

Inhaltsverzeichnis

Teil I	<i>Forschungsüberblick. Subjektive Krankheitstheorie und Gesundheitsverhalten</i>	1
1	<i>Einführung</i>	3
2	<i>Grundgedanken der präventiven Krebsbekämpfung</i>	9
2.1	Entstehung und Bedeutungswandel des Präventivgedankens	9
2.2	Begründung der präventiven Krebsbekämpfung	11
2.3	Gesundheitspolitische Ansätze präventiver Krebsbekämpfung	12
2.4	Zusammenfassung	13
3	<i>Prävention als Thema für das Individuum</i>	14
3.1	Ansatzmöglichkeiten des einzelnen Menschen im eigenen Lebensbereich	14
3.2	Beteiligung an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen	17
3.3	Zusammenfassung	19
4	<i>Präventive Krebsbekämpfung als Thema der medizinischen Psychologie – Untersuchungsmöglichkeiten der Motivation zur Krebsvorsorge</i>	20
4.1	Gibt es ein Gesundheitsmotiv? Gesundheitsdisziplin und Gesundheitspräferenz	20
4.2	Unspezifische Bedingungen präventiven Verhaltens – Gesundheitsorientierung und Lebensstil	21
4.3	Zeiterleben, Zukunftsorientierung und Selbstverantwortlichkeit als Voraussetzungen präventiven Verhaltens	22
4.4	Das Health-belief-Modell	24
4.5	Subjektive Wahrnehmung von Kausalität und Kontrolle: die Attributionstheorie	26
4.6	Voreingenommenheit bei der Einschätzung von Kausalität und Kontrolle	28
4.7	Hilflosigkeit und fatalistisches Verhalten	30

XVIII	Inhaltsverzeichnis	
4.8	Beeinflußbarkeit der subjektiven Wahrnehmung von Kausalität und Kontrolle	31
4.9	Health-locus-of-control-Forschung	32
4.10	Angst, Abwehr und Vermeidungsverhalten	33
4.11	Antipräventives Verhalten, Reaktanz und Krankheitsgewinn	35
4.12	Spezielle Probleme einer Bedeutung hypothetischer präorbider Persönlichkeitsmerkmale von Krebspatienten für die präventive Krebsbekämpfung .	36
4.13	Zusammenfassung	38
5	<i>Epistemisches Subjektmodell und „subjektive Krankheitstheorie“</i>	39
5.1	Ordnungsversuche krankheitsbezogener Gedanken, Phantasien und Gefühle	39
5.2	Subjektive Krankheits- und Gesundheitskonzepte . . .	40
5.3	Einstellungen	41
5.4	Das Forschungsprogramm „subjektive Theorie“ in der psychosomatischen Medizin, der medizinischen Psychologie und der Gegenwartsvolkskunde	42
5.5	Subjektive Krankheitstheorie, Handeln und Emotionsverarbeitung	43
5.5.1	Assoziationen, Nebenbedeutungen	44
5.5.2	Funktionen subjektiver Krankheitstheorien in psychodynamischer Sicht	44
5.5.3	Die fortlaufende Veränderung subjektiver Krankheitstheorien im Zusammenhang mit Gefühlen	45
5.6	Zusammenfassung der Unterschiede zwischen alltäglichen („naiven“ / „subjektiven“) und „wissenschaftlichen“ Krankheitstheorien	46
5.7	Krankheitswahrnehmung und Hoffnung	48
5.8	Zusammenfassung	49
6	<i>Subjektive Krankheitstheorie und Angst. Spezielle Aspekte bezüglich der Krebsvorsorge und Krebsfrüherkennung</i>	50
6.1	„Vorstellung“ vs. „Erleben“	50
6.2	Abhängigkeit der Laientheorien über Krebs von der subjektiv empfundenen Betroffenheit	51
6.3	Motivationale Wirkungen von Angst	53
6.4	„Abwehr“ und „Vigilanz“	55
6.5	Zusammenfassung	56

7	<i>Wechselwirkungen zwischen Angst, dem Verlauf und der Verarbeitung von Krebserkrankungen</i>	57
7.1	Reaktionen auf die Eröffnung der Diagnose „Krebs“	57
7.2	Somatopsychische/psychosomatische Wechselwirkungen	58
7.3	Coping (Krankheitsverarbeitung)	59
7.4	Kontrollempfindung, Selbstbild und Selbstwert	61
7.5	Krebserkrankung und Lebenssinn	62
7.6	Außenseitermedizin und Wundermittel im Lichte subjektiver Theorien über Krebs	63
7.7	Zusammenfassung	64
8	<i>Angst, Therapiecompliance und Arzt-Patient-Beziehung</i>	65
8.1	Voraussetzungen von Verständigung und Empathie zwischen Arzt und Patient hinsichtlich des Krebsproblems	65
8.2	Übertragung und Gegenübertragung bei der Kommunikation über Krebs	66
8.3	Das ärztliche Gespräch bei Krebsfrüherkennungsuntersuchungen	67
8.4	Das Syndrom des „Ausgebranntseins“	68
8.5	Patientengehorsam vs. Patientenselbstbestimmung	69
8.6	Zusammenfassung	70
9	<i>Subjektivität, Intersubjektivität und Kommunikation. Stigmatisierung vs. psychosoziale Unterstützung von Krebskranken</i>	71
9.1	Isolation und Selbstisolation	71
9.2	Mitleid und Verachtung beim Streben nach einer gerechten Welt – Schuldzuschreibungen und Strafantizipationen in subjektiven Krebstheorien	72
9.3	Antizipatorisches Trauern	74
9.4	Übertragbarkeitsphantasien	74
9.5	Krebs und Sexualität	75
9.6	Geschlechtsspezifische Krebswahrnehmung und Stigmatisierung	76
9.7	Familiendynamische Aspekte	76
9.8	Soziale Unterstützung von Krebskranken als Konflikt	77
9.9	Selbsthilfegruppen	78
9.10	Institutionelle Aspekte	79
9.11	Sozialer Kontext, individuelles Bewältigungsmuster und Tumorentwicklung	80
9.12	Zusammenfassung	81

Teil II	<i>Empirischer Teil. Konzeption und Durchführung</i>	83
10	<i>Fragestellungen und phänomenologische Analytik bei unserer Erhebung und Auswertung subjektiver Theorien über Krebskrankheiten</i>	85
10.1	Bestimmungsmerkmale phänomenologischer Analytik; ein Fallbeispiel	85
10.2	Universale Vorbedingungen verbaler Verständigung	90
10.3	Erkenntnistheoretische Bedeutung von Metaphern	91
10.4	Unschärfe von Begriffen im Gedächtnis	91
10.5	Mangelnde Vollständigkeit der Aktualisierung subjektiver Theorien beim Denken und Sprechen	92
10.6	Wissenseinheiten und Gedächtnisdynamik	93
10.7	Problem der Bestimmung „zentraler“ Gedanken mit besonderem Erklärungscharakter	94
10.8	Inhomogenität und Inkonsistenz subjektiver Theorien; Ambivalenzen	94
10.9	Assoziationsketten, Assoziationsblockaden und Wahrnehmungsabwehr	95
10.10	Strukturiertheit und Erlebnisbezug	95
10.11	Zur Kontroverse um „offene“ vs. „geschlossene“ Interviews	97
10.12	Fragestellungen des empirischen Teils	98
10.13	Ethische Aspekte offener Interviews über Krebserkrankungen	99
10.14	Zusammenfassung	100
11	<i>Erhebungsinstrumente. Zugänge zu subjektiven Bedeutungen, Phantasien, Erwartungen, Folgerungen, Wertungen</i>	102
11.1	Interviewleitfaden	102
11.2	Narrative Passagen über miterlebte Krebserkrankungen	103
11.3	Selbstratingskalen	103
11.4	Skalen zur Ursachenvorstellung (Kausalattribution)	103
11.5	Skalen zur Beeinflußbarkeitsvorstellung (Kontrollattribution)	104
11.6	IPC-Skalen (lebensweltliche Kontrollüberzeugungen)	104
11.7	Offene Kommentare	105
11.8	Interviewerratingskalen	105
11.9	Postskriptum durch Interviewer	106
11.10	Gewinnung der Stichprobe; Durchführung der Interviews	106
11.11	Erfahrungen hinsichtlich der Beziehung zwischen Befragter und Befragtem beim Aufkommen von Affekten	107
11.12	Zusammenfassung	107

12	<i>Auswertungsinstrumente: „kontextsensitive“ inhaltsanalytische Kodierung</i>	109
12.1	Inhaltsanalyse als Verstehen und Interpretieren	109
12.2	Transkription; Protokollierungsregeln	110
12.3	Festlegung der Richtung der Analyse	111
12.4	Inhaltsanalytisches Ablaufmodell	111
12.5	Systematische Materialstrukturierung und Kategorienbildung: Kodierleitfaden und Kodierschema	112
12.6	Zur Bedeutung „offener Kategorien“ bei der Inhaltsanalyse freier Einfälle	113
12.7	Spezielle sprachinhaltsanalytische Erfassung auftretender Affekte mit dem Gottschalk-Gleser-Verfahren	114
12.8	Zusammenfassung	118
13	<i>Wahrheitskriterien</i>	120
13.1	Zur Validierung der verbalen Daten	120
13.2	Dialogkonsenstheoretisches Wahrheitskriterium	121
13.3	Reliabilitätskontrolle	122
13.4	Zusammenfassung	124
Teil III Ergebnisse des empirischen Teils		125
14	<i>Soziodemographische Beschreibung der Befragten; kontextbezogene Mehrfacherfassung der präventiven Verhaltensbereitschaft im Interviewverlauf</i>	127
14.1	Soziodemographische Beschreibung der Befragten	127
14.2	Mehrfacherhebung der präventiven Verhaltensbereitschaft und der Kontrollattributionen im Interviewverlauf	129
14.3	Kriteriumsvariablen für statistische Untergruppenvergleiche	134
14.4	Zusammenfassung	135
15	<i>„Krebsgeschichte“: psychische Verarbeitung miterlebter Krebserkrankungen</i>	137
15.1	Miterleben von Krebserkrankungen in der eigenen Lebenswelt; Verwandtschaftsnähe; Wichtigkeit; emotionale Betroffenheit	137
15.2	Konnotationen des medizinischen und des psychosozialen Krankheitsverlaufs	139
15.3	Äußerungen zum „Aufgehobensein“ in der Medizin	140

XXII	Inhaltsverzeichnis	
15.4	Ätiologievorstellungen; Begreifbarkeit der miterlebten Krebserkrankung	141
15.5	Angenommener Einfluß des Krebskranken auf den Verlauf	142
15.6	Angenommene Veränderung der Lebenseinstellung des Kranken	142
15.7	Soziale Folgen der miterlebten Krebserkrankung . . .	143
15.8	Schlußfolgerungen aus der miterlebten Krebserkrankung	143
15.9	Thematisierung und Konnotationen der „Vorsorge“ . .	144
15.10	Vorstellungen zur Beeinflußbarkeit der miterlebten Krebserkrankung	145
15.11	Zusammenfassung	146
<i>16</i>	<i>Spontanphantasien zum „Wesen“ von Krebs</i>	<i>147</i>
16.1	Bedeutung im Denken	147
16.2	Charakter und „Wesen“ von Krebs	148
16.3	„Erster Gedanke“	149
16.4	Verständnis des Phänomens Krebs und seiner Ursachen	151
16.5	Vorstellungen zum Verlauf von Krebserkrankungen . .	151
16.6	Vorgestellte Lebenseinstellung und Lebensgestaltung bei Krebs	152
16.7	Diskussion: Zur Bedeutung der Spontanphantasien über Krebs für die Motivation zur Krebsvorsorge . . .	155
16.8	Zusammenfassung	156
<i>17</i>	<i>Ursachenvorstellungen zu Krebserkrankungen</i>	<i>157</i>
17.1	Kontextbezogene (Dreifach)auswertung der ätiopathogenetischen Annahmen	157
17.2	Erläuterungen zu den Ursachenvorstellungen	160
17.3	Clusteranalyse der Ursachenvorstellungen	163
17.4	Topologie: „von innen“ vs. „von außen“	165
17.5	Risikoeinschätzungen: selbst/andere	165
17.6	„Krebsmodelle“	167
17.7	Entwicklung einer Kategorie „Krebswissen“	168
17.8	Zur Bedeutung der Ursachenvorstellungen für die Motivation zur Krebsvorsorge	169
17.9	Zusammenfassung	170
<i>18</i>	<i>Vorstellungen zur Krebsvorsorge</i>	<i>172</i>
18.1	Angenommene Möglichkeiten der Krebsvorsorge . . .	172
18.2	Klarheit der Unterscheidung zwischen Krebsverhütung (primärer Prävention) und Krebsfrüherkennung (sekundärer Prävention)	173

18.3	Absichtlichkeit primärpräventiven Verhaltens	174
18.4	Bewußtheit von Selbstgefährdungen	176
18.5	Angst vor Krebs: andere vs. selbst	177
18.6	Einschätzungen der Verantwortlichkeit bei der Krebsvorsorge	178
18.7	Interviewereinschätzungen zur primärpräventiven Kontrollattribution	180
18.8	Primärpräventive Verhaltensbereitschaft und Einstellung	181
18.9	Zusammenfassung	182
19	<i>Vorstellungen zur Bedeutung von Symptomaufmerksamkeit und Früherkennung</i>	184
19.1	Bisherige Beteiligung an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen	184
19.2	Beruhigung und/oder Beunruhigung	184
19.3	Argumente zur Motivation: selbst vs. andere	186
19.4	Erste Anlässe und Auslöser	187
19.5	Äußerungen zum „Aufgehobensein in der Medizin“ hinsichtlich der Krebsfrüherkennung	188
19.6	Kenntnis von Krebswarnzeichen	189
19.7	Selbstuntersuchung bei Frauen	190
19.8	Interviewereinschätzungen zur sekundärpräventiven Kontrollattribution	190
19.9	Sekundärpräventive Verhaltensbereitschaft und Einstellung	191
19.10	Zusammenfassung	193
20	<i>Vorstellungen zur Therapierbarkeit</i>	194
20.1	Heilungsaussichten	194
20.2	Vertrauen in die Wissenschaft	194
20.3	Bleibende Schäden	195
20.4	Tödlichkeit	196
20.5	Kenntnis medizinischer Behandlungsmethoden	196
20.6	Äußerungen zum „Aufgehobensein in der Medizin“ hinsichtlich der Krebstherapie	197
20.7	Angenommener persönlicher Einfluß auf den Verlauf	199
20.8	Einstellungen zu paramedizinischer Behandlung	199
20.9	Kenntnis und subjektive Erklärung von Krebsheilungen	199
20.10	Interviewereinschätzungen zur therapiebezogenen Kontrollattribution	200
20.11	Therapieverhaltensbereitschaft und Einstellung	200
20.12	Zusammenfassung	201

XXIV	Inhaltsverzeichnis	
21	<i>Weitere Datenreduktion durch Globalkategorien; IPC-Skalen</i>	203
21.1	Abschlußratings nach den Interviews	203
21.2	Naturalistisch-biologische vs. psychosomatisch-psychologische Schwerpunkte der subjektiven Krebstheorien	205
21.3	Wert des Lebens bei Krebs	205
21.4	Globalratings zur Kontrollattribution und präventiven Verhaltensbereitschaft	206
21.5	Erfassung dispositioneller Attributionsstile zur lebensweltlichen Verantwortlichkeit (IPC-Skalen)	207
21.6	Zusammenfassung	208
22	<i>Angenommene psychosoziale Folgen von Krebserkrankungen</i>	210
22.1	Verhalten der anderen gegenüber Krebskranken	210
22.2	Wertungen des Verhaltens der anderen	211
22.3	Eigenes Verhalten gegenüber Krebskranken bei unterschiedlichen Graden von Intimität	212
22.4	Ansteckungsphantasien	214
22.5	Krebs als Metapher	215
22.6	Emotionale Akzeptanz vs. Distanz	216
22.7	Offenheit vs. Verheimlichung	217
22.8	„Image“ von Krebskranken in Abhängigkeit von Ursachenvorstellungen	218
22.9	„Image“ von Krebskranken bei naturalistisch-biologischer vs. psychosomatisch-psychologischer Krebstheorie	218
22.10	„Image“ von Krebskranken bei vigilanter vs. vermeidender Angstverarbeitung	218
22.11	„Image“ von Krebskranken in Abhängigkeit von selbst miterlebten Erkrankungen	219
22.12	Schlußfolgerungen für die Motivation zur Krebsvorsorge	220
22.13	Zusammenfassung	220
23	<i>Affektive Konnotationen (Nebenbedeutungen) der Vorstellungen zur Krebserkrankung. Auswertung nach dem Gottschalk-Gleser-Verfahren</i>	222
23.1	Übersicht zur affektpsychologischen Auswertung	222
23.2	Fremdbezug vs. Selbstbezug der Affekte in der narrativen „Krebsgeschichte“	223
23.3	Ängstliche Affekte	223
23.4	Aggressive Affekte	224
23.5	Hoffnung und Hoffnungslosigkeit	225

23.6	Vergleiche mit anderen Gottschalk-Gleser-Studien . . .	226
23.7	Affekte und spezielle Themen in der Krebsgeschichte .	228
23.7.1	Affekte und geschilderter psychosozialer Krankheitsverlauf	228
23.7.2	Affekte und angenommene Lebenseinstellung des Kranken	228
23.7.3	Affekte und Umgang mit dem Kranken	228
23.7.4	Affekte und Kontrollattribution	228
23.8	Affekte und „Image“ von Krebskranken	229
23.9	Affekte und gedankliche Beschäftigung mit Krebs . . .	229
23.10	Affekte und Risikoeinschätzung	229
23.11	Affekte und Einstellungen zur primären Krebsprävention	229
23.12	Affekte und Einstellungen zur Krebsfrüherkennungsuntersuchung	230
23.13	Affekte und Einstellungen zur Therapie	230
23.14	Affekte, Krebstheorie und Einstellungen zum „Wert des Lebens bei Krebs“	231
23.15	Vergleich der Gottschalk-Gleser-Affektscores mit den expliziten Äußerungen zur Krebsangst und den Interviewerratings	231
23.16	Affekte und Attributionsstile	232
23.17	Zusammenfassung	232
24	<i>Vergleiche der Krankheitsbedeutungen nach soziodemographischen Gesichtspunkten</i>	234
24.1	Auffälligkeiten hinsichtlich Geschlecht, Schulbildung, Berufsstatus, Alter	234
24.2	Zusammenfassung	235
25	<i>Ordnungsversuch der subjektiven Krankheitstheorien nach inhaltlichen Konfigurationen</i>	236
25.1	Clusteranalyse nach Ward	236
25.2	Zusammenfassung	242
26	<i>Versuch einer „Typologie hoher präventiver Verhaltensbereitschaft“</i>	244
26.1	Methodik und Ergebnisse	244
26.2	Zusammenfassung	247
27	<i>Zusammenfassende Diskussion: Angst und präventives Gesundheitshandeln</i>	249

28	<i>Krankheitsverarbeitung als soziales Geschehen: Zur Bedeutung der subjektiven Krankheitstheorien von Laien für die psychosozialen Erfahrungen von Krebskranken</i>	256
29	<i>Zusammenfassung</i>	260
	<i>Anhang</i>	266
A 1	Interviewleitfaden	266
A 2	Selbstratingskalen („Karten“)	275
A 3	Ergebnisblatt zur Dokumentation der Selbstratings durch den Interviewer	280
A 4	IPC-Skalen zur Kontrollattribution	281
A 5	Globalrating des Interviewverlaufs	282
A 6	Postskriptum durch Interviewer	283
A 7	Transkriptionsregeln	284
A 8	Kategorien der systematischen Protokolle	284
A 9	Kodierleitfaden. Das kontextsensitive inhaltsanalytische Kategoriensystem mit Definitionen, Ankerbeispielen und Kodierregeln	285
A 10	Kodierschema	375
	<i>Literatur</i>	386