

Das Krankheitsverhalten und seine ethnischen Variationen. Ein medizinisch-soziologischer Abriss*

DIETER H. FRIESSEM

Zusammenfassung Im Sinne einer Kurzdarstellung werden medizinisch-soziologische Perspektiven und Ergebnisse zum Problemkomplex differenter Reaktionen auf Krankheitszeichen und der damit verbundenen Einstellungen und Verhaltensmodi charakterisiert. Die Stadien des „Hilfesuchens“, beginnend mit der Symptomwahrnehmung über die Rolle des Laiensystems bis zum Gang zum Arzt werden in Form einer Typologie unter Berücksichtigung ethnischer Determinanten dargestellt (S. 17 des genannten Bandes).

Illness-behaviour and its Ethnical Variations. A Medical-sociological Survey

Abstract The author explores medical-sociological perspectives to briefly describe complex illness behavior concerning different reactions and related illness symptoms as well as associated attitudes and modes of behavior. Using a typology, the author examines different stages from help-seeking, beginning with the awareness of symptoms, to the role of the lay-systems, and the visit of a health professional. In this context, the author also analyzes ethnic differences and their impact on illness behavior.

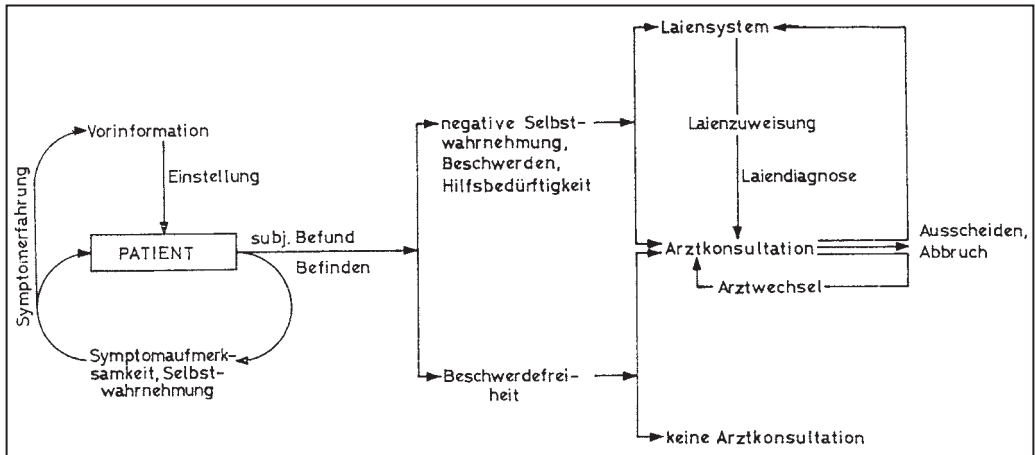
Keywords (Schlagwörter) illness behavior (Krankheitsverhalten) – ethnical variations of illness behavior (ethnische Variationen des Krankheitsverhaltens) – typology of illness behavior (Krankheitsverhalten typologisieren) – help-seeking behavior (Hilfesuchen) – symptom awareness (Symptomenwahrnehmung) – medical sociology (Medizinsoziologie)

Ethnomedizinische Forschung wird sich, sofern ihr Erkenntnisinteresse¹ nicht vom Autismus rein deskriptiv arbeitender Ethnologen oder auf diesem Gebiet dilettierender Mediziner bestimmt ist, vor allem der eingehenden Analyse jener kognitiven und interaktiven Abläufe widmen müssen, in deren Rahmen Krankheit sich jeweils aktualisiert. Die Kenntnis dieser Prozesse ist nämlich mit einer Voraussetzung für das, was DIESFELD² in der gleichen Publikation als „Einbau traditioneller Gesundheitssysteme in den Rahmen der nationalen Entwicklungsstrategien“ genannt hat. Es gilt also, anders gesagt, weniger die ethnospezifischen „Begriffe“ von Gesundheit und Krankheit herauszuarbeiten, vielmehr jene Verflechtung von Wahrnehmungen, Handlungen und natürlich auch Vorstellungen, aufgrund derer ein Mitglied der Gesellschaft letztlich die „Krankenrolle“³ annimmt und damit die diagnostisch-therapeutischen Aktivitäten des Magiers oder Arztes akzeptiert, die, so gesehen, nur vorläufiger Endpunkt eines Prozesses sind.

Die medizinische Soziologie vermag hierzu ein Arsenal von Begriffen und an diese anknüpfende Überlegungen bzw. Hypothesen zu liefern, deren heuristischer Wert für die Ethnomedizin noch zu überprüfen wäre, zumal die hier zu skizzierenden Typologien⁴ und die idealtypischen Konstrukte den Anspruch erheben, sozialkulturelle Phänomene jenseits der kulturellen Relativität etwa des Krankheitsverständnisses zu analysieren. Methodologisch wird bei dieser Vorgehensweise die Frage nach dem Warum der interessierenden Handlungsvollzüge zwar nicht ausgeblendet, aber die methodische Seite des Handelns insbesondere der „Laien“ im Sinne der Ethnomethodologie⁵ doch in den Vordergrund gestellt. Freilich wird auch hier die zu analysierende Realität nicht bloßem Interaktionshandeln gleichgesetzt, sondern der jeweils „kohärente“ Wissensbestand und die diesen ordnenden Taxonomien mit einbezogen.

Die historische und ethnographische Variabilität des Krankheitsverständnisses, das also, was sich

* Im Mai 1976 zur Drucklegung überarbeitete Fassung des ursprünglich frei gehaltenen Vortrages auf den Verhandlungen des 2. Rundgespräches „Ethnomedizin“ in Heidelberg vom 29. und 30. November 1974: *Faktoren des Gesundwerdens in Gruppen und Ethnien*, (publiziert bei Steiner, Wiesbaden 1977, siehe Schröder (Hg), S. 43-48)



Typologie des Krankheitsverhaltens*

von der jeweils unterschiedlich definierten sozialen Normalität^{6,7,8} abhebt, wird hier einmal nicht als Ursache, vielmehr als Folge eines sozialen Prozesses beschrieben, wie ihn uns LÉVI-STRAUSS⁹ in seiner Analyse des „Schamanenkomplexes“ als Konsens der Orientierungssysteme des Erkrankten, des Schamanen und der unterstützenden Gruppenöffentlichkeit exemplifiziert hat.

Als typologischer Leitfaden zur Präzisierung dieser Zusammenhänge soll jener Komplex von Reaktionen auf Krankheitsanzeichen und damit verbundenen Einstellungen, Wahrnehmungen und Informationen kurz dargestellt werden, den MECHANIC und VOLKART als „Krankheitsverhalten“ (illness behavior) bezeichnet haben¹⁰. Ausgangspunkt dieser Analyse ist das Stadium des subjektiven Verspürens von Krankheitsanzeichen (vgl. Abb.)

Die Kategorisierung vor allem schmerzhafter Prozesse und solcher, die erfahrungsgemäß zu erheblichen physischen und psychischen Insuffizienzen führen, als „Krankheit“ scheint universell und unabhängig von den Erklärungen zu sein, die für deren Entstehung gegeben werden. Diese Selbstwahrnehmung ist indes von verschiedenen Variablen abhängig, zu denen vor allem die Vorinformation

des fortan „Patient“ genannten Individuums gehört, welche seine Einstellung zu den wahrgenommenen Veränderungen bedingt. Solcherlei Vorinformation kann gesellschaftlich tradiert sein, aber auch auf „Symptomerfahrung“^{***} beruhen und ist als solche natürlich auch vom Lebensalter abhängig. Die Symptomaufmerksamkeit schließlich hängt vom Verhältnis zum eigenen Körper, eventuellen Tabuierungen dortselbst, vom Reinlichkeitsverhalten u.v.a.m. ab und steht zumindest in Interdependenz zu dem, was sprachlich ausdrückbar ist¹¹. Auch das quantitative Ausmaß negativer Selbstwahrnehmung wird je nach Charakter und dem Ergebnis geschlechtsspezifischer Sozialisation zu unterschiedlichen Schwellenwerten der Wahrnehmung führen. Andererseits brauchen aufgrund gesellschaftlichen Vorverständnisses keineswegs alle negativen Selbstwahrnehmungen als krankhaft kategorisiert zu werden, und umgekehrt mögen aus unserer Sicht harmlose Erscheinungen im pathologischen Sinne interpretiert werden. Insofern besitzt eine jede Gesellschaft ihre eigene Taxonomie im Bereich körperlicher und psychischer Veränderungen und leitet von dieser gleichsam eine Nosographie ab, die mit der erfahrungswissenschaftlich gewonnenen Nosologie natürlich nicht

* Die Abbildung findet sich auch in dem umfangreicher ausgearbeiteten Beitrag in FRIESSEM D. & FRANKENBERG St. 1979. Transkulturelle, vergleichende und Ethno-Psychiatrie. In FRIESSEM D. H. (Hg). *Kritische Stichwörter zur Sozialpsychiatrie*. München: Wilhelm Fink Verlag: 600-616, mit umfangreichem Quellenapparat

** Der in dieser und den folgenden Bezeichnungen aus dem Englischen rückübersetzte Begriff des „Symptoms“ lässt die dort übliche Unterscheidung zwischen „sign“ als objektives und „symptom“ als subjektives Symptom nicht deutlich werden. Demgemäß wäre „symptom“ vielfach besser mit „Beschwerden“ zu übersetzen gewesen, andererseits ziehen keineswegs alle subjektiven Symptome solche nach sich.

übereinzustimmen braucht. Solche „kohärenten“, vorwissenschaftlichen Wissensbestände finden sich übrigens keineswegs nur in sogenannten primitiven Gesellschaften, vielmehr wurden sie beispielsweise in Gestalt der Drogenpharmakologie einer Freak-Gemeinschaft für eine nordamerikanische Subkultur nachgewiesen¹² und spielen auch in der mitteleuropäischen Volksmedizin heute noch eine Rolle¹³.

Der Inbegriff solcher Selbstwahrnehmungen und ihrer entsprechenden Kategorisierung stellt das Befinden (französisch: *état*; englisch: *condition*) dar, in Anlehnung an den deutschen psychiatrischen Sprachgebrauch auch als „subjektiver Befund“¹⁴ bezeichnet. Die weiteren Schritte, die der Patient nun unternimmt, hängen wesentlich davon ab, inwieweit dieser aufgrund seiner Beschwerden oder auch nur seines Vorverständnisses sich als hilfsbedürftig empfindet. Diese Auffassung *Mechanics*¹⁵ vom Krankheitsverhalten als einem Akt des Hilfesuchens wäre anhand verschiedener Ethnien noch zu überprüfen. Jedenfalls setzt hier in dem idealtypisch gezeichneten Handlungsablauf die „Konsultation“ anderer Personen ein, wobei grundsätzlich zwischen institutionalisierten, mit Professionals (Ärztinnen, Medizinern) besetzten Beratungsinstanzen und dem „Laiensystem“^{16, 17} unterschieden wird. Bei Beschwerdefreiheit wird zumindest in unserer Gesellschaft normalerweise der Arzt nur selten konsultiert. Eine Ausnahme machen hypochondrische Charaktere und solche Personen, die den Arzt aus sozialem Kontaktbedürfnis, um persönliche Misserfolge zu legitimieren oder auch aus jenem nach Integration durch Kontakt mit einer statushohen Person aufsuchen, wie SHUVAL¹⁸ am Beispiel israelischer Allgemeinpraxen gezeigt hat. Die Bedeutung solcher und ähnlicher „nichtmedizinischer“ Bedürfnisse wäre gleichfalls in verschiedenen Ethnien noch zu überprüfen.

Vermehrte Hilfsbedürftigkeit aufgrund von Beschwerden oder anderer negativer Selbstwahrnehmungen führen indessen keineswegs zwingend zur Konsultation eines Professionals. Das traditionelle System, in unserer Gesellschaft durch halbprofessionelle und paramedizinische Beratungspersonen wie Apotheker, Heilpraktiker und andere vertreten¹⁹, wird vor allem dann vermehrt zum Zuge kommen, wenn eine Person in der jeweiligen Primärgruppe besonders verwurzelt ist (Parochialismus nach MERTON)²⁰. Auch dürften ökonomische Gesichtspunkte nicht nur in Geldgesellschaften diese Entscheidung mit beeinflussen.

Spätestens hier tritt der Patient aus der „unorganisierten Phase der Krankheit“ (BALINT²¹) heraus und nimmt die Krankenrolle an. Eine im Laiensystem gestellte Diagnose und dort auch praktizierte therapeutische Techniken lassen nun keinen Zweifel daran, daß er auch wirklich als krank angesehen wird. Der Stellenwert des Laiensystems, dessen Abhängigkeit von Größe und Struktur der Familie sowie dessen Bedeutung für die letztlich doch noch mögliche Konsultation eines Professionals (Laienzuweisung) wäre für die jeweilige Gesellschaft gleichfalls noch zu bestimmen.

Arzt, Schamane oder Mediziner, Angehörige einer professionellen Gruppe, welche vielfach ihre Funktion zu monopolisieren trachtet, werden also entweder direkt (Selbstzuweisung) oder über das Laiensystem aufgesucht. Vielfach wartet der Patient dann mit einem bestimmten „Diagnoseangebot“ auf, welches sich auch noch in unserer Gesellschaft in verschlüsselter Form erhalten hat²². Hier kommt es dann auch zu kulturspezifischen, z.T. ritualisierten²³ Formen der Symptompräsentation, wie auch zur Ausbildung eines individual- und ethnospezifischen „Ausbaus“ der jeweiligen Beschwerden, der Pathoplastik (Birnbäumchen).

Das weitere Schicksal des Patienten ist durch die Möglichkeiten des Verbleibens in der professionellen Behandlung, des Behandlungsabbruchs, des Arztwechsels, der Rückkehr in das Laiensystem oder auch der Ablegung der Krankenrolle aufgrund bestimmter Kriterien gekennzeichnet. Die Bestimmungsgründe für diesen weiteren Verlauf, die auch in unserer Gesellschaft nicht allein vom wissenschaftlichen Krankheitsverständnis abhängen, wären jedenfalls in ihrer jeweiligen sozialen Spezifität nachzuweisen.

Erst eine solche Analyse der sozialen Feinstruktur des Krankheitsverhaltens und seiner Determinanten erbrächte eine zureichende Erklärung für die in der älteren ethnologischen Literatur²⁴ schon vielfach beschriebenen, gegenüber der unsrigen oft konträr erscheinenden Mentalität der „Naturvölker“ im Umgang mit dem Krankheitsgeschehen und eröffnete damit eine wichtige Voraussetzung für Strategien und Planungen auf dem Gesundheitssektor der Entwicklungsländer. [(Reprint²⁵)

Literatur

1. HABERMAS J. ²1973. *Erkenntnis und Interesse*. Frankfurt am Main: Suhrk. (Suhrk. Taschenb. Wissensch. 1).

2. DIESFELD H. J. 1977. Der Einbau traditioneller Gesundheitssysteme in den Rahmen nationaler Gesundheitsstrategien in Entwicklungsländern. Dieser Bd., siehe SCHRÖDER (Hg), a.a.O.: 79-83.
3. PARSONS T. 1951. *The social system*. Glencoe, Ill.: Free Press: Kap. X. Dtsch. 1958 in KÖNIG R. u. TÖNNESMANN M. (Hg). *Probleme der Medizin-Soziologie*. (Kölner Z. *Soziol. Sozialpsychol.*, Sonderheft 3). Köln u. Opladen: Westdttsch. Vlg.: 10-57.
4. ZIEGLER R. 1973. Typologien und Klassifikationen. In ALBRECHT G. et al. (Hg). *Soziologie. Sprache, Bezug zur Praxis, Verhältnis zu anderen Wissenschaften*. R. König z. 65. Geburtstag. Opladen: Westdttsch. Vlg.: 11-47.
5. WEINGARTEN E. et al. (Hg) 1976. *Ethnomethodologie. Beiträge zu einer Soziologie des Alltagshandelns*. (Suhrk. Taschenb. Wissensch. 71). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
6. BENEDICT R. 1934. *Patterns of culture*. Boston: Houghton Mifflin. // Dtsch. 1955 unter dem Titel „Urformen der Kultur“. Hamburg: Rowohlt (rde Bd. 7).
7. POLGAR St. 1963. Health action in cross-cultural perspective. In FREEMAN H. E. et al. (Eds). *Handbook of medical sociology*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall: 397-419.
8. DEVEREUX G. 1970. *Essais d'ethnopsychiatrie générale*. Paris: Gallimard. // Dtsch. 1974 unter dem Titel „Normal und abnormal. Aufsätze zur allgemeinen Ethnopsychiatrie“. (Sammlung *Theorie*). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
9. LÉVI-STRAUSS C. 1958. *Anthropologie structurale*. Paris: Plon 1958. Dtsch. 1967 unter dem Titel „Strukturelle Anthropologie“. Frankfurt am Main: Suhrkamp: Kap. 9: Der Zauberer und seine Magie: 183-203.
10. MECHANIC D. & VOLKART E. H. 1961. Stress, illness behaviour and the sick role. *Amer. sociol. Rev.* 26: 51-59.
11. BERNSTEIN B. 1961. Aspects of language and learning in the genesis of the social process. *J. Child Psychol.* 1, 313-324. // ——— 1964. In HYMES D. (Ed): *Language in culture and society*. N. Y. // 1967 Dtsch. in FLITNER A. et al. (Hg) 1967. *Einführung in pädagogisches Sehen und Denken*. München. // ——— 1970 in BERNSTEIN B. *Soziale Struktur, Sozialisation und Sprachverhalten. Aufsätze 1958-1970*. (Schwarze Reihe Nr. 8). Amsterdam: de Munter.
12. MEHAN H. & WOOD H. 1975. *The reality of ethnomethodology*. N. Y.: Wiley: Kap. II. // ——— 1976 dtsch. unter dem Titel „Fünf Merkmale der Realität“. In WEINGARTEN H. et al. (Hg), a.a.O.: 37 ff.
13. SCHENDA R. 1976. Das Verhalten des Patienten im Schnittpunkt professionalisierter und naiver Gesundheitsversorgung. Historische Entwicklung und aktuelle Problematik. In BLOHMKE M. et al. (Hg). *Hb. d. Sozialmed.*, Bd. III. Stuttgart: Enke 1976: 31-45. // Siehe auch dieser Band, SCHRÖDER (Hg) 1977, a.a.O.: 73-76.
14. ZERSSEN D. v. 1973. Artikel „Diagnose“. In MÜLLER CHR. (Hg). *Lexikon der Psychiatrie*. Berlin etc.: Springer: 136.
15. MECHANIC D. 1968. *Medical sociology. A selective view*. N. Y.: Free Press.
16. FREIDSON E. 1961. *Patient's view of medical practice*. N. Y.: Russell Sage Fdn.
17. ROBINSON D. 1971. *The process of becoming ill*. London.
18. SHUVAL J. et al. 1970. *Social functions of medical practice*. San Francisco.
19. PFLANZ M. et al. 1966. Medizinsoziologische Untersuchung über Gesundheitsverhalten. *Med. Klin.* 60: 391-397. // Auch ——— 1967. In MITSCHERLICH A. et al. (Hg). *Der Kranke in der modernen Gesellschaft*. (Neue Wiss. Bibl.). Köln/Berlin: Kiepenheuer & Wietsch: 290-303.
20. MERTON R. K. 1949. *Social theory and social structure*. N. Y.
21. BALINT M. 1957. *The doctor, his patient, and the illness*. N. Y. ——— 1965 Dtsch. unter dem Titel „Der Arzt, sein Patient und die Krankheit“. Stuttgart: Klett.
22. ENGELHARDT K. et al. 1973. *Kranke im Krankenhaus. Grenzen und Ergänzungsbedürftigkeit naturwissenschaftlich-technischer Medizin*. Stuttgart: Enke.
23. SHEIKH-DILTHEY H. 1975. Ritualisiertes Leiden als Gesundheitsfaktor. *Confin. psychiat.* 18: 48-54.
24. LÉVY-BRUHL L. 1922. *La mentalité primitive*. Paris. 1966 Dtsch. unter dem Titel „Die geistige Welt der Primitiven“. Darmstadt: Wiss. Buchges.: Kap. 11: Die Naturvölker und die europäischen Ärzte: 315-336.
25. SCHRÖDER E. (Hg) 1977. *Faktoren des Gesundwerdens in Gruppen und Ethnien*. Verhandlungen des 2. Rundgesprächs „Ethnomedizin“ in Heidelberg vom 29. und 30. November 1974. (Unter der Schirmherrschaft des Südasien-Instituts, Institut für Tropenhygiene und Öffentliches Gesundheitswesen und Seminar für Ethnologie. Beiträge zur Südasien-Forschung, Südasien-Institut, Universität Heidelberg, Band 30). Wiesbaden: Franz Steiner Verlag.

Veröffentlichungen des Autors in *Curare*

Aufsätze: Thesen zum soziologischen Stellenwert der Institution Familie in der Bundesrepublik Deutschland. 1,1(1978): 51-54 // Emil Kraepelin und die vergleichende Psychiatrie. Marginalien zu einer Wiederveröffentlichung. 3,4(1980): 250-255 // Transkulturelle, vergleichende und Ethnopsychiatrie. Überlegungen in definitorischer Absicht. 4,2(1981): 85-92, Reprint 25(2002): 57-64 mit Gedanken beim Wiederlesen eines „alten“ Artikels. 65-66 // Ausländische Arbeitnehmer, psychische Erkrankungen und Arbeitslosigkeit. Problemaufriss und Diskussionsrahmen. 9,2(1986): 69-82 // Depressive Störungen deutscher und nichtdeutscher Patienten einer kommunalen psychiatrischen Klinik. 19,2(1996): 201-206. // Nachrufe: In memoriam Manfred Pflanz (23.9.1923-27.7.1980). 3,4(1980): 195-196; Nachruf: Peter Brückner (1922-1982). 5,1(1982): 74. // Diskussionsbeiträge: Anpassung oder soziale Kompetenz? Diskussionsbemerkungen zu M. Wirsching: Beziehungsstrukturen in BRD-Familien (*Curare* 2,1(1979): 35-47) 2,2(1979): 114-116 // Eine Bemerkung zum Aufsatz von Samia Al Azharia Jahn: „Zur Frage des zähen Fortlebens der Beschneidung der Frauen ...“ *Curare* 3,1(1980): 23-30; 3,2(1980): 70 // Leserbrief zu Rättsch 17,2(1996): 277. 19,1: 180. // Buchbesprechungen. // Mitherausgeber der Festschrift für Georg Devereux zum 75. Geburtstag, mit E. Schröder (*Curare*-Sonderband 2/84)



Dieter H. Friesem, * 11.03. 1937. Hat sich als Facharzt für Psychiatrie und Neurologie und als Medizinsoziologie in zahlreichen Fachartikeln schon früh mit Fragen zur vergleichenden Psychiatrie, zur Migrantenproblematik, später zur Sucht und zur Forensik beschäftigt. Er leitete zuletzt als Med. Dir. die forensische Klinik Hohenasperg bei Ludwigsburg und gehörte lange Jahre zum engeren Redaktionskreis der *Curare*. Er lebt heute bei Stuttgart.