

Klaus Horn  
Christel Beier  
Doris Kraft-Krumm

# Gesundheitsverhalten und Krankheitsgewinn

*Zur Logik von Widerständen gegen  
gesundheitliche Aufklärung*

Akademie für Sozialarbeit  
A-6900 Bregenz, Kapuzinergasse 1

Westdeutscher Verlag

# Inhalt

## Vorwort

1. <i>Wir bedanken uns</i> .....	XI
2. <i>Eine sozialwissenschaftliche Untersuchung für eine Bundesbehörde. Erfahrungen</i> .....	XI
3. <i>Zur gesellschaftlichen Situation von Gesundheit</i> .....	XIV

## 1. Einführung

1. <i>Gegenstand der Untersuchung, erste Hinweise auf Verfahren und Ziel</i> . . .	1
Die Bedeutung einer Zentrierung auf individuelle Sinnstrukturen 1 / für das Sichtbarwerden von Widerständen gegen Gesundheitsaufklärung 2	
2. <i>Besonderheiten des Verfahrens</i> .....	3
Untersuchen als Verändern 3 / und die Grenzen unserer Interventionen 3	
Gesellschaftliche Schwierigkeiten mit dem Sinnverstehen 4 / Die Interpretation von Szenen und die Bedeutung psychoanalytischer Kompetenz als Erweiterung sozialwissenschaftlicher Verstehensleistungen 4 / Sinnverstehen der Lebenspraxis als unentwickeltes (latentes) Laienwissen 5	
Das öffentliche Diskutieren des Privaten und Peinlichen 6 / und die naturwüchsigen Widerstände gegen unbewältigbare Thematisierungen 7	
3. <i>Abgrenzung des von unserer Methode erfaßten Realitätsausschnitts</i> . . . .	7
Wird hier etwas „bloß Subjektives“ erhoben? 7 / Subjektivität und Gesellschaftlichkeit 8	
Unser Forschungsverfahren im Verhältnis zu anderen Ansätzen 9 / Der Stellenwert objektiver Strukturänderungen 10 / die Bedeutung institutionalisierter Handlungsmuster 11 / und die Perspektiven lerntheoretischer Ansätze 12	
„Unser“ Realitätsausschnitt und seine Praxisperspektiven 12 / Die Gebundenheit an aufklärende Gesprächssituationen 13	

## II. Theoretische Vorannahmen: Gesundheitsverhalten als Konfliktlösungsverhalten

1. *Problemstellung* ..... 15  
 Subjektive Sinnhaftigkeit von Gesundheitsverhalten 15 / als Resultat eines komplexen psychosozialen Vermittlungsverhältnisses 16
2. *Funktionalistischer Krankheitsbegriff und Gesundheitsverhalten* ..... 17  
 Krankheit als Form abweichenden Verhaltens 17 / und der Sonderfall des gesundheitlichen Risikoverhaltens 18 / Gesundheitserziehung im funktionalistischen Rollenmodell 19
3. *Psychoanalytischer Krankheitsbegriff und Krankheitsgewinn* ..... 19  
 Gesundheit und Krankheit als Stadien mit gleitenden Übergängen 20 / und das Verständnis von Krankheit als Konflikt 20 / Symptomgeschehen als Kompromißbildung 21 / Primärer und sekundärer Krankheitsgewinn 21 / Familiendynamik und Gesundheitsverhalten 22
4. *Gesundheitliches Risikoverhalten als selbstschädigende Anpassung* ..... 22  
 Die analoge Bedeutung von Risikoverhalten und psychosomatischer Symptomwahl 23 / und die Rolle kultureller und subkultureller Deutungs- und Entlastungsmechanismen 23
5. *Krankheitsgewinn als Widerstand gegen Gesundheitsaufklärung* ..... 23  
 Die psychische und soziale Organisation des Widerstands 24 / und die besonderen Anforderungen an eine Gesundheitserziehung 25

## III. Zum methodischen Ansatz

1. *Allgemeine methodologische Hinweise* ..... 27  
 Psychoanalyse und Sozialwissenschaft 27 / Forschen als Erkennen und Verändern 28
2. *Szenische Wahrnehmung: Übertragung und Gegenübertragung* ..... 28  
 Die Inszenierung von Beziehungskonflikten in der psychoanalytischen Situation 29 / und die psychoanalytische Erkenntnisform 30 / Forschungsgespräch als Szene 31
3. *Intervenierende Forschung und psychoanalytische Kompetenz* ..... 31  
 Die Möglichkeit der Erweiterung alltäglich fungierender Wahrnehmungs- und Verstehensweisen 31 / Abgrenzungen zum psychoanalytischen Verfahren 32

4.	<i>Zur Bedeutung des Kriteriums „sozialer Unterprivilegierung“</i> . . . . .	33
	Gesundheitszustand und Verhältnis zum medizinischen Versorgungssystem 33 / Krankheitsverhalten: die Beschränktheit medizinsoziologischer Ergebnisse 34 / und die Notwendigkeit eines an Subjektivität orientierten Forschungsansatzes 35	
5.	<i>Die Interviewten</i> . . . . .	36
	Auswahlkriterien, Zugangswege 36 / und die Gesprächspartner im einzelnen 37	
6.	<i>Gesprächsverlauf und Interviewführung</i> . . . . .	38
	Erzählanreiz, kognitive Strukturierung und die Wahrnehmung szenischer Anteile in der Gesprächssituation 38	
7.	<i>Supervision und Einzelfallauswertung</i> . . . . .	39
	Interviewszene und Berichtsszene als analoge Verstehenssituationen 39 / Beziehungsdynamik als Medium unbewusster Konflikte 40 / Fallinterpretation als Rekonstruktion eines konsistenten Bedeutungszusammenhangs 40 / das Verhältnis von primärem und sekundärem Krankheitsgewinn 41	
8.	<i>Gesamtauswertung der Einzelfälle: Das Verfahren der Typenbildung</i> . . .	41
	Verallgemeinerung als interpretatives Verfahren 41 / Rekonstruktion typischer Sinnstrukturen: Abhängigkeit, Inszenierung, Kontrolle 42	
 <b>IV. Gesamtauswertung der Einzelfälle</b>		
1.	<i>Zum Typus Abhängigkeit</i> . . . . .	43
	Psychodynamischer Konflikthintergrund 43 / und geschlechtsspezifische Differenzierungen 44	
	Die (alkohol-)abhängigen Männer 45 / Falldokumentation: Herr A. 45 / Interpretation 51	
	Allgemeine Typenbeschreibung 55	
	1. Primärer Krankheitsgewinn: Der lebensgeschichtliche Sinn der Symptome 55	
	Die Macht der Mütter 56 / und der kompensatorische Charakter der Sucht 57	
	2. Sekundärer Krankheitsgewinn: psychosoziale Organisationsformen des primären Krankheitsgewinns 59	
	Die Reinszenierung des Abhängigkeitskonflikts im Familienmilieu 59 / und die ambivalente Funktion der Arbeit 61 / Alkoholkonsum als männliches Rollenattribut und ritualisierte Geselligkeitsform 63	
	3. Veränderungschancen 64	
	Furcht vor Autonomieverlust als zentrale Barriere 65 / Chancen eines psychosozialen Beratungsangebots 66 / und die Rolle massenmedialer Aufklärung 66 / sowie sozialstruktureller bzw. institutioneller Veränderungen 67	

Die familienzentrierten Frauen 67 / Falldokumentation: Frau F. 67 / Interpretation 69	
Allgemeine Typenbeschreibung 72	
1. Primärer Krankheitsgewinn: Der lebensgeschichtliche Sinn der Symptome 72	
Mütterliche Ambivalenz und frühkindlicher Trennungskonflikt 72 / Bedeutung im Kontext psychischer und psychosomatischer Symptombildungen 73	
2. Sekundärer Krankheitsgewinn: psychosoziale Organisationsformen des primären Krankheitsgewinns 75	
Die Flucht in die Mutterrolle als kompensatorische Entlastung 75 / ‚Starke‘ Frauen – ‚schwache‘ Männer 76 / Kontrolle gegen Abhängigkeitsängste 76 / Doppelaspekt der Familienzentrierung als Konfliktabwehr und -genese 77	
3. Veränderungschancen 78	
Wünsche nach einfühlsamer Nähe verbinden sich mit der Leugnung eigener Beteiligung am Krankheits- und Beziehungsgeschehen 78 / Aktualisierung des Trennungskonflikts durch die intime Interviewsituation 79 / die Notwendigkeit eines verlässlichen Beziehungsangebots 80 / und die Veränderung geschlechtsspezifischer Rollenzwänge 81	
2. <i>Zum Typus Inszenierung</i> . . . . .	81
Ausdruckscharakter der Symptome 81 / im Dienste der Konfliktdarstellung und -entlastung 82 / Falldokumentation: Frau B. 82/ Interpretation 86	
Allgemeine Typenbeschreibung 92	
1. Primärer Krankheitsgewinn: Der lebensgeschichtliche Sinn der Symptome 92	
Somatisierung und Konfliktinszenierung 92 / und das Übergreifen der unbewußten Dynamik 93	
2. Sekundärer Krankheitsgewinn: Psychosoziale Organisationsformen des primären Krankheitsgewinns 93	
Die Beziehungspartner als Mitspieler 93	
3. Veränderungschancen 94	
Affektnähe und Symbolisierung von Konflikten als Ansatzpunkte kommunikativer Bewältigungsformen 94	
3. <i>Zum Typus Kontrolle</i> . . . . .	95
Die Strategie der Affektkontrolle 95 / und die Kontrollfunktion der Organmedizin 96 / Falldokumentation 1: Herr D. 96 / Interpretation 100 / Falldokumentation 2: Herr L. 105 / Interpretation 106	
Allgemeine Typenbeschreibung 108	
1. Primärer Krankheitsgewinn: Der lebensgeschichtliche Sinn der Symptome 108	
Selbstkontrolle, soziale Hierarchie und gesundheitliches Risikoverhalten 108 / Kontrolle als Leugnungs- und Normalisierungsstrategie 109 / Leistungsorientierung und Konformität 111 / Erfahrungen in der Herkunftsfamilie 112 / Vater als problematische Identifikationsfigur 112 / und der latente Autoritäts- und Rivalitätskonflikt 113	
2. Sekundärer Krankheitsgewinn: Psychosoziale Organisationsformen des primären Krankheitsgewinns 114	

Ehebeziehungen als Unterstützung der Kontrolltendenzen 114 / Anpassung und Verzicht gegen Abenteuerlust 115 / Arbeit und Identität 116

### 3. Veränderungschancen 118

Der Doppelcharakter des sachorientierten Kommunikationsstils 119 / Thematisierungsfähigkeit und Qualifikation 119 / Konformitätsdruck und Leugnung passiver Strebungen 120 / Lockerung normierter Wertvorstellungen als Chance 121

## V. Die Familieninterviews

1. *Der Zugang zu den Familien* ..... 123  
Die Schwierigkeiten, geeignete Familien zu finden 123 / Auswege, Kompromisse 124
2. *Die Interviewerfahrungen* ..... 125  
Die Anforderungen an die Interviewpraxis 125 / und die Besonderheiten des ‚Familiengewiderstands‘ 126
3. *Fallbeispiele* ..... 126  
Familie M. 126 / Interpretation 128  
Familie P. 130 / Interpretation 131

## VI. Schluß und verallgemeinernde Auswertung

1. *Einige gesellschaftstheoretische Voraussetzungen zum Verständnis von „Gesundheitsverhalten“ heute* ..... 135  
Krankheits- und Gesundheitsbegriff bei Parsons 135 / Krankheit im Kontext sozialer Steuerung und Kontrolle 136 / Krankheit als legitimer Entlastungsmechanismus 137 / Stellenwert der naturwissenschaftlichen Medizin 138
2. *Einige Verständnisvoraussetzungen des persönlichen Umgangs mit Gesundheit* ..... 139  
„Gesundheitsverhalten“ als Ergebnis eines Zielsetzungskonflikts 139 / „Gesundheitsverhalten“ als Ergebnis eines ätiologischen Kraftfelds 140 / Krankheitsgewinn als psychosoziale Größe 141 / und die Bedeutung personaler Kommunikation 142  
Soziale Unterprivilegierung und Thematisierung von „Krankheit als Konflikt“ 142 / Die Rolle des medizinischen Systems im Prozeß der Sekundärverdrängung krankheitsrelevanter Konflikte 143 / Die Verbesserung der Dialogchancen 144  
Noch einmal der Stellenwert unseres Ansatzes: bloß subjektiv? 145

3. <i>Prophylaxe mit Hilfe der Betroffenen und wie man sie dabei unterstützen kann</i> .....	146
<p>Generell: Das Wiedereinführen der Subjektivität, genauer: der Intersubjektivität in die Gesundheitslehre tut not 146 / Dem kompetenten Sprechen über Gesundheitsprobleme soziale Orte verschaffen 148 / Unterstützung der Laienbewegung 149 / Psychosoziale Beratung 150</p> <p>Eine „sprechende Medizin“ im Medizinsystem selber 151 / Überwindung der Entfremdung zwischen Medizinsystem und Patienten 152 / erfordert eine Strukturänderung des Versorgungssystems 153 / Möglichkeiten einer allgemeinen Prophylaxe 154</p> <p>Die Verbesserung der Prophylaxe vermittelt klimaschaffender Aufklärung 155 / Den persönlichen Gebrauchswert von Gesundheit hervorheben 155 / Problembewußtsein für „Krankheit als Konflikt“ schaffen 156</p>	
<b>Literaturverzeichnis</b> .....	159