als als internal, stabil und kontrollierbar) bessere Vorhersagen über die Gefühle und das Verhalten einer Person bei der Diagnosestellung erlaubt als die wahren Merkmale dieser Erkrankung (sofern die wahren von den wahrgenommenen Merkmalen abweichen).

Zur Stabilität von Ursachen

Sowohl Ursachen von Krankheit wie auch die Krankheit selbst können *stabil oder variabel* sein. Dieses Klassifikationskriterium ist nicht (wie zuvor die Lokation einer Ursache) dichotomer Art, sondern vielmehr kontinuierlicher Natur. Stabile Ursachen (so etwa Altersprozesse und Defekte oder Handicaps, die erbliche Ursachen haben) führen in aller Regel zu stabilen, chronisch verlaufenden Erkrankungen. Variable Ursachen hingegen (so etwa ein Schnupfenvirus oder eine Vergiftung) führen in der Regel zu vorübergehenden, nicht chronischen Erkrankungen. Der kontinuierliche Charakter dieser Ursachendimension lässt sich am Beispiel der Vergiftung gut verdeutlichen: Eine Vergiftung kann akut und spezifisch auftreten (etwa im Falle einer Lebensmittelvergiftung durch Salmonellen). Es kann sich aber auch um Vergiftungen handeln, die über lange Zeitintervalle akkumuliert werden, so bei giftigen Substanzen im Arbeitskontext (beispielsweise Asbest oder Partikel aus Dieselruß), die möglicher Weise erst im Laufe von Jahren oder Jahrzehnten zu Erkrankungen führen.

Tabelle 2 zeigt exemplarisch, wie sich verschiedene Erkrankungen anhand dieser beiden Ursachendimensionen klassifizieren lassen. Es entsteht ein Vier-Felder-Schema: Die Kombination der beiden Extrempole (stabil - variabel, internal - external) führt zu vier Kombinationsmöglichkeiten; für jedes Feld sind in der Tabelle zwei Beispiele aufgeführt; weitere Beispiele lassen sich beliebig ergänzen. Hierbei ist zu betonen: Die psychologische Bedeutung der Kategorisierung ergibt sich aus der subjektiven Wahrnehmung der jeweiligen Krankheitsursache. Heiders Konzeption vom Menschen als naivem Wissenschaftler steht somit in der phänomenologischen Tradition der Gestaltpsychologie (ausgehend von Überlegungen Kurt Lewins, siehe hierzu Schönplig 2007). Diese subjektive (phänomenologische) Einschätzung wird zumindest oftmals mit den objektiven Tatsachen korrespondieren (als naive Wissenschaftler bemühen wir uns darum); dies muss aber nicht notwendigerweise der Fall sein. So kann eine Person einen genetischen Defekt als internal verursacht wahrnehmen – es kann aber sein, dass die Person irrtümlicherweise annimmt, es handle sich um eine externe Verursachung.

Zur Kontrollierbarkeit von Ursachen

Eine dritte Kausaldimension, und zwar die für unser Erleben und Handeln wohl bedeutsamste, ist die Dimension der *Kontrollierbarkeit*. Ursachen von Krankheit können als kontrollierbar wahrgenommen werden. Ein Beispiel hierfür wäre eine Infektion, die aufgrund mangelnder eigener Hygiene zustande kommt. In anderen Fällen nehmen wir die Ursachen von Krankheit als unkontrollierbar wahr, so bei-

spielsweise im Falle einer Person, die niemals rauchte (und auch anderen vergleichbaren Risiken nicht ausgesetzt war) und dennoch an Lungenkrebs erkrankt.

Wie die Stabilitätsdimension ist auch die Kontrollierbarkeitsdimension ein kontinuierliches Merkmal: Am einen Ende der Skala der Kontrollierbarkeit stehen vermutlich jene Erkrankungen oder Handicaps erblicher Natur, die sich der eigenen Kontrolle gänzlich entziehen. Alterungsprozesse sind nur in engen Grenzen kontrollierbar und haben zudem eine genetische (also wiederum unkontrollierbare) Komponente. Die Vermeidung von Behandlungsfehlern eines Arztes mag bei sorgfältiger Arztwahl kontrollierbar sein, ist aber keinesfalls sicher – alle Menschen, auch der beste Arzt, machen Fehler. Am anderen Ende des Kontinuums befinden sich Verletzungen aufgrund eigenen Risikoverhaltens (zum Beispiel aufgrund von Extremsportarten), deren Ausübung in hohem Maße kontrollierbar ist. Auch die Prävention bestimmter Erkrankungen durch Impfungen (so etwa gegen Polio oder Diphtherie) ist ein gutes Beispiel für eine hohe Kontrollierbarkeit.

Tab. 2: Exemplarische Darstellung von Krankheitsformen und Krankheiten anhand der Ursachendimensionen Lokation und Stabilität

		Lokation der Ursache	
		internal	external
Stabilität der Ursache	stabil	Erbkrankheiten Altersprozesse	Berufskrankheiten Geographische Risiken
	variabel	Depressive Episode Mangelnde Compliance	Infektionen Behandlungsfehler

Die Dimension der Kontrollierbarkeit von Krankheiten und deren Ursachen ist auf zwei Ebenen von zentraler Bedeutung: Dies betrifft den Umgang mit der eigenen Krankheit wie auch die Art und Weise, wie andere als Kranke mit uns umgehen. Bevor wir uns der Analyse der Konsequenzen von Ursachenwahrnehmungen im Kontext von Krankheiten zuwenden, betrachten wir zunächst die sprachlichen Merkmale der Krankheitsrepräsentation.

2. Sprache und Ursachen: Die implizite Kausalität in Sprache

Geht es um Kausalität, so fallen uns auf den ersten Blick jene sprachlichen Elemente ins Auge, die speziell dazu geschaffen sind, Auskunft über Ursachen zu geben. Antworten auf Warum-Fragen beginnen häufig mit Worten wie „Weil“, „Wegen“ oder „Aufgrund von“. Zahlreiche psychologische Befunde zeigen jedoch, dass kausale Konzepte auch implizit in der Sprache enthalten sind. Im Gegensatz zu expliziten kausalen Konzepten in Form von Begründungen sind solche impliziten Zuschreibungen allgegenwärtig und in der Regel unentrinnbar. Hierbei wird angenommen, dass kausale Konzepte in der Sprache implizit enthalten sind: Die Kausalität eines Phänomens ist oftmals in der Bedeutung des Wortes enthalten, anhand dessen das Phänomen beschrieben wird (vgl. Rudolph 1997, Rudolph & Försterling 1997).

Die implizite Kausalität in Verben ist hierfür ein gutes Beispiel: Betrachten wir als Beispiel zweier Verben, die Interaktionen zwischen zwei Personen beschreiben, bewundern und bezaubern. Satz 1 laute „Sophie bewundert Anna, weil sie so schön ist“; Satz 2 hingegen „Sophie bezaubert Anna, weil sie so schön ist“. Im ersteren Fall nehmen wir an, dass es die Schönheit von Anna ist, die Sophias Bewunderung auslöst. Im zweiten Fall jedoch ist unsere Interpretation genau entgegengesetzt: Wir nehmen an, dass es Sophies Schönheit ist, die Anna entzückt. Da beide Sätze abgesehen von dem verwendeten Verb (bewundern versus entzücken) gänzlich identisch sind, bleibt also nur die jeweilige Verb-Bedeutung, die zu den gegensätzlichen kausalen Interpretationen führt: Die Bewunderung wird vom Satz-Objekt (Anna) ausgelöst, das Entzücken hingegen vom Satz-Subjekt (Sophie).

Tab. 3: Wahrgenommene Kontrollierbarkeit: Emotionale und behaviorale Auswirkungen von aus der Perspektive des Kranken und aus der Perspektive anderer Personen

		Wahrgenommene Kontrollierbarkeit	
		Niedrig	Hoch
Patient	Emotional	Scham	Schuld, Reue
	Behavioral	Rückzug, Hilflosigkeit	Verhaltensänderung
Andere	Emotional	Mitleid	Ärger, Empörung
	Behavioral	Hilfe, Unterstützung	Rückzug, Reduktion von Hilfe

Dieses Phänomen tritt nicht etwa zufällig auf. Vielmehr führen verschiedene Arten interpersonaler Verben (d.h. solche Verben, die zwischenmenschliches Erleben und Handeln beschreiben) systematisch zu verschiedenen kausalen Interpretationen (vgl.

Rudolph & Försterling, 1997, Brown & Fish 1983). Die vorhandenen Evidenzen sprechen in hohem Maße dafür, dass Kinder solche impliziten kausalen Konzepte bereits mit der Sprache erwerben (Rudolph 2008). Somit sind Wahrnehmungen von Ursachen Bestandteil der Bedeutung eines Wortes.

Angewandt auf den Zusammenhang von Sprache und Krankheit bedeutet dies: Die kausale Wahrnehmung (des Erkrankten als naivem Wissenschaftler) wird determiniert durch die (erlernte) Bedeutung des Krankheitsbegriffs. Begriffe wie Erbkrankheit, Demenz oder Sucht beinhalten bereits Implikationen über stabile, internale oder unkontrollierbare Ursachen. Begriffe wie Verletzung oder Vergiftung beinhalten Bedeutungsmerkmale, die externe und variable Ursachen beinhalten, so wie „Hygienemangel“ oder „Versäumen von Impfterminen“ kontrollierbare Ursachen konnotieren.

Die Wahrnehmungen des naiven Wissenschaftlers und diejenigen des professionellen Mediziners mögen hierbei verschieden ausfallen. Eine genaue Analyse bestimmter Auto-Immun-Erkrankungen oder der Schizophrenie mag zeigen, dass es eines externen Auslösers bedarf, um eine Erkrankung in Gang zu setzen, die allerdings nur bei entsprechend genetisch disponierten Individuen durch diesen spezifischen Auslöser in Gang gesetzt werden kann. Medizin und Psychologie sprechen im Falle solcher Interaktionen von Anlage und Umwelt von einem Diathese-Stress-Modell. Dem naiven Wissenschaftler kann diese komplexe Interaktion bekannt sein, so dass er diese in seine Überlegungen einbeziehen kann – dies muss aber nicht der Fall sein.

3. Auswirkungen impliziter Kausalität auf Wahrnehmungen von Krankheit und Krankheitsbewältigung

Zunächst eine kurze Zwischenbilanz: Unsere alltäglichen Begriffe von Krankheit sind zugleich Konzepte – subjektive Auffassungen – von Krankheit. Essentieller Bestandteil solcher subjektiven Auffassungen sind kausale Konzepte, die Auskunft über die Ursachen von Krankheiten. Ursachen von Krankheit – wie alle Arten von Ursachen in anderen Domänen auch – lassen sich klassifizieren anhand der Merkmalsdimensionen Lokation (internale wie externale Ursachen), Stabilität (stabile versus variable Ursachen), und Kontrollierbarkeit (kontrollierbare versus unkontrollierbare Ursachen). Diese drei Ursachendimensionen haben wichtige psychologische Konsequenzen für das Erleben und Verhalten. Betrachten wir diese der Reihe nach.

- Die *Lokationsdimension* wurde zu Beginn der attributionstheoretischen Forschung oftmals mit der Kontrollierbarkeitsdimension gleichgesetzt; in manchen Forschungsbereichen (etwa in der Organisationspsychologie) erfolgt zuweilen bis heute keine klare konzeptuelle Trennung. Dies ist darauf zurückzuführen, dass wir uns selbst und möglicherweise in noch höhere Maße Andere für Ursachen, die internal sind, verantwortlich machen. Somit werden Internalität und Kontrollierbarkeit gleichgesetzt. Eine genauere Betrachtung zeigt leicht, dass es internale Ursachen gibt, die unkontrollierbar sind, beispielsweise ein Mangel an Fähigkeit oder eine genetische Disposition für eine Erkrankung.

Die Lokation einer Ursache, dies wissen wir aus attributionstheoretischen Arbeiten zum Leistungsverhalten und zum sozialen Verhalten, hat Auswirkungen auf diejenigen psychischen Prozesse, die den eigenen Selbstwert betreffen. Bezogen auf Krankheit bedeutet dies: Interne Ursachen („schlechte Gene“ oder geringe Compliance bei der Einnahme von Medikamenten) führen mit hoher Wahrscheinlichkeit zu geringem Selbstwert. Dies ist bei externalen Ursachen (Exposition zu toxischen Substanzen im Arbeitsleben, Behandlungsfehler des Arztes) nicht oder in weitaus geringerem Maße der Fall.

- Die *Stabilitätsdimension* – wiederum angelehnt an motivationspsychologische Arbeiten im Leistungskontext wie im sozialen Kontext – hat psychologische Bedeutung vor allem im Hinblick auf Erfolgserwartungen. Eine variable Ursache für eine Erkrankung (im Extremfall: eine zufällige Verletzung durch einen Unfall) ist ein singuläres und vorübergehendes Ereignis. Wenn nicht zu erwarten ist, dass analoge Ereignisse wieder eintreten, wird auch die Krankheit nicht wieder eintreten. Im Gegensatz dazu führen stabile Ursachen von Erkrankungen mit höherer Wahrscheinlichkeit zu ungünstigen Erfolgserwartungen beziehungsweise Prognose: Wenn eine Krankheitsursache stabil oder chronisch und somit auch zukünftig anwesend ist, dann wird auch die Krankheit stabiler Natur sein.

Sowohl in Bezug auf die Lokations- wie auch die Stabilitätsdimension ist es von großem Wert, wenn der Arzt die diesbezüglichen kausalen Vorannahmen desjenigen naiven Wissenschaftlers kennt, der ihm als Patient begegnet. Naive Theorien (im positiven Wortsinne) einerseits und medizinische Theorien andererseits über die Ursachenlokation und Ursachenstabilität einer Erkrankung mögen weitgehend deckungsgleich sein, sie können aber auch – gerade im Lichte neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse – divergieren. Wenn der Arzt diese Diskrepanzen zwischen naiver und medizinischer Sichtweise kennt, so hilft es dem Patienten, wenn er über den wahren Stand der Dinge aufgeklärt wird.

Dies kann Mut machen, wenn zuvor ungünstige kausale Wahrnehmungen des Patienten – internale Ursachen, die zu geringem Selbstwert führen, stabile Ursachen, die zu schlechten Prognosen Anlass geben – in günstiger Weise korrigiert werden können. Aber auch im ungünstigen Falle – zuvor als external angesehene Krankheiten erweisen sich in Wahrheit als internal bedingt, zuvor als variabel angesehene Ursachen werden auch in Zukunft anwesend sein – ist es hilfreich, dem Patienten eine realistischere Sichtweise zu vermitteln und somit eine angemessene Auseinandersetzung mit der Krankheit zu ermöglichen.

Die *Kontrollierbarkeit* von Krankheitsursachen hat sicherlich die bedeutsamsten Auswirkungen auf Erleben und Verhalten. Dies gilt sowohl für den Patienten, der

von der Krankheit betroffen ist, als auch für sein soziales Umfeld. Die Wahrnehmung von Kontrollierbarkeit hat emotionale wie behaviorale Konsequenzen.

Hierbei ist bedeutsam, dass attributionale Konzeptionen von Erleben und Verhalten in der Regel Sequenz-Theorien sind: Wahrnehmungen und Kognitionen führen zu emotionalen Reaktionen; Emotionen wiederum sind oftmals der Motor unseres Handelns (vgl. Rudolph et al. 2013). Emotionale Konsequenzen von Krankheit als bedeutsamem wie auch negativem Ereignis variieren somit in hohem Maße in Abhängigkeit davon, ob die Person sich selbst als verantwortlich wahrnimmt: Im Falle geringer Kontrollierbarkeit und Verantwortlichkeit (ich gebrauche die beiden Begriffe im vorliegenden Kontext synonym; für eine genauere Analyse siehe beispielsweise Weiner et al. 2010) resultieren Gefühle von Scham, so etwa, wenn eine Erkrankung auf solchen Ursachen beruht, welche die Person nicht kontrollieren kann. Bei kontrollierbaren Ursachen hingegen (wenn hohe Verantwortlichkeit vorliegt), resultieren Gefühle von Reue und Schuld. Während Scham zu Rückzug führt, steigt im Falle von wahrgenommener eigener Schuld und Reue die Wahrscheinlichkeit, dass die Person motiviert ist, das zugrunde liegende Verhalten zu ändern.

Aus der Sicht anderer Personen – seien es Angehörige, Freunde oder zunächst unbeteiligte Dritte – hat die Kontrollierbarkeitsdimension ebenfalls emotionale und behaviorale Auswirkungen (vgl. hierzu Weiner 2003, für die Interaktionen zwischen Lehrer und Schüler; eine Analyse für Kranke und deren Angehörige steht noch aus). Weiner (1993, 2003, 2006) verwendet hier die Metapher des „Gerichtssaals“: Die Menschen, die mit dem Kranken zu tun haben, nehmen (oftmals automatische, heuristische) Einschätzungen über „Sünde“ versus „Krankheit“ vor: Liegt eine Schuld oder ein persönliches Versagen des Kranken vor, oder kann dieser von Schuld und Verantwortung für seine Erkrankung freigesprochen werden? Im Falle unkontrollierbarer Ursachen (die Person ist nicht verantwortlich für ihr Leid) sind Mitgefühl und Mitleid viel wahrscheinlicher als im Falle kontrollierbarer und vom Kranken selbst zu verantwortender Ursachen. Mitleid wiederum ist der beste Prädiktor für Hilfe (vgl. Rudolph et al. 2004). Im Gegensatz dazu führt hohe Kontrollierbarkeit (und somit Verantwortlichkeit der Person) mit größerer Wahrscheinlichkeit zu Gefühlen wie Ärger oder Empörung. Diese wiederum sind starke Prädiktoren für die Verweigerung oder Reduktion von Hilfe.

Wie im Falle der Lokations- und der Stabilitätsdimension ist es für den Patienten, sein soziales Umfeld wie auch das behandelnde Personal höchst bedeutsam, ob die naiv-psychologischen kausalen Stigmata, die in der sprachlichen Bezeichnung und Beschreibung einer Krankheit enthalten sind, zutreffend sind. Wenn dies nicht der Fall ist, wird es Aufgabe des Arztes und der helfenden Berufe sein, über die wahren Ursachen der Krankheit aufzuklären.