

Medizin als Gegenstand soziologischer Theorie und Forschung

Gerhardt, Uta

Veröffentlichungsversion / Published Version

Sammelwerksbeitrag / collection article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Gerhardt, U. (1979). Medizin als Gegenstand soziologischer Theorie und Forschung. In R. Mackensen, & F. Sagebiel (Hrsg.), *Soziologische Analysen: Referate aus den Veranstaltungen der Sektionen der Deutschen Gesellschaft für Soziologie und der ad-hoc-Gruppen beim 19. Deutschen Soziologentag (Berlin, 17.-20. April 1979)* (S. 163-172). Berlin: Deutsche Gesellschaft für Soziologie (DGS). <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-136036>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Medizin als Gegenstand soziologischer Theorie und Forschung

Uta Gerhardt

Das Verhältnis von Soziologie und Medizin muß in Bezug auf beide Pole, die Medizin wie die Soziologie, reflektiert werden. Was die Medizin betrifft, so ist ihr Doppelcharakter zu vergegenwärtigen, zugleich standespolitisch verpflichtete Profession und naturwissenschaftlich begründete Theorie zu sein. Das heißt: Die Medizin ist zum einen ein praxisorientierter und letztlich technisch legitimierter Berufsstand mit einer etablierten Standesorganisation. Historisch ist dieser an den Staat als Machtzentrum verpflichtet, durch dessen Versicherungsgesetzgebung und Gesundheitspolitik sich ärztlich-professionelle Interessenlagen mit der Organisation und Struktur der medizinischen Versorgung vermitteln¹⁾. Zum anderen ist die Medizin Wissenschaft. Obwohl ihre Wissenschaftsgrundlage seit den Lehren des Hippokrates und Galens vielfach historischen Verschiebungen ausgesetzt war, stand die Wissenschaftlichkeit der Medizin selbst nie außer Zweifel. Seit im späten 19. Jahrhundert der Durchbruch zur naturwissenschaftlich begründeten Medizin endgültig gelang²⁾, ist die Lehre von der Krankheit als organischer Läsion und physiologischer Insuffizienz auf ein naturwissenschaftlich fundiertes Bild vom menschlichen Körper und seinen Funktionen und Elementen gestützt³⁾. Krankheitslehren ohne naturwissenschaftliche Grundlage gelten demgegenüber als absolet.

Diese Sachlage erscheint einer Verbindung von Soziologie und Medizin im Wege zu stehen. Eine naturwissenschaftlich ausgewiesene Medizin mit festgefügter Standesorganisation, in der ein soziales Krankheitsverständnis wenig Tradition hat⁴⁾, scheint dem Zugriff der Soziologie weitgehend verschlossen. Andererseits stellt sich aber die Frage, wie denn die Soziologie aussehen soll, die sich der Medizin als Naturwissenschaft und politisch legitimiertem Berufsstand anbietet. Soll ein systemtheoretisch ausgerichtetes Programmdenken auf die Medizin gewandt werden, wobei dann deren Effizienz und Effektivität evaluiert werden, wo doch andererseits

bekannt ist, daß die Messung der Qualität medizinischer Versorgung von der Wahl der dabei benutzten Indikatoren beeinflusst wird⁵⁾? Oder soll ein interaktionistisch verstandenes Beziehungsdenken auf so ephemere Anlässe wie die Begegnung von Arzt und Patient gerichtet werden, wo doch andererseits gezeigt werden kann, daß diese meist kurzlebige Begegnung nur ein Bruchteil des Versorgungsimpetus des Patienten ausmacht und zudem vom Arzt oft zu einer einseitigen Mitteilungssituation umstilisiert wird⁶⁾? Soll schließlich ein marxistischer Ansatz gewählt werden, so bleibt doch die Frage offen, ob denn Soziologie und Marxismus überhaupt als kompatibel gelten können⁷⁾, und es bleibt auch ungeklärt, wie das Postulat einer politischen Ätiologie der Krankheit oder die Behauptung des Klassencharakters der ärztlichen Dominanz⁸⁾ im einzelnen in Forschungshypothesen aufgelöst und empirisch in beschreibende Analysen umgesetzt werden können.

Die Reflexion muß also an zwei Punkten ansetzen, nämlich der Medizin und ihrem naturwissenschaftlichen Selbstverständnis und politisch vermittelten Professionalismus auf der einen Seite, und der in divergente Schulen und Richtungen auseinandergefächerten Soziologie auf der anderen Seite. Insofern Systemtheorie, Interaktionismus und Marxismus ihren Gegenstand, nämlich Gesellschaft bzw. ein soziales Substrat kultureller und wirtschaftlicher Vorgänge, jeweils different konzeptualisieren, kann nicht von einer einheitlichen begrifflichen Basis soziologischer Theorie und ihr verpflichteter Forschung ausgegangen werden. Vielmehr ist die Divergenz der Konzeptualisierung, die das, was Gesellschaft ist bzw. den Gegenstand soziologischer Reflexion bestimmt, selbst ein wesentlicher Bestandteil der aus ihrer Geschichte heraus legitimierten Soziologie. Die Inkompatibilität differenter Bestimmungen des Sozialen ist für die Soziologie zentral, und die Hinwegretuschierung dieser Divergenz bzw. die in Nominaldefinitionen vorgenommene Setzung einer bestimmten und nicht weiter explizierten Natur des Sozialen bedeutet, die Verwurzelung der Soziologie in ihrer Tradition zu negieren. Ein über die Breite ihrer historischen Entwicklung angelegtes Selbstverständnis der Soziologie umfaßt auch das Bewußtsein, daß die verschiedenen Konzepte des So-

zialen in je spezifischer (und historisch zu fassender) Weise ihren Gegenstand bestimmen, und daß die Implikationen dieser Konzepte zugleich ihre Grenzen deutlich machen. Die Stellen, an denen differente theoretische Ansätze aufeinandertreffen, mögen durch Wertorientierungen, politische Moralität oder durch die methodologische Einsicht lokalisiert werden, daß die perspektivische Relativierung der Einzeltheorien schließlich noch den Schluß zulasse, daß jede in ihrer Weise recht habe. Es geht aber nicht um einen Schlußstrich unter die nur kurzzeitig engagiert geführte Debatte um den sogenannten Theorienvergleich⁹⁾, sondern um die Emanzipation der Soziologie von der fragwürdigen Prämisse, sie müsse, um Aussagen über Gesellschaft machen zu können, auf eine beliebige Definition dessen, was damit gemeint sei, festgelegt sein. Dem könnte Adornos Aussage entgegengehalten werden, daß durch nominale Festlegungen oder funktionalistisch begründete Fragestellungen kaum erfaßbar ist, "was im Wort Gesellschaft mit-schwingt - einem jener historischen Begriffe, denen es, Nietzsche zufolge, eigentümlich ist, daß sie sich nicht definieren lassen: 'alle Begriffe, in denen sich ein ganzer Prozeß semiotisch zusammenfaßt, entziehen sich der Definition; definierbar ist nur Das, was keine Geschichte hat' "¹⁰⁾.

Die Diskussion der medizinsoziologischen Forschung kann an dieser Stelle lediglich einen Mangel feststellen. Das medizinsoziologische Selbstverständnis ist weit von einer Soziologie entfernt, die sich aus den Bahnen etablierter Theorieansätze herausbewegt, und ein Bewußtsein von der Historizität und Partialität der jeweils verwandten Konzeptualisierungen des Sozialen ist kaum irgendwo festzustellen. Welche Situation dadurch entsteht, und welche Implikationen für das Verhältnis von Soziologie und Medizin sie hat, mag anhand einer jüngeren Forschungsrichtung etwas näher erörtert werden, nämlich der sogenannten Life-Event-Forschung. Deren grundlegende Thesen möchte ich zunächst beschreiben, und dann möchte ich andeuten, inwiefern der Mangel soziologischer Reflexion, der in der Life-Event-Forschung durchscheint, eine offene Diskussion mit der Medizin eher erschwert.

Der Life-Event-Ansatz gehört in das breitere Feld der Sozialätiologie. Er kann als ein Teilbereich der Stressforschung verstanden werden, insofern er Ursachenkomplexe für somatische oder psychische Erkrankungen in biographischen Ereignissen lokalisiert, die den Lebensfluß des Individuums stören oder beeinträchtigen. Die beiden Hauptrichtungen des Life-event-Denkens, nämlich die Arbeiten von Richard RAHE in den U.S.A. und George BROWN in England, unterscheiden sich primär durch ihren methodischen Ansatz: Während RAHE davon ausgeht, daß jedes Ereignis einen meßbaren quantitativen Anteil von Lebensänderungsqualität aufweist, der in hypothetischen Lebensänderungseinheiten ("life change units", LCU's) erfassbar ist, vertritt BROWN die These, daß jedes Ereignis auf die biographische Konstellation zurückbezogen werden muß, in der es vom Individuum verarbeitet wird. Entsprechend weist BROWN dem sozialen Kontext eine zentrale Bedeutung für den Schweregrad der effektiven Bedrohung zu, den das individuelle Lebensbewältigungsmuster durch ein eingetretenes Lebensereignis erfährt.

Die Beziehung zwischen Lebensereignis und Krankheit ist für RAHE linear, d.h. er setzt voraus, daß "ein Schwellenwert der Lebensveränderungsintensität existiert, dessen Überschreitung Pathogenität für die Summe der Lebensveränderungseinheiten (LCU) proportional zu ihrer absoluten Höhe nahelegt "¹¹⁾. BROWN geht demgegenüber von einer multikausalen Verursachungsthese aus: Das für die individuelle Lebenskonstellation bedrohliche Lebensereignis führt nur dann zur depressiven Erkrankung, wenn beim Individuum sogenannte Verwundbarkeitsfaktoren vorliegen, d.h. frühere Erlebnisse oder gegenwärtige Lebensumstände, die die Verarbeitungskapazität des (weiblichen) Individuums für bedrohliche Lebensereignisse herabsetzen - Tod der Mutter vor dem 11. Lebensjahr, Fehlen einer Vertrauensbeziehung zum Ehemann oder Partner, Fehlen außerhäuslicher Berufstätigkeit sowie Sorge für drei oder mehr Kinder unter vierzehn Jahren. Die Anwesenheit dieser Verwundbarkeitsfaktoren, so zeigt BROWN, erhöht die Wahrscheinlichkeit beträchtlich, daß ein aufgetretenes Lebensereignis vom Individuum nicht verarbeitet wird und zu einer depressiven Erkrankung führt. Das Verhältnis von Lebensereignis und Krankheit wird ausdrücklich

als Kausalnexus beschrieben¹²⁾.

Wird die sozialätiologische These näher untersucht, die in den beiden Ausprägungen der Life-Event-Theorie steckt, so zeigt sich, daß RAHE und seine Mitarbeiter eine modifizierte medizinische Verursachungshypothese zugrundelegen. Es wird angenommen, daß durch hohe Lebensveränderungswerte ausgelöste adaptive Anforderungen zu einer Verminderung der Resistenz gegen Krankheitserreger oder pathogene Einflüsse führen; das heißt, zwischen der nach dem Erregermodell vorgestellten Noxe und der physiologischen Läsion besteht eine Kausalbeziehung, und die nach Lebensveränderungseinheiten gemessenen Lebensumstände haben einen Katalysator- oder Auslöseeffekt. Letzterer wird nicht weiter spezifiziert, und da den auslösenden Lebensereignissen keinerlei Bedeutung für Art und Verlauf der Erkrankung zugeschrieben werden, ist eine Differenzierung dieses mechanistischen sozialätiologischen Modells auch nicht erforderlich. Methodisch reicht es aus, wenn die bezüglich ihres Inhalts und Erlebnisgehalts hypothetisch gleichgesetzten und nur nach ihrer biographischen Störfunktion unterschiedenen Ereignisse als Ausprägung von ein und derselben postulierten Größe gesehen werden, nämlich ihrer subjektiv perzipierten Lebensänderungsqualität. Das soziale Moment in der Ätiologie von Krankheit schrumpft auf den formalen Anlaß für medizinisch-naturwissenschaftlich zu explizierende Kausalbeziehungen zusammen.

Demgegenüber gibt BROWN der inhaltlichen Seite des gesellschaftlichen Kontextes, in dem ein krankheitsrelevantes Lebensereignis steht, etwas mehr Raum. Er ermittelt den Schweregrad des pathogenen Potentials eines Lebensereignisses durch die Feststellung der kontextuellen Bedeutung, d.h. der (vom Forscher festzustellenden) Tiefe und Schwere der Störung, die durch das Lebensereignis in einem gegebenen biographischen Kontext verursacht wird¹³⁾.

Dennoch führt Brown die Erkrankung nicht auf die Schwere der Kontextstörung zurück. Es wird angenommen, daß bedrohliche Lebensereignisse nur nach Maßgabe der Anwesenheit oder des Fehlens von Verwundbarkeitsfaktoren zu depressiven Erkrankungen führen, und ferner, daß weitere psychologische Mechanismen erforderlich sind,

um den postulierten Kausalnexus zwischen Lebensereignis und Depression zu erklären. Als intervenierende Variable zwischen der von einem Lebensereignis in jedem Fall generierten Hoffnungslosigkeit und der einer klinischen Depression vorausgehenden und vom Individuum nicht mehr bewältigbaren generalisierten Hoffnungslosigkeit führt BROWN ein mit den Verwundbarkeitsfaktoren verknüpftes, systematisch nicht näher begründetes "vermindertes Selbstbewußtsein" (low self esteem) ein. Es soll zur Erklärung der Hemmungsfunktion dienen, die die Verwundbarkeitsfaktoren auf die Verarbeitungskapazität für bedrohliche Lebensereignisse ausüben. Ein psychologischer Faktor, nämlich "vermindertes Selbstbewußtsein", übernimmt mithin die Rolle des sozialätiologischen Auslösers für den zur Depression führenden pathogenen Prozess. Die gesellschaftliche oder biographische Situation, in der das Individuum steht, erhält eine "Kann"-Konnotation: Die Störung im kontextuellen Zusammenhang des individuellen Lebens führt nur dann zur Erkrankung, wenn Verwundbarkeitsfaktoren und das aus ihnen notwendig postulierte "verminderte Selbstbewußtsein" auftreten. Die Lebensumstände der Individuen schrumpfen auf die Randbedingungen für die Verwundbarkeitsfaktoren zusammen, aus denen dann das "verminderte Selbstbewußtsein" abgeleitet wird. BROWN schreibt: "Wenn man von den chronischen Fällen absieht, ergibt sich bei 14 Prozent der Frauen aus der Mittelschicht ein Wert von 2 oder mehr (Verwundbarkeitsfaktoren, U.G.), verglichen mit 37 Prozent der Frauen aus der Arbeiterschicht ($p < 0,05$). Wenn dies in Betracht gezogen wird, ist die Schichtdifferenz in der Häufigkeit psychiatrischer Störungen völlig erklärt" ¹⁴).

Beide angeführten Theoreme, das eher mechanistische Modell Richard RAHEs und der multikausal aufgebaute Ansatz von George BROWN, werden bei ihren medizinischen Kritikern ebenso wie ihren medizinsoziologischen Anhängern als Beispiele für eine soziologische Krankheitserklärung angeführt. Besieht man die Theoreme jedoch näher, so zeigt sich, daß für RAHE soziale Gegebenheiten allenfalls in ihrer formalen Funktion als Auslöser für Resistenzverminderung gesehen werden und eine Hypothese über den Zusammenhang zwischen Sozialsituation und Erkrankungswahrscheinlichkeit

überhaupt nicht aufgestellt wird. Demgegenüber stellt BROWN eine solche Hypothese zwar auf, neutralisiert sie jedoch durch die Einführung des aus den Verwundbarkeitsfaktoren hergeleiteten "verminderten Selbstbewußtseins", und er reduziert die soziologische Komponente seines Ansatzes auf eine psychologische Hypothese, nämlich, daß Depression aus einer durch vermindertes Selbstbewußtsein entstandenen Verarbeitungskrise für bedrohliche Lebensereignisse resultiert.

Bei beiden Ansätzen bleibt das soziale Moment marginal, und es verwundert nicht, daß kein Versuch unternommen wird, begrifflich zu klären, was im einzelnen als Gesellschaft erfaßt wird. Eine Arbeit BROWNS über die sozialen Ursachen von Krankheit (1976) legt nahe, daß für ihn Gesellschaft letztlich als bloße Umwelt thematisch wird, und ihm erscheint die Identifizierung von Wahrnehmungs- und emotionalen Faktoren als intervenierenden Variablen zwischen Umwelt und Krankheit als eigentliche Aufgabe der Medizinsoziologie: "Ich beschäftige mich nicht mit der Tatsache, daß die Hausfrau nach ihrem Umzug im Zuge der Stadtsanierung länger zu den Geschäften laufen muß und weniger Freunde sieht, sondern wie sie diese Veränderungen wahrnimmt und emotional darauf reagiert. Solche symbolischen Prozesse sind das Herzstück der soziologischen Erkenntnis, und an dieser Stelle wird der Soziologe sicherlich einen deutlichen Beitrag zur Erforschung von Krankheit leisten können" ¹⁵⁾. Solche theoretische Simplizität läßt darauf schließen, daß die Unterscheidung Max Webers zwischen einer subjektiven Intuition, die jenseits des soziologischen Erkenntnisinteresses liegt, und einer idealtypisch überformten subjektiven Sinnggebung, die dem Verständnis des sozialen Handelns zugrundeliegt, bei einigen Vertretern der Medizinsoziologie noch nicht rezipiert worden ist. Sie gebrauchen Bestimmungen dessen, was sie für Gesellschaft halten, die allenfalls aus dem Alltagsverständnis zu rechtfertigen sind, aber mit der Geschichte ihrer Disziplin und den jahrzehntelangen Bemühungen um eine begriffliche Klärung des Gesellschaftsphänomens haben sie nichts mehr - oder noch nichts - gemeinsam.

Wird eine solchermaßen um das begriffliche Verständnis von Gesellschaft verkürzte Soziologie einer naturwissenschaftlich verstandenen Medizin angeboten, dann wundert es nicht, daß die Soziologie sich als etwas anderes ausgeben muß, als sie ist. Sie versteckt sich hinter der Fassade einer Sozialpsychologie, die mit dem benachteiligten Individualinteresse des Kranken oder Patienten identifiziert ist, oder sie zieht aus einer pauschalen Verurteilung naturwissenschaftlicher und technisch implementierter Medizin den Schluß, eine totale Revision der medizinischen Theorie und Praxis täte not, und die Soziologie - vage verstanden als Wissenschaft von der gesellschaftlichen Verursachung aller Krankheiten - taue zur Neubegründung der Medizin.

Es will mir aber scheinen, daß beide Auffassungen das Problem, das sich stellt, verkennen. Der augenblickliche Stand der Reflexion in der Medizinsoziologie hat erst ansatzweise erarbeitet, was das Phänomen Krankheit im Rahmen einer handlungstheoretischen Begrifflichkeit überhaupt bedeutet¹⁶⁾. Die Konzeptualisierung der Gesundheitsversorgung im Zusammenhang mit politischen und ökonomischen Prozessen hat zwar einige bemerkenswerte Arbeiten hervorgebracht¹⁷⁾, aber die Analyse bedarf dringend weiterer Schritte. Die Forschung zur Krankheitsgenese hat zahlreiche Ergebnisse erbracht, die höhere Inzidenz- und Prävalenzraten für chronische und akute Krankheiten sowie höhere Sterblichkeit in allen Altersklassen bei den unteren Gesellschaftsschichten zeigen¹⁸⁾. Es ist auch gezeigt worden, daß die medizinische Versorgung - selbst wenn dem Patienten zum Behandlungszeitpunkt keine privaten Kosten entstehen - kaum zur Verminderung der Schichtdifferenz bei Sterblichkeit und Krankheitsspektrum beiträgt¹⁹⁾.

Welche Schlüsse zieht der Soziologe daraus? Welche Schlüsse sollte der Mediziner ziehen? An dieser Stelle, an der es nicht allein um die naturwissenschaftlich begründete Theorie der Medizin, sondern auch um ihre professionelle Praxis geht, liegen meines Erachtens die Berührungspunkte zwischen der Medizin und einer Soziologie, die weder psychologisch verkürzt noch zur Alternativmedizin stilisiert wird. Daß die Medizin zugleich po-

litisch legitimierte Profession und naturwissenschaftlich fundierte Theorie ist, macht in unserem Zusammenhang eher eine Schwierigkeit aus. Denn solange die Praxis und die mit ihr verbundenen Handlungszwänge hypothetisch gleichgesetzt werden mit der naturwissenschaftlichen Theorie, die sie legitimiert, erliegt die Soziologie demselben Trugbild naturwissenschaftlicher Präzision, das die Medizin von sich entwirft, ohne zu realisieren, wie sehr ihre professionelle Praxis anderen Regeln als jenen der naturwissenschaftlich vorgegebenen Theorie folgt. Werden aber Praxis oder Theorie allein betrachtet und aus dem dialektischen Zusammenhang herausgelöst, der allererst die Medizin auszumachen scheint, bewährt sich die Soziologie als das, was viele Mediziner ohnehin in ihr gern sähen, nämlich als "terrible simplificateur".

Anmerkungen

- (1) H. Reiners, V. Volkholz (Hrsgs), Das Gesundheitssystem in der BRD, Berlin 1977; Magali Sarfatti Larson, The Rise of Professionalism, Berkeley 1977.
- (2) George Rosen, A History of Public Health, New York 1958
- (3) Thomas McKeown, The Role of Medicine, London 1976
- (4) Als Ausnahme mag R. Virchow gelten. Siehe: Die Epidemien von 1848, Archiv für pathologische Anatomie, Physiologie und klinische Medizin, III, 1851, pp. 3-12; und: Mitteilungen über die in Oberschlesien herrschende Typhus-Epidemie, Archiv für pathologische Anatomie und für klinische Medizin, II, 1849, pp. 143-322.
- (5) O.L. Peterson et al. (1956)
- (6) Johannes Siegrist, Arbeit und Interaktion im Krankenhaus, Stuttgart 1977; Gerry Stimson und Barbara Webb, Going to See the Doctor, London 1975
- (7) Erich Hahn, Historischer Materialismus und marxistische Soziologie, Berlin (Ost) 1968
- (8) Vicente Navarro, Social Class, Political Power and the State and Their Implications in Medicine, Social Science and Medicine, Bd. 10, 1976, p. 447; Meredith Turshen, The Political Ecology of Disease, The Review of Radical Political Economy, Bd. 9, No. 1, pp. 45-60
- (9) Siehe z.B. "Themenbereich Theorienvergleich" in: Materialien aus der Soziologischen Forschung, Verhandlungen des 18. Deutschen Soziologentages, Bielefeld 1976, pp. 1010-1167
- (10) Soziologische Exkurse, Frankfurter Beiträge zur Soziologie, Bd. 4, Frankfurt 1956, p. 22

- (11) R.H. Rahe, Life Crisis and Health Change, in: P.R.A. May und J.R. Wittenborn, Psychotropic Drug Responses: Advances in Prediction, Springfield/Ill. 1969, p. 120

Zu derselben Gruppe von Arbeiten gehören u.a.:

R.H. Rahe et al., Social Stress and Illness Onset, Journal of Psychosomatic Research, Bd. 8, 1964; T.H. Holmes und R.H. Rahe, The Social Readjustment Rating Scale, Journal of Psychosomatic Research, Bd. 11, 1967; M. Masuda und T.H. Holmes, The Social Readjustment Rating Scale: A Cross-Cultural Study of Japanese and Americans, Journal of Psychosomatic Research, Vol. 11, 1967; R.H. Rahe, Subjects' Recent Life Changes and Their Near-Future Illness Susceptibility, in: Advances in Psychosomatic Medicine, Vol. 8, Basel 1972; T.H. Holmes und M. Masuda, Life Changes and Illness Susceptibility, in: B.P. Dohrenwend und B.S. Dohrenwend (Hrsg), Stressful Life Events, New York 1975; R.H. Rahe, The Pathway Between Subjects' Recent Life Changes and Their Near-Future Illness Reports: Representative Results and Methodological Issues, in: Dohrenwend und Dohrenwend, op. cit.

- (12) G.W. Brown, T. Harris und J. Peto, Life Events and Psychiatric Disorders, Part 2: Nature of Causal Link", Psychological Medicine, Bd. 3, 1973

Zu derselben Gruppe von Arbeiten gehören:

G.W. Brown und J.L.T. Birley, Crises and Life Changes and the Onset of Schizophrenia, Journal of Health and Social Behaviour, Bd. 9, 1968; G.W. Brown et al., Life-Events and Psychiatric Disorders. Part 1: Some Methodological Issues, Psychological Medicine, Bd. 3, 1973; G.W. Brown, T. Harris und J.P. Copeland, Depression and Loss, British Journal of Psychiatry, Bd. 130, 1977; G.W. Brown und T. Harris, The Social Origins of Depression, London 1978

- (13) G.W. Brown, Meaning, Measurement, and Stress of Life Events, in: Dohrenwend und Dohrenwend, op. cit. (1975)
- (14) G.W. Brown, M.N. Bholchrain und T. Harris, Social Class and Psychiatric Disturbance among Women in an Urban Population, Sociology, Bd. 9, 1975, p. 239
- (15) G.W. Brown, Social Causes of Disease, in: D. Tuckett, An Introduction to Medical Sociology, London 1976, p. 293; zur Kritik vgl. auch: U. Gerhardt, Coping and Social Action: Theoretical Reconstruction of the Life-Event Approach, Sociology of Health and Illness, Bd. 1, No. 3 (im Erscheinen).
- (16) Zu diesem Thema bereite ich eine Monographie vor
- (17) Robert R. Alford, Health Care Politics, Chicago 1975; Elliot Krause, Power and Illness, New York 1977; Magali S. Larson, op. cit.
- (18) Office of Population and Census Statistics, Occupational Mortality 1970-72, Decennial Supplement, London 1978
- (19) Nicki Hart, Inequality and Health, Essex (mimeo) 1978