Zuerst ersch. in: Lexikon der Gesundheitspsychologie / ed. R. Schwarzer ...
Göttingen: Hogrefe, 2003, S. 322-325

Krankheitsverhalten

Britta Renner

Konstanzer Online-Publikations-System (KOPS)
URL: http://www.ub.uni-konstanz.de/kops/volltexte/2009/7147/
URN: http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:bsz:352-opus-71472

Unter Krankheitsverhalten („illness behavior") werden alle Reaktionen einer Person, die sich krank fühlt oder eine medizinische Diagnose erhält, auf eine Erkrankung oder ein Symptom verstanden. Das subjektive Krankheitsempfinden muss nicht notwendigerweise mit dem medizinischen Befund übereinstimmen (Muthny & Broda, 1999). Im Englischen wird deshalb auch zwischen „illness" und „disease" unterschieden. Unter „illness" versteht man das subjektive Empfinden, krank zu sein, während „disease" einen medizinischen Befund bezeichnet. Diskrepanzen zwischen Krankheitsempfinden und medizinischem Organbefund können zu zwei Arten von unangemessenem Krankheitsverhalten führen: (a) trotz ernsthafter Beschwerden wird keine medizinische Hilfe in Anspruch genommen, und (b) medizinische Leistungen werden aufgrund von körperlichen Symptomen in Anspruch genommen, für die keine organische Grundlage festgestellt werden kann. Unangemessenes Krankheitsverhalten kann damit von der „Wahrnehmungslosigkeit" bis hin zur Hypersensibilität bzw. Hypochondrie reichen. Hypochondrie wird in der psychosomatischen Forschung auch als „Somatisierung" und im ICD-10, dem Klassifikationssystem der WHO, als „somatoforme Störung" bezeichnet. Das Krankheitsempfinden und -verhalten wird nicht nur vom physiologischen Zustand beeinflusst, sondern auch von kulturellen und sozialen Faktoren, situativen Umständen, Persönlichkeitsmerkmalen und von subjektiven Krankheitskonzepten. Es kann in vier Bereiche unterteilt werden: (a) Symptomwahrnehmung und -interpretation, (b) Aufsuchen und Inanspruchnahme von medizinischer Hilfe, (c) Befolgung von therapeutischen Maßnahmen und (d) Krankheitsbewältigung.

Symptomwahrnehmung und -interpretation

Empirische Untersuchungen haben gezeigt, dass Frauen häufiger Symptome berichten als Männer, obwohl sie ihren Gesundheitszustand nicht schlechter einschätzen und eine wesentlich höhere Lebenserwartung haben. Auch Alleinstehende und Personen mit einem geringen sozioökonomischen Status berichten mehr körperliche Beschwerden und nehmen beispielsweise häufiger

Aspirin und Schlaftabletten ein, obwohl sie keine ungünstigeren physiologischen Messwerte (z. B. Blutdruck, Herzrate) aufweisen. Ferner sind bestimmte Persönlichkeitseigenschaften wie beispielsweise emotionale Labilität (Neurotizismus), Ängstlichkeit und Gehemmtheit mit einer erhöhten Symptomwahrnehmung und einer stärkeren Inanspruchnahme des Gesundheitssystems verbunden.

Die Wahrnehmung und Interpretation von Symptomen erfolgt auf der Grundlage von *subjektiven Krankheitskonzepten*, die das Wissen über Krankheiten repräsentieren (Amann & Wipplinger, 1998). Sie beeinflussen in entscheidender Weise, welche Symptome (z. B. Müdigkeit) wahrgenommen und wie diese interpretiert werden (z. B. als Zeichen für Stress oder niedrigen Blutdruck). Erhält eine gesunde Person beispielsweise die falsche Mitteilung, dass ihr Blutdruck erhöht sei, wird das subjektive Krankheitskonzept „Bluthochdruck" aktiviert, welches Vorstellungen über Symptome (z. B. Kopfschmerzen, Wärme) enthält. Die mit Bluthochdruck assoziierten Symptome sind meist sehr unspezifisch und überlappen sich stark mit häufigen, aber unbedenklichen körperlichen Empfindungen. Aufgrund des aktivierten Krankheitskonzepts können diese unbedenklichen Empfindungen irrtümlicherweise als Symptome einer Hypertonie interpretiert werden. Die Etikettierung (labeling) einer Person als „krank" kann demnach ihre Symptomwahrnehmung erhöhen und ihr ein Krankheitsgefühl vermitteln, auch wenn aus medizinischer Sicht keine Erkrankung vorliegt. Diese *Etikettierungseffekte* konnten in empirischen Untersuchungen mehrfach nachgewiesen werden (im Überblick: Renner, 2000). Placeboeffekte, das Phänomen der psychogenen Massenerkrankung (mass psychogenic illness, „MPI"), sowie die Toxikopie (Kopie einer Vergiftung), können ebenfalls als Etikettierungseffekte verstanden werden.

Aufsuchen und Inanspruchnahme von medizinischer Hilfe

Subjektive Krankheitskonzepte enthalten allerdings nicht nur Informationen über Symptome, sondern auch über die Ursachen und Dauer der Erkrankung sowie über kurative Maßnahmen. Diese vier Komponenten stellen eine relativ universelle interne Struktur von subjektiven Krankheitskonzepten dar. Problematisch sind objektiv falsche Konzepte, die dazu führen, dass medizinische Hilfe nicht rechtzeitig aufgesucht wird. Befragungen von Myokardinfarkt-Patienten zeigen, dass diejenigen, die eine hohe Arbeitsbelastung vor dem Infarkt hatten, ihre Symptome häufig irrtümlicherweise als Erschöpfungssymptome interpretierten. Die Symptome entsprachen offenbar nicht eindeutig

dem Krankheitskonzept „Herzinfarkt", sondern passten auch zum Konzept „Erschöpfung". Die Ursachenzuschreibung (Attribution) der körperlichen Beschwerden war folglich entscheidend für das Krankheitsverhalten (vgl. Renner & Schwarzer, 2000).

Befolgung von Behandlungsempfehlungen

Die Einhaltung von Behandlungsempfehlungen („Adherence" oder „Compliance") wird ebenfalls von subjektiven Krankheitsschemata beeinflusst. Hypertoniker beispielsweise sind im Allgemeinen gut über die Gefahren mangelnder Adherence informiert. Dennoch nimmt nur rund ein Drittel die Medikamente entsprechend den ärztlichen Anweisungen ein. Untersuchungen zeigen, dass die Medikamenteneinnahme häufig in Abhängigkeit von den körperlichen Symptomen erfolgt, obwohl Hypertonie keine spezifischen Symptome verursacht. Wenn kein Effekt der Medikamente wahrgenommen wird, kommt es häufiger zum Abbruch der Behandlung. Auch die angenommene Dauer der Erkrankung beeinflusst das Ausmaß der Adherence. Hypertoniker, die annehmen, dass Hypertonie ein zeitlich begrenztes und heilbares Leiden darstellt (akutes Krankheitskonzept), und bei denen die vermeintlichen Hochdrucksymptome nach einer gewissen Behandlungszeit verschwinden, interpretieren dies häufig als Heilung und brechen die Medikamenteneinnahme ab (Leventhal & Benyamini, 1997).

Krankheitsbewältigung

Die Erforschung der Bewältigung von Belastungen infolge von schweren körperlichen Erkrankungen ist eng mit der Stress-Forschung verknüpft (Muthny & Broda, 1999). Um Belastungen bewältigen zu können, werden persönliche und soziale Ressourcen benötigt (vgl. Schröder & Schwarzer, 1997). Zu ersteren zählt man objektive Kompetenzen und subjektive Kompetenzerwartungen. Damit ist die Überzeugung gemeint, stressreiche Anforderungen aufgrund eigener Fähigkeit und Anstrengung bewältigen zu können. Die Rehabilitation nach Herzinfarkt oder Bypassoperation verläuft günstiger bei Patienten mit hoher als mit niedriger Selbstwirksamkeitserwartung. Soziale Ressourcen beeinflussen ebenfalls den Genesungsverlauf günstig. Patienten, die gut in ihr soziales Netzwerk eingebettet sind und die sich unterstützt fühlen, werden im Durchschnitt schneller gesund. Ferner konnte

in zahlreichen empirischen Untersuchungen ein Zusammenhang zwischen Krankheitsbewältigung und verschiedenen Persönlichkeitsmerkmalen, beispielsweise Kontrollüberzeugungen, Optimismus und Negativer Befindlichkeit nachgewiesen werden.

Die Wege der Krankheitsbewältigung können in emotionsbezogene und problembezogene Bewältigungsmodi unterteilt werden. Darüber hinaus gibt es zahlreiche Ansätze, die spezifischere Krankheitsbewältigungsformen unterscheiden, wie z. B. soziale Vergleichsprozesse, Informationssuche, Selbstermutigung, Ablenkung, sozialer Rückzug, Fatalismus oder die Befolgung ärztlicher Anweisungen. Im deutschen Sprachraum finden sich verschiedene Messinstrumente zur Erfassung von Krankheitsbewältigungsmodi, darunter die „Trierer Skalen zur Krankheitsverarbeitung", die „Berner Bewältigungsformen" und der „Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung" (siehe dazu Muthny & Broda, 1999).

Literatur

Amann, G. & Wipplinger, R. (1998). Die Relevanz subjektiver Krankheitstheorien in der Gesundheitsförderung. In G. Amann & R. Wipplinger (Hrsg.), *Gesundheitsförderung: Ein multidimensionales Tätigkeitsfeld* (S. 153-175). Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.

Leventhal, H. & Benyamini, Y. (1997). Lay beliefs about health and illness. In A. Baum, S. Newman, J. Weinman, R. West & C. McManus (Eds.), *Cambridge Handbook of Psychology, Health, and Medicine* (pp. 131-135). Cambridge: Cambridge University Press.

Muthny, F. A. & Broda, M. (1999). Krankheitsverhalten. In H. Flor, N. Birbaumer & K. Hahlweg (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie. Klinische Psychologie, Grundlagen der Verhaltensmedizin* (Vol. 3, S. 209-248). Göttingen: Hogrefe.

Renner, B. (2000). *Kognitive und motivationale Verarbeitung gesundheitlicher Risikoinformation.* Berlin: Freie Universität Berlin. Verfügbar unter: http://darwin.inf.fu-berlin.de/2000/50/

Renner, B. & Schwarzer, R. (2000). Gesundheitspsychologie. In Bundesvereinigung für Gesundheit (Hrsg.), *Gesundheit: Strukturen und Handlungsfelder* (VII7, S. 1-22). Bonn: Luchterhand.

Schröder, K. & Schwarzer, R. (1997). Bewältigungsressourcen. In C. Tesch-Römer, C. Saleweski & G. Schwarz (Hrsg.), *Psychologie der Bewältigung* (S. 174-195). Weinheim: PVU.