



DISKURS

Berggasse 19

Jubiläumsausgabe

Zugunsten der Lesbarkeit wird in dieser Publikation auf eine geschlechterspezifische Schreibweise verzichtet, es sei denn, dass eine geschlechterspezifische Schreibweise spezifisch für die korrekte Vermittlung des Inhalts erforderlich war.

Vorwort

In einer komplexen Welt ist der Blick über den Tellerrand immer von Vorteil, wenn nicht sogar eine Notwendigkeit. Der Austausch zwischen unterschiedlichen Disziplinen und Sichtweisen erweitert die eigene Perspektive sowie das eigene Handlungsfeld.

Sanofi ist sich dessen als weltweites Gesundheitsunternehmen mit gesellschaftlicher Verantwortung schon lange bewusst und trägt mit einer Reihe an Initiativen zum interdisziplinären Austausch bei.

Mit dem „Diskurs Berggasse 19“ in Kooperation mit der Sigmund Freud Privatstiftung ist es gelungen, ein exklusives Kommunikationsformat in Anlehnung an die Psychologische Mittwoch-Gesellschaft Sigmund Freuds zu schaffen. Hochrangige Expertinnen und Experten, Meinungsbildnerinnen und Meinungsbildner kommen in Diskussionszirkeln zu aktuellen Fragestellungen zusammen. Anlässlich des zehnten Diskurses haben wir alle bisherigen Themen des besonderen Kommunikationsformats in dieser Publikation zusammengefasst.

Wolfgang Kaps
Geschäftsführer Sanofi Österreich

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren!

Vor nunmehr drei Jahren hat Bettina Resl von Sanofi Österreich im Gespräch mit mir die Idee ins Leben gerufen, ein gemeinsames interdisziplinäres Diskussionsforum im Sigmund Freud Museum zu etablieren. Die Konfrontation von Entscheidungsträgern aus dem Gesundheitsbereich mit aktuellen Fragestellungen aus psychoanalytischer Perspektive im Hause Freuds sollte dafür der richtige Aufhänger sein.

Gemeinsam mit meinen Vorstandskolleginnen Monika Pessler und Daniela Finzi haben wir dieses Konzept des offenen Diskurses gerne aufgenommen und die Reihe in Kooperation mit Sanofi entwickelt. Diese Öffnung der Psychoanalyse und ihre Verknüpfung mit aktuellen fachlichen und gesellschaftlichen Themen zeigt die bis heute andauernde Bedeutung und Weiterentwicklung der von Freud begründeten Disziplin.

Ich wünsche eine anregende Lektüre und freue mich auf die weiteren Abende aus der Reihe Diskurs Berggasse 19.

Peter Nömaier
Vorstandsvorsitzender
Sigmund Freud Privatstiftung

Inhaltsverzeichnis

Zukunftstrends im Gesundheitswesen: Ethik und Governance der künstlichen Intelligenz	9
Seltene Erkrankungen – Maximalbelastung für Geist und Körper	18
Krankgeputzt	27
Man(n) geht nicht gern zum Arzt	36
Evidenzbasierte Medizin – der Mensch als statistische Größe?	45
Freud und Leid: „Tango statt Fango“	54
Essstörungen	63
Der Schmerz – eine psychoanalytische Betrachtung	72
Endlich wieder gesund (genug)?	81
Recht auf Unvernunft? Selbstbestimmung versus Herdenschutz	90

DISKURS

Berggasse 19

Zukunftstrends im Gesundheitswesen: Ethik und Governance der künstlichen Intelligenz

Univ.-Prof. Mag. Dr. Barbara Prainsack

Wird der Einsatz künstlicher Intelligenz
das Gesundheitssystem wirklich
gänzlich auf den Kopf stellen und
viele Ärzte ersetzen? Oder wird KI –
ganz im Gegenteil – mehr ärztliches
Wissen erfordern?

Wenn man nach Artikeln und Beiträgen zu künstlicher Intelligenz (KI) im Gesundheitswesen sucht, dann lassen hehre Versprechen nicht lange auf sich warten: Die KI werde das Gesundheitswesen revolutionieren; kein Stein werde auf dem anderen bleiben. In naher Zukunft könnten Patienten einen großen Teil ihrer Krankheiten mithilfe von KI in digitalen Apps selbst diagnostizieren, und auch die Gesundheitsberufe könnten sich radikal verändern. Wer das Pech hat, in der Radiologie oder der Pathologie zu arbeiten, werde vielleicht vollkommen von Maschinen ersetzt.

Das sagen manche Visionäre der KI voraus. Aber wird das wirklich so sein? Wird KI wirklich menschliche Expertise in der Medizin verdrängen? Wer diese Frage mit einem Ja beantwortet, wird versuchen, die Anwendung der KI im Gesundheitswesen ethischer zu gestalten. Das Kürzel „FAT“, das für Fairness, Accountability (Rechenschaftspflicht und Verantwortung) und Transparenz steht, fasst eine Reihe ethischer und regulatorischer Prinzipien zusammen, die sich derzeit in Entwicklung befinden. Sie gehen über die etablierte Medizinethik hinaus und bieten Hilfestellungen dafür, die Anwendung insbesondere verschiedener Formen des maschinellen Lernens im Gesundheitswesen ethisch und sozial verantwortungsvoll zu gestalten.

Daneben gibt es aber auch Experten, die die Prämisse, dass KI menschliche Expertise ersetzen und damit das Gesundheitswesen radikal verändern wird, infrage stellen. Obwohl KI bereits an vielen Orten im Gesundheitswesen zu finden ist – von der Telemedizin bis hin zur Unterstützung in der Diagnoseerstellung –, gehen diese Experten davon aus, dass KI weder menschliche Expertise verdrängen noch die großen Herausforderungen des Gesundheitssystems lösen wird.

Fehlendes Situationswissen

Warum nicht? Der Informatiker Ernest Davis und der Unternehmer Gary Marcus geben in ihrem Buch „Rebooting AI“ eine Antwort auf diese Frage: KI funktioniert dort besonders gut, wo sie unter genau definierten Bedingungen in einem abgegrenzten System arbeitet und kein kontextuelles Wissen erforderlich ist – also wo keine „störenden Einflüsse“ von außen kommen.

Wenn ein Algorithmus etwa in den Daten aus einer Intensivstation in einem Krankenhaus eine Korrelation zwischen der Einberufung eines Treffens mit Angehörigen und dem Eintreffen des Todes der Patienten findet, „denkt“ die Maschine, dass das Angehörigentreffen für höhere Sterblichkeit verantwortlich ist. Ein Mensch hingegen, der über kontextuelles Wis-

sen verfügt, weiß sofort, dass das Eintreffen der Angehörigen auf das bevorstehende Sterben des Menschen zurückzuführen ist und nicht umgekehrt.

Um ein weiteres Beispiel aus dem Buch von Gary Marcus und Ernest Davis zu geben: Wenn eine Maschine, die alles über deutsche Grammatik weiß, die Information bekommt: „Ayse kann Doris nicht aufheben, weil sie zu schwer ist“, dann weiß sie nicht, wer hier wen nicht heben kann, weil sich das weibliche Pronomen sowohl auf Ayse als auch auf Doris beziehen kann. Ein Mensch, der diesen Satz hört, weiß jedoch sofort, was Sache ist: Doris ist so schwer, dass Ayse nicht über genug Muskelkraft verfügt, sie hochzuheben. Man muss sowohl etwas über menschliche Körper und die Schwerkraft wissen als auch etwas darüber, was den Akt des Aufhebens ausmacht, um diesen kurzen Satz richtig zu verstehen, der sich rein grammatikalisch nicht lösen lässt. Das ist kontextuelles Wissen.

Stärken und Schwächen von Maschinen

Es gibt einiges, das Maschinen besser können als Menschen: Sie können große Datenmengen verarbeiten, ohne müde zu werden; sie können emotionslos immer wieder dieselben

Schritte ausführen, ohne Muster zu sehen, wohingegen sich menschliche Gehirne auf ihrer ständigen Suche nach Sinn danach sehnen, welche zu finden. Was Menschen den Maschinen jedoch voraushaben, ist kontextuelles und situatives Wissen. Man muss in unserer Welt und nicht nur in den kontrollierten Bedingungen eines Labors gelebt haben, um darüber zu verfügen. Nur wenn wir uns der Grenzen maschinellen Wissens und der Stärken menschlicher Expertise und Erfahrung gewahr sind, sind wir in der Lage, die richtigen Stellschrauben zu drehen und an den richtigen Punkten im Gesundheitswesen zu investieren. Nehmen wir zum Beispiel das Problem der Dateninterpretation: Die Produktion von Daten ist heute relativ schnell und kostengünstig möglich. Was schwierig und teuer ist, ist herauszufinden, was sie bedeuten. Obwohl das menschliche Genom zum Beispiel immer wieder als „Buch des Lebens“ bezeichnet wurde, können genetische Daten in den meisten Fällen nicht einfach „gelesen“ werden wie Sätze in einem Buch. Ob das Vorhandensein einer bestimmten Genvariante bei einem Menschen bedeutet, dass er krank wird oder nicht, ist häufig nicht mit einem klaren Ja oder Nein zu beantworten.

Eine noch größere Herausforderung bietet die gemeinsame Interpretation verschiedener

Datentypen, wie zum Beispiel molekularer und klinischer Daten, unter Einbeziehung von Informationen über den Lebensstil der Patienten. Für viele Ärzte, die schon jetzt weniger Zeit für ihre Patienten haben, als sie brauchen würden, ist es schlicht unmöglich, auch noch solche Interpretationsarbeit zu übernehmen.

Visionäre der KI erwarten sich von maschinellem Lernen die Lösung des Problems. Aber genau hier laufen wir Gefahr, in eine Falle zu tappen, die in der Literatur als „Fortschritts-trugschluss“ bezeichnet wird: Wenn eine KI-Anwendung in einer kontrollierten Umgebung gut funktioniert, in der alle Faktoren, die Einfluss auf die Situation haben können, bekannt sind, ist es verlockend, anzunehmen, dass diese KI auch im komplexen Alltag des Gesundheitswesens ebenso gut funktioniert.

Dass dies normalerweise nicht der Fall ist, ist zu einem großen Teil dem oben genannten Situations- und Kontextwissen geschuldet, über das Maschinen nicht verfügen. So kam etwa das einst von IBM als revolutionär gefeierte KI-Empfehlungssystem „Watson“ nie großflächig zur Anwendung, weil die Behandlungsempfehlungen so schlecht waren, dass sie für manche Patienten hätten tödlich sein können, wenn sie die menschliche Intelligenz nicht korrigiert hätte.

Unerlässliche menschliche Expertise

Was es braucht, um die Dateninterpretation im Zeitalter der Präzisionsmedizin zu verbessern, sind nicht nur Investitionen in Expertise und Technologie der KI selbst, sondern auch in menschliche Expertise. Neben der Integration von Themen der digitalen Transformation in die Curricula der Gesundheitsberufe brauchen wir dringend eine Aufwertung der sprechenden Medizin. Nur Menschen in Gesundheitsberufen, die ihre Patienten kennen und Zeit haben, mit ihnen zu sprechen, können sicherstellen, dass die Daten und die Evidenz, die zur klinischen Entscheidungsfindung herangezogen werden, auch qualitativ hochwertig und korrekt sind.

Das sogenannte GIGO-Problem („Garbage In, Garbage Out“, also der Fakt, dass schlechte Daten zu schlechten Entscheidungen führen) kann nur über Kommunikation gelöst werden. Und dafür müssen Menschen in Gesundheitsberufen die nötige Ausbildung, Zeit und auch finanzielle Kompensation bekommen. Situations- und Kontextwissen ist für Qualität im Gesundheitswesen essenziell und muss entsprechend gefördert und remuneriert werden, damit das Handeln im Gesundheitswesen auf Wissen und nicht nur auf Daten basiert.

Intelligente Gesundheitssysteme

Eine andere wichtige Handlungsanleitung kommt von der Einsicht, dass Intelligenz nicht auf einem übergeordneten Prinzip basiert, sondern auf Vielfalt. Intelligenz ist nicht nur Systematik; sie ist auch nicht nur Kreativität. Wir sind am besten für die Herausforderungen der Zukunft gerüstet, wenn wir Vielfalt und Komplementarität fördern: das Zusammenspiel von menschlicher und maschineller Intelligenz und die Zusammenschau von biomedizinischer und sozialer Expertise.

Diese Komplementarität muss dringend in die Ausbildungspläne aller Gesundheitsberufe Eingang finden. Zudem bedeutet das Fördern von Vielfalt auch das Zulassen von Selbstorganisation und die Aufgabe des Wunsches, alles kontrollieren zu können. Dies läuft freilich aktuellen Trends zur Rationalisierung und Ökonomisierung im Gesundheitswesen klar entgegen, die kurzfristige Effizienzgewinne nachhaltigen Investitionen in „intelligente“ (in dem gerade beschriebenen Sinn) Gesundheitssysteme vorziehen. Intelligente Gesundheitssysteme lernen nicht nur von oben und von außen – wie zum Beispiel von Richtlinien und Evidenz aus klinischen Studien –, sondern auch von unten und von innen: von patientenzentrierten Parametern und den (systematisch evaluierten)

Erfahrungswerten von Menschen in Gesundheitsberufen. Die wachsende Bedeutung der wertbasierten Medizin, die vorsieht, die Bezahlung von Gesundheitsleistungen ergebnisbasiert statt interventionsbasiert durchzuführen, wird auch finanzielle Anreize für Ansätze bieten, die vielleicht unkonventionell scheinen, aber trotzdem funktionieren.

Auch Pathologen und Radiologen wird es weiterhin geben – sie werden nur andere Dinge tun als heute. Im Idealfall werden Menschen in Gesundheitsberufen mehr Zeit zur Interaktion mit Patienten haben und weniger Zeit damit verbringen, Daten in Computer einzugeben. Hier können maschinelle Lösungen, etwa in Form automatischer Bild- oder Spracherkennung, als Unterstützung menschlicher Expertise und Erfahrung eine wichtige und positive Rolle spielen. Was wir aber nicht vergessen dürfen, ist: Je mehr maschinelle Intelligenz wir verwenden, desto mehr brauchen wir die menschliche.

Univ.-Prof. Mag. Dr. Barbara Prainsack ist Professorin am Institut für Politikwissenschaft der Universität Wien und am Institut für Globale Gesundheit und Sozialmedizin des King's College London.

Seltene Erkrankungen - Maximalbelastung für Geist und Körper

Dr. Elisabeth Skale

Als seltene Erkrankungen sind Krankheiten definiert, die maximal fünf von 10.000 Menschen betreffen. Die Gesamtzahl der Betroffenen ist allerdings hoch, da knapp ein Viertel aller bekannten Erkrankungen als selten eingestuft wird.

In der EU leben circa 30 Millionen Menschen mit seltenen Erkrankungen. Diese bringen neben den primären Leiden hohe psychische Belastungen mit sich. Die Suche nach Hilfe und nach einer Diagnose, die eine entsprechende Therapie möglich macht, gestaltet sich bei seltenen Erkrankungen oft äußerst schwierig. Die Patienten werden mehrfach abgewiesen oder von konsultierten Ärzten als Belastung empfunden, weil sie kein Erfolgserlebnis gewähren und das Wissen der Behandelnden auf eine harte Probe stellen. Die Angst, die durch die unklare Symptomatik ausgelöst wird, steigert sich durch den Umstand, dass die Suche nach der Ursache langwierig ist und immer neue Untersuchungsverfahren verlangt, die oft keine oder wenig zufriedenstellende Ergebnisse bringen. Verzögerungen der Diagnose, die zu einer Zunahme der körperlichen Beschwerden führen und Verunsicherung auslösen, unterminieren das Vertrauen in das medizinische Wissen. Der von Patientenorganisationen in Deutschland erhobene durchschnittliche Zeitraum vom Auftreten der ersten Symptome bis zur Diagnose beträgt 3,29 Jahre, kann aber im Extremfall bis zu 15 Jahre dauern.

Die Schwierigkeiten, eine seltene Erkrankung zu diagnostizieren, führt oft zur Fehlannahme, dass die geschilderten Symptome Ausdruck einer psychischen Erkrankung seien.

Deshalb ist es wichtig, zu betonen, dass jedes psychisch bedingte oder psychosomatische Symptom Produkt einer inneren Psychodynamik ist, die sich in körperlichen Beschwerden niederschlägt. Der innere Konflikt muss für den Psychotherapeuten wenigstens in Ansätzen zu explorieren und zu erkennen sein. Andernfalls müssen Psychotherapeuten darauf bestehen, dass nach somatischen Ursachen weitergesucht wird.

Wichtige Coping-Mechanismen

Bei Erhalt einer Diagnose setzen bei Patienten sogenannte Coping-Mechanismen ein: Diese regelhaft ablaufenden psychischen Abwehrmechanismen helfen, die Tatsache, von einer Erkrankung betroffen zu sein, zu verarbeiten und die Erkrankung in das Selbstbild zu integrieren. Alle äußeren, tragischen Ereignisse oder traurigen Nachrichten lösen eine Kaskade einander ablösender psychischer Verarbeitungsmechanismen aus: Nach Schock, Verleugnung, Projektion, Wut, Enttäuschung und Traurigkeit tritt schließlich die Integration, das allmähliche Akzeptieren der Erkrankung, ein.

Im Rahmen der Coping-Mechanismen wird die in Erfahrung gebrachte Veränderung so portioniert, dass kein psychischer Zusammenbruch riskiert wird. Die Diagnosestellung und

die unmittelbare Phase danach gehen immer mit psychischen Begleitsymptomen einher, die erwünscht und erforderlich sind, um die Krankheit in die eigene Person zu integrieren. Das gilt auch für Kinder, denen eine seltene Erkrankung diagnostiziert wird. Wenn man diese Kinder altersentsprechend mit der Wahrheit konfrontiert, kann man Folgendes beobachten: Zuerst können sie es nicht glauben, dann verleugnen sie aktiv; bald darauf sind sie sehr ärgerlich und kurzfristig völlig uneinsichtig, klagen alle an, um schließlich im Laufe einer Phase der Traurigkeit ihre innere Situation umzubauen, sodass sie danach psychisch stabil sind.

Neurotische Verarbeitung

Bei Erwachsenen können beim Aufbau von Coping-Mechanismen Stillstände auftreten, die zu psychischen „Schiefeilungen“ führen, indem durch eine Chronifizierung einer der Abwehrmechanismen eine neurotische Verarbeitung einer seltenen, schweren und chronischen Erkrankung stattfindet. Für die Praxis ist wichtig zu wissen, wie Symptome dieser neurotischen Verarbeitung aussehen.

Regression: Der Betroffene verliert das schon erlangte Reifungsniveau und schützt sich durch den Rückzug auf eine frühere Reifungsstufe. Betroffene vermitteln den Eindruck, hilflos

zu sein, Dinge zu vergessen, Termine nicht einzuhalten, und haben den Wunsch, bemuttert zu werden. Regression ist auch ein Appell an die Umgebung, Rücksicht zu nehmen.

Depressive Reaktion: Eine angemessene Trauer bei der Verarbeitung einer unangenehmen Nachricht hilft, sich auf die neue Situation einzustellen und sich von der Aufregung über die nicht erfolgte Diagnose langsam zu lösen, um sich dann in der neuen Lage zurechtzufinden. Wird diese Trauer abgewehrt, kommt es zur Depression oder Melancholie, in der die Tatsache, die zu betrauern wäre, ständig angezweifelt wird. Vorwürfe an die Umgebung und an sich selbst drücken die Stimmung dauerhaft, ohne dass ein Trauerprozess betrieben wird.

Masochistische Verarbeitung: Betroffene machen aus der Tatsache der Erkrankung ein Leiden, das sie vor sich hertragen, und vermitteln den Eindruck, sie genießen die leidende Situation. Daraus kann sich ein sogenannter sekundärer Krankheitsgewinn ergeben, der die Compliance, das kooperative Handeln von Patienten, untergraben kann.

Ängstliche/vermeidende/hypochondrische Krankheitsverarbeitung: Patienten werden im Laufe der Erkrankung zunehmend ängstlich, beobachten hypochondrisch jedes weitere

Symptom und gestalten durch ihre Klagsamkeit die Kontrollen schwierig.

Projizierende, aggressiv anklagende Verarbeitung: Patienten äußern sich kritisch-anklagend, weisen der Umgebung Schuld zu und nehmen keine der angebotenen Hilfen an.

Paranoid/zweifelnde Verarbeitung: Patienten treten zunehmend misstrauisch und zweifelnd auf. Jede Anordnung wird einer kritischen Prüfung unterzogen. Wenn es nicht gelingt, die darunterliegende Verzweiflung und Angst rechtzeitig zu erkennen und psychotherapeutische Abklärung zu empfehlen, kann im Laufe der Behandlung jegliches Vertrauen verloren gehen.

Rückzug der Patienten: Der Rückzug aus sozialen Beziehungen, aber auch aus dem Kontakt mit den Behandelnden aufgrund einer zunehmenden Verunsicherung und Lebensunlust kann eine weitere Reaktion auf eine chronische Erkrankung sein, besonders wenn es – wie bei seltenen Erkrankungen – wenige Leidensgenossen gibt, mit denen ein Austausch möglich ist.

Narzisstische Abwehr: Es gibt Patienten, die aus der Erkrankung einen sekundären Krankheitsgewinn beziehen – die Erkrankung ermöglicht das Einfordern von Rücksichtnahme. Bei seltenen Erkrankungen kann aus der Seltenheit, oft

Einmaligkeit der Erkrankung oder des Verlaufs ein narzisstischer Gewinn gezogen werden. Träger einer seltenen Erkrankung zu sein wird als Aufwertung empfunden, die gegen die Kränkung, krank zu sein, eingesetzt werden kann. Das kann so weit gehen, dass sich diese Patienten zunehmend rücksichtslos gegenüber ihren Angehörigen und Freunden benehmen.

Sigmund Freud hat in einem Aufsatz mit dem Titel „Einige Charaktertypen aus der psychoanalytischen Arbeit“ (1916) narzisstische Persönlichkeiten beschrieben, denen in sehr frühen Jahren Unrecht widerfuhr – eine erworbene Krankheit oder eine kongenitale Erkrankung, die sie an der Erreichung ihrer Lebensziele hinderte. Sie fühlen sich als Ausnahmen und leiten aus diesem Umstand lebenslang Ansprüche auf Dinge ab, die ihnen das Leben schuldete: „Ich habe den Anspruch darauf, eine Ausnahme zu sein, mich über die Bedenken hinwegzusetzen, durch die sich andere hindern lassen. Ich darf selbst Unrecht tun, denn an mir ist Unrecht geschehen“ (Freud, 1916, S. 369).

Psychotherapeutische Begleitung

Nach der Diagnosestellung erscheint es wichtig, den Verarbeitungsprozess psychotherapeutisch zu begleiten, um die Diagnose und die Tatsache, Betroffener einer seltenen Erkran-

kung zu sein, möglichst vollständig zu verarbeiten und so die oben angeführten psychischen „Schiefheilungen“ zu verhindern. Es wäre dringend geboten, in das Behandlungsschema für seltene Erkrankungen eine Beratung im Sinne eines „Coachings für Coping-Strategien“ von mindestens zehn Psychotherapiestunden aufzunehmen. Dadurch wird sowohl für die Psychotherapeuten als auch für Patienten erkennbar, zu welchen Abwehrstrategien jemand neigt, und abschätzbar, welche davon eventuell problematisch für die Verarbeitung einer seltenen Erkrankung werden können. Dadurch wird es auch möglich, psychische Fehlentwicklungen im Ansatz zu erkennen und in der Sicherheit der beratenden oder therapeutischen Stunden andere psychische Strategien zu finden.

In allen Fällen können Selbsthilfegruppen einen sehr wichtigen Beitrag zur psychosozialen Versorgung bereitstellen. Sie beugen dem Rückzug und dem Gefühl der Ausgeschlossenheit vor und helfen durch den gegenseitigen Austausch beim Aufbau und der Aufrechterhaltung von Verarbeitungsstrategien. Erst wenn psychische Symptome über längere Zeit bestehen und zunehmen, erscheint eine ausgedehntere Psychotherapie unumgänglich. Auch aus ökonomischer Sicht erscheint ein präventiver Einsatz von Beratungs- oder Psy-

chotherapiesitzungen sinnvoll, damit Folgeerscheinungen von chronifiziertem Abwehren, also reaktive psychische Erkrankungen, verhindert werden. Dadurch können oft kostenaufwendigere „Reparaturen“ vermieden werden.

Dr. Elisabeth Skale ist Fachärztin für Psychiatrie und Psychoanalytikerin in freier Praxis und im Wiener Psychoanalytischen Ambulatorium.

Quellen:

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (2015). Nationaler Aktionsplan für seltene Erkrankungen.

Bundesministerium für Gesundheit (2009). Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Menschen mit seltenen Erkrankungen in Deutschland. Verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Berichte/110516_Forschungsbericht_Seltene_Krankheiten.pdf (31.10.2019).

Bundesministerium für Gesundheit. Seltene Erkrankungen. Verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/gesundheitsgefahren/seltene-erkrankungen.html> (31.10.2019).

Freud, S. (1916). Einige Charaktertypen aus der psychoanalytischen Arbeit. Gesammelte Werke X, S. 364–391.

Nationales Aktionsbündnis für Menschen mit Seltene Erkrankungen. Hintergrundpapier Psychosoziales Betreuungskonzept. Verfügbar unter https://www.namse.de/fileadmin/user_upload/downloads/Psychosoziales_Betreuungskonzept.pdf (31.10.2019).

Krankgeputzt

Dr. Walter Parth

Der Topos Sauberkeit, Reinheit und Hygiene begleitet unsere Gesellschaft auf Schritt und Tritt. Was immer wir berühren, muss gereinigt und notfalls auch desinfiziert werden.

Mit besonderer Leidenschaft gehen wir auf unseren Körper los – mit Deodorant, Seife, Spray und Gel rücken wir unseren Haaren, unserer Haut, Finger- und Zehennägeln, Achseln und dem Intimbereich zu Leibe. Nicht weniger trachten wir, unser Inneres wie Ohren, Zähne, Mundhöhle, Magen, Darm, ja sogar die Zellen zu reinigen und zu säubern: Alles soll von Bakterien, Giften und Schlacken befreit werden. Der gesundheitlich notwendige Kampf um Hygiene hat eine Kehrseite, wie der Medizinjournalist Bert Ehgartner in seinem Buch „Die Hygienefalle. Schluss mit dem Krieg gegen Viren und Bakterien“ auf den Punkt bringt: Er bezeichnet den Hype der Hygiene als einen Krieg gegen uns selbst; als hätte sich die segensreiche Wirkung geradezu in ihr Gegenteil verkehrt und sei zu einer gesellschaftlich geförderten Attacke gegen gesunde biologische Regelkreise geworden (Ehgartner, 2016). Wie kommt es, dass wir die Frage von Hygiene kaum rational behandeln können? Warum ist dieses Thema aufgeladen mit heftigen Affekten?

Ekel als Kulturschranke

Einer der stärksten dieser Affekte ist wohl der Ekel, der Schmutz und Geruch begleitet und zu starken körperlichen Reaktionen führen kann. Die Abscheu, die der Ekel hervorruft, soll die Berührung des Unreinen mit der Haut, vor al-

lem aber die Aufnahme durch den Mund verhindern oder das Eindringen von Schmutz oder Geruch in den Körper abwenden.

Sigmund Freud beschrieb in frühen theoretischen Entwürfen am Beispiel der Entwicklung des aufrechten Ganges die Idee, dass die Distanzierung des Riechorgans von den Ausscheidungs- und Sexualorganen das Abwehrsystem des Ekels entstehen ließ. Als Quelle der Moral und als Anstoß der Verdrängung und des Kulturprozesses verändere der aufrechte Gang die Beziehungen von Gesichts- und Geruchssinn zu den Organen der Exkretion, der Zeugung und der Geburt. Die Gerüche und Ausscheidungen des Körpers werden unverträglich mit unserer Kultur. Das seelische Gesetz der Triebverdrängung bestimmt, dass dort, wo orale und anale Lust dominierten, die Schranke des Ekels nun die Verdrängung dieser Lust bewerkstelligen muss (Freud, 1913).

Aber die untergegangene Lust ist nie verschwunden; sie ist nicht zu tilgen, sondern nur durch starke seelische Kräfte im Unbewussten zu halten. Unter bestimmten Bedingungen, bei sexueller oder aggressiver Erregung, in der Perversion oder im neurotischen Symptom, tritt die verbotene Lust wieder an die Oberfläche und wird dort genossen, oder – wie in der Zwangneurose – bitterlich bekämpft.

Der Weg der Triebverdrängung

In seiner Entwicklungsgeschichte beschreitet jedes Individuum denselben Weg der Triebverdrängung und Reaktionsbildung aufs Neue. Auf dem Weg vom kleinen, archaischen Wilden, den der Säugling darstellt und der alle seine körperlichen Bedürfnisse im Augenblick leben will, bis hin zum Kulturmenschen, der die Regeln der Gesellschaft in sich errichtet hat, findet eine andauernde Zählung und Umbildung der primitiven Triebregungen statt.

Die ganze Welt des Säuglings ist auf die Wohltaten der mütterlichen Brust gerichtet. Sie nimmt ihm die Schmerzen des Hungers und schenkt die süße Milch des Lebens, die er auf „tierische“ Weise mit Mund und Nase erforscht und genießt. Die Annehmlichkeiten des Kontakts der mütterlichen Haut mit seiner eigenen Haut bilden gemeinsam mit der Inkorporation der Mütterlichkeit als Ganzes eine zweite, psychische Haut der Geborgenheit und des Wohlbefindens, die ihn vor den feindlichen Einwirkungen der Umwelt schützt (Anzieu, 1996).

Ablösungsprozess von der Mutter

Umso schmerzlicher ist die Erfahrung ständigen Verlustes dieser paradiesischen Geborgenheit. Die Unzulänglichkeit der Mutter, die

diesen Zustand nicht ohne Unterlass zu gewährleisten in der Lage ist, entfacht enorme Wut und Zustände der Hilflosigkeit und des Schmerzes. Dies drängt mit Macht zur Ablösung von der Mutter im körperlichen und seelischen Sinne. Die Ausstoßung und Ekelbildung ist Teil dieser Ablösung, das klebrige, schleimige und diffus Ungetrennte ist der Teil der Mütterlichkeit, von dem wir uns zu distanzieren suchen. Der Ekel vor der Haut auf der Milch ist die Verkehrung der seligen Lust, an der Mutterbrust zu trinken. Das, was wir einst so notwendig gebraucht und begehrt haben, beginnen wir abzuwerten, zu ersetzen und in symbolhafter Form zu erlangen. Zuerst, indem wir unser Interesse auf Substitute verlagern, wie festes Essen, Schnuller, Schmusedecke, Spielzeug, und später auf andere Personen, bis hin zu den Liebesobjekten im Erwachsenenalter.

Es ist ein wichtiger Schritt vollzogen, wenn es uns gelingt, für das reale, sinnliche Objekt der Brust eine Symbolisierung zu entwickeln, die nun alles „Brusthafte“, alles Essen, Trinken, alles Sinnliche und Intellektuelle so behandelt wie diese verlorene Brust. Entweder sind wir in Frieden von der Brust geschieden und können dem anderen etwas positiv „Brusthaftes“ anheften, oder wir sind im Konflikt geschieden und kämpfen unser Leben lang mit allem, was uns fremd ist – sei es Essen, sei es Wissen, sei es sons-

tiges Neues oder von außen Kommendes. Eine erträgliche Trennung vom Brusthaften macht uns das andere erträglich, erlaubt uns Toleranz gegenüber Neuem, Schmutzigem oder Unvollkommenem.

Sauberkeitserziehung der Kinder

Kleinkinder widmen den Ausscheidungen die größte Aufmerksamkeit. Erst die Erziehung lässt die koprophilen Gelüste des Kindes untergehen, sie verfallen der Verdrängung, werden geheimgehalten, Verstärkung von Ekel und Scham sind die Folge. Das Interesse, das bisher den Exkrementen galt, wird verschoben auf kulturell wertvolle Dinge, vor allem auf Geld oder ästhetische Objekte. Die Ordnung, die mit der Sauberkeitserziehung eingeführt wurde, wird auf soziale Beziehungen umgeleitet oder anderen aufgezwungen, so wie man selbst gezwungen war, sich ihnen zu beugen (Freud, 1913).

Diese Loslösung von den eigenen Körperprodukten, verbunden mit starken Bestrebungen zur Selbständigkeit, löst massive Ängste aus und zeigt sich in den heftigsten Konflikten, deren Überwindung viel Zwang oder Geduld, Gewalt oder Verständnis bedarf. Die Unfähigkeit, diese Konflikte in einem erträglichen Maße zu lösen, kann zur Zwangsneurose führen.

Bei Zwangsneurotikern bleibt ein großer Teil der seelischen Entwicklung auf dieser Ebene fixiert, die Gefühlsregungen werden hochgradig ambivalent und pendeln unentwegt zwischen Liebe und Hass, zwischen Schmutzlust und Reinlichkeit, zwischen Abhängigkeit vom Objekt und dessen Abstoßung.

Maßvoller Umgang mit Reinheit

Sofern wir die Charakterbildung annähernd ausgewogen überstanden haben und unsere seelische Entwicklung weitere Fortschritte gemacht hat, ist unser Seelenleben halbwegs im Gleichgewicht. Wir können Bestrebungen zur Reinheit maßvoll genießen, so wie wir es maßvoll genießen können, unseren Körper zu lieben, zu pflegen und sauber zu halten. Wir werden eine gewisse Toleranz dem Fremden, dem Unvollkommenen und dem Schmutzigen gegenüber aufweisen.

Bleiben wir aber in diesem Pandämonium oralen und analen Entwicklungskampfes allzu sehr verhängen und ist dieses innere Gleichgewicht gestört, werden wir nicht anders können, als triumphierend genießend die Aggression zu entladen. Wir werden unter dem Mantel der Ordnung Menschen quälen und mit Gemeinheiten drangsaliieren und sie als schmutzig entwerten. Wir werden im Fremden die eigene Wildheit,

Schmutzigkeit und Zerstörungslust bekämpfen. Das Anderssein in Geschlecht, Kultur, Religion oder Rasse wird als Begründung dafür angeführt. Der Hass auf das Unreine wird als Liebe zur Sauberkeit maskiert und erweist sich letztlich nicht als liebevolle Sorge, sondern als aggressive Attacke auf andere und sich selbst. Oft betrifft dies auch die eigene Haut, repräsentiert sie doch die emotionale Hülle einer Objektbeziehung. Narzisstische Unberührbarkeit und Glätte werden zum Ideal erhoben. Was dieses Ideal stört, wird mit Vernichtung bedroht.

Auf die Frage, wie man die Gesellschaft zu einem maßvollen Umgang mit ihren Ansprüchen an Hygiene und Sauberkeit anhalten kann, hat die Psychoanalyse keine direkte Antwort. Sie setzt lediglich auf Aufklärung. Wer wissen will, was man tun soll und kann, muss sich wohl an Politiker, Erzieher, Priester oder Journalisten wenden – an die Menschen, die die Gesellschaft leiten, informieren und aufklären. Diese Entscheidungsträger und Kommunikatoren, die sich an das bewusste Wissen der Menschen im Sinne der Aufklärung richten können, werden hier den größten Einfluss haben.

Das wäre natürlich auch ganz im Sinne Freuds, des Begründers der Psychoanalyse, der auf dem Gedenkstein im Sigmund-Freud-Park mit den Worten zitiert wird: „Die Stimme des Intel-

lekts ist leise“. Das Zitat geht allerdings weiter mit den Worten: „aber sie ruht nicht, ehe sie sich Gehör verschafft hat“ (Freud, 1927).

Dr. Walter Parth ist Psychoanalytiker in freier Praxis, Lehranalytiker und Supervisor im Wiener Arbeitskreis für Psychoanalyse (WAP) und in der International Psychoanalytical Association.

Quellen:

Anzieu, D. (1996). Das Haut-Ich. Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft.

Ehgartner, B. (2016). Die Hygienefalle. Schluss mit dem Krieg gegen Viren und Bakterien. Ennsthaler Verlag.

Freud, S. (1913a). Geleitwort zu Bourke, J. G.: Der Unrat in Sitte, Brauch, Glauben und Gewohnheitsrecht der Völker. Gesammelte Werke, Bd. 10. Ethnologischer Verlag, S. 454–455.

Freud, S. (1913b). Die Disposition zur Zwangsneurose. GW. Bd VIII, S. 441 ff.

Freud, S. (1927). Die Zukunft einer Illusion. GW XIV, S. 377 ff.

Man(n) geht nicht gern zum Arzt

Mag. Christoph Sulyok

Eine Abhandlung über die
psychodynamischen und sozialis-
ationstheoretischen Aspekte zur
Männergesundheit.

Männer erkranken häufiger als Frauen an Krebs, ziehen sich mehr Verletzungen zu und sterben früher. Angesichts dieser Fakten scheint es verwunderlich, dass Männer eine geringere Bereitschaft zu Arztbesuchen und Vorsorgeuntersuchungen aufweisen als Frauen und generell einen weniger gesunden Lebensstil pflegen.

Im folgenden Artikel möchte ich dieses Phänomen aus psychodynamischer und sozialisationstheoretischer Sicht beleuchten, um die Hintergründe für diese Verhaltensweisen verständlich zu machen. Dabei zeigt sich rein phänomenologisch, dass Männer offensichtlich einen anderen Zugang zu ihrem Körper haben als Frauen oder ihr Körperselbst anscheinend anders besetzen. Diese Wahrnehmung von und Verbundenheit mit dem eigenen Körper als Teil des eigenen Selbst spielt bei der Gesundheitsvorsorge eine Rolle.

Männlichkeit – wie ist ein Mann beschaffen?

Meistens finden sich in der wissenschaftlichen Literatur ebenso wie in populärwissenschaftlichen Büchern zum Thema Männlichkeit eher Unterschiedshypothesen über Geschlechtsunterschiede oder aber (neuro-)biologische Beschreibungen von unterschiedlichen Abläufen in den Gehirnen von Mann und Frau.

Der Neurobiologe Hütter (2016) stellt dazu folgende Frage:

„Was nützt es, wenn wir wissen, dass Männer ein größeres Gehirn haben als Frauen, dass bei ihnen die Verbindung zwischen den Hemisphären, der sogenannte Balken, etwas dünner ist und dafür der Hippocampus etwas größer und der Cortex weniger Furchen und Wölbungen hat? Dass sich gewisse Bereiche der Gehirne unterscheiden und dafür Männer und Frauen jeweils manches besser können, ist nicht wirklich etwas Neues. Dass Männer einen höheren Testosteronspiegel haben als Frauen, ist auch nicht sonderlich überraschend. Wer aber meint, dass Männer dadurch automatisch aggressiver, konkurrenzorientierter und untreuer sind, mag glauben, er hätte eine einfache Erklärung für ein weitverbreitetes Phänomen gefunden. Bekanntermaßen gibt es aber unzählige Männer, die auch mit einem hohen Testosteronspiegel herumlaufen, ohne jemals auffallend aggressiv gewesen zu sein. So erklärt sich also vieles, was auf den ersten Blick wie eine wissenschaftliche Erklärung aussieht, bei näherer Betrachtung als eine mit dem Nimbus der Wissenschaftlichkeit versehene Bestätigung ohnehin schon weitverbreiteter Vorurteile. Dann ist man in diese Falle tautologischer Erklärungen gegangen, in denen einem erklärt wird, dass etwas so ist, wie es

ist, weil es genau so funktioniert, wie es funktioniert. Diese Beschreibungen von Abläufen und Funktionsweisen helfen bei der Bedienung von Maschinen, aber nicht beim Verständnis lebendiger Wesen. Die funktionieren nämlich doch ganz anders. Sie sind nämlich keine Maschinen, die nach einem bestimmten Bauplan zusammengebaut werden, sondern sie bauen sich im Laufe ihres Lebens selbst zusammen.“

Mit Blick auf das Gesundheitsverhalten von Männern ist interessant, dass diese sich oft selbst für Maschinen zu halten scheinen – Maschinen, die ihre Stärken und Nützlichkeiten vor allem dadurch beweisen, dass sie wenig Service und Reparatur brauchen. Wie entwickelt sich dieser Körperbezug und was können uns psychodynamische Konzepte darüber sagen?

Wie wird ein Mann zum Mann?

Der Kinderpsychoanalytiker Corbett (2009) weist darauf hin, dass Männlichkeit in der Psychoanalyse bisher auffallend wenig theoretisch und klinisch bearbeitet worden ist.

Es gibt zwei große Theoriestränge und Entwürfe zur Mannwerdung, auf die sich die meisten Theorien explizit oder implizit beziehen. Die erste stammt von Freud (1905) selbst, der die Mannwerdung des Jungen in der Identifikation

mit dem Vater verortet. Der Wunsch, es dem Vater gleichzutun, zu werden wie der Vater, ist der Motor der männlichen Entwicklung. Ausgehend von Freuds Annahme, dass es sich beim Ödipuskomplex um eine zeit- und geschichtslose, universale Struktur handle, wurde die Entwicklung der Männlichkeit immer wieder über jenen Ödipuskomplex folgendermaßen definiert (Freud, 1905; Hornung, 2012):

Mit der vollständigen Entdeckung des Geschlechtsunterschiedes, den Freud der phallischen Phase im Alter von circa drei Jahren zuschreibt, beginnt der Junge, die Mutter ganz zu begehren und alleine besitzen zu wollen und Rivalität mit dem Vater zu empfinden. Die Penislosigkeit der Mutter wird in dieser Phase nicht mehr verleugnet, sondern löst Angst aus; der Junge vermutet, dass die Mutter ebenfalls einen Penis hatte, diesen jedoch verloren hat.

In diesem Wissen, dass auch er seinen Penis verlieren könnte, finden die entscheidenden ödipalen Kämpfe mit dem Vater statt; der Junge fürchtet, aus Strafe für sein Begehren vom Vater kastriert zu werden. An dieser Kastrationsangst zerbricht schließlich der Ödipuskomplex und bildet das Über-Ich, also das Gewissen, welches sich durch Verzicht bildet. Im Zuge dieses Prozesses identifiziert sich der Junge mit dem Vater – er will nun so sein wie er.

Da der Junge eigentlich erst durch die Entdeckung des Geschlechtsunterschiedes wirklich zum Mann wird, meint Corbett (2009) dazu: „Der Penis geht dem Jungen voraus.“

Die zweite große Theorie zur männlichen Entwicklung kam in den 1960er-Jahren auf, eine Gegendenkbewegung, die die bis heute wahrscheinlich dominanteste Theorie zur Maskulinität darstellt. Sie stammt von Robert Stoller (1979), der den Fokus von den Problemen, die ein Junge mit der Identifikation mit dem Vater hat, auf seine Probleme mit der Disidentifikation mit der Mutter lenkte. Laut Stoller ist die männliche Entwicklung besonders schwierig und störungsanfällig, da Männer sich eben von ihrem Primärobjekt – der Mutter – lösen müssen, um eine eigene Identität aufbauen zu können. Verläuft diese Entwicklung problematisch, können Störungen auftreten, vor allem sexuelle Perversionen seien die Folge.

Die Rolle des Körpers

Der Körper ist auch Träger der Empfindungen und Gefühle. Werden diese Gefühlswelten oft als unmännlich abgetan, kann daraus ein mechanistischer Zugang zum Körper entstehen, der sich nicht mit wohlwollender Pflege und Selbstfürsorge vereinen lässt. Wir alle kennen angenehme Körpererfahrungen, die sich beim Sport,

beim Baden oder in der Sauna einstellen. Hirsch (2011) verweist darauf, dass der Körper dabei erlebt wird wie ein freundlicher Begleiter, dessen Anwesenheit man in einer selbst herbeigeführten Begegnung genießen kann. Allerdings gibt es diese Aktivität natürlich auch in ihrer übertriebenen, pathologischen Ausformung. Hirsch (2011) weist darauf hin, dass zum Beispiel zwanghafte sportliche Betätigung die Funktion haben kann, dem Ich mittels der Beherrschung ein Machtgefühl zu vermitteln, wodurch drohende Zustände von Schwäche kompensiert werden. Psychodynamisch betrachtet kann der Arztbesuch dann mit einem Sich-Ausliefern assoziiert sein und Hilflosigkeit und Ohnmacht symbolisieren.

Wir können neben der zwanghaften sportlichen Betätigung auch Formen von risikoreichem Verhalten feststellen, die mit ausgeprägten Körpersensationen einhergehen. Damit meine ich Phänomene, die sich unter dem Titel „Ungünstiges Gesundheitsverhalten“ subsumieren lassen, wie eben Rauchen oder fett essen – alles, was hilft, sich körperlich zu spüren. Dieser Mechanismus ist sehr mächtig, da sich das Ich durch die aktive Verwendung des Körpers quasi selbst erschaffen kann. Dies wird umso wichtiger, je schwieriger emotionale Bindung ist. Und wenn der Körper mit seinen Empfindungen generell als weiblich konnotiert ist, ist die körperliche

Selbstfürsorge ja sowieso nichts, auf das Mann Wert legen sollte – in Differenz zum anderen Geschlecht (Chodorow, 1978).

In unserem Gesundheitssystem braucht es ein Umdenken beim Thema Männlichkeit. Buben brauchen Raum für aggressiv-expansives Verhalten, das nicht gleich pathologisiert oder sanktioniert wird, gleichzeitig aber brauchen sie Möglichkeiten, über Gefühle und Ängste zu sprechen. Im Bereich der Pädagogik könnten Übungen zum Körperspürbewusstsein helfen, einen anderen Zugang zum Körper zu entwickeln. Auch im aktuellen Gesundheitssystem gibt es Ansatzpunkte: Geschlechtsspezifische Beratung bezieht sich meistens auf Frauen und schließt das spezifisch Männliche aus. Männer müssen als eigene Gruppe erkannt werden und spezifische Ansprechpersonen aufsuchen können. Die Gesundheitsvorsorge bräuchte vermehrt einen Touch von „Aktiv bleiben können“, um gut am Leben teilhaben, in Beziehung bleiben und sexuell genießen zu können. Für sich zu sorgen müsste mehr mit Autonomie assoziiert und Selbstfürsorge als etwas definiert werden, das mit Autonomie verbunden ist.

Mag. Christoph Sulyok ist Klinischer Psychologe, Gesundheitspsychologe und Psychotherapeut und im Forensisch Therapeutischen Zentrum Wien und in freier Praxis tätig.

Quellen:

- Baumeister, R. (2011). *Is there anything good about men?* Oxford: University Press.
- Benjamin, J. (1988). *The Bonds Of Love*. New York: Pantheon.
- Chodorow, N. (1978). *The Reproduction of Mothering*. Berkeley: University of California Press.
- Corbett, K. (2009). *Boyhoods: Rethinking Masculinities*. New Haven: Yale University Press.
- Diamond, M. (2006). *Masculinity Unraveled: The Roots Of Male Gender Identity and the Shifting Of Male Ego Ideals Throughout Life*. In: *Journal of the American Psychoanalytic Association* 54, S. 1099-1130.
- Fonagy, P.; Moran, G. & Target, M. *Aggression and the Psychological Self*. In: *International Journal of Psychoanalysis* 74 (1993), S. 471-485.
- Foucault, M. (1976). *Der Wille zum Wissen. Sexualität und Wahrheit I*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Freud, S. (1905). *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie*. GW V, S. 29-145.
- Heenen-Wolff, S. (2017). *Unbehagen in der Tradition: Kritische Anmerkungen zu normativen Konzepten von Männlichkeit und Weiblichkeit in der Psychoanalyse*. In: Huffless, E. & Zach, B.: *Queering Psychoanalysis*. Wien: Zaglossus, S. 97-132.
- Herzog, J. (2001). *Father Hunger*. Hillsdale, N.J.: Analytic Press.
- Hirsch, M. (2011). *Der eigene Körper als Objekt*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Hornung, E. (2012). *Multiple Männlichkeiten. Psychoanalytische Konzepte zur Männlichkeit*. In: Diercks, C. & Schlüter, S.: *Sigmund Freud Vorlesungen 2011: Triebchicksale*. Wien: Mandelbaum Verlag, S. 124-134.
- Hüther, G. (2016). *Männer – Das schwache Geschlecht und sein Gehirn*. Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co.
- Qunideau, I. (2017). *Geschlechtervielfalt und polymorphes Begehren*. In: Huffless, E. & Zach, B.: *Queering Psychoanalysis*. Wien: Zaglossus, S. 181-210.
- Rekers, G. (1995): *Handbook of Child and Adolescent Sexual Problems*. New York: Lexington/Jossey-Bass/Simon and Schuster.
- Shamir, M. & Travis, J. (2002). *Boys Don't Cry? Rethinking Narratives of Masculinity and Emotion in the U.S.* New York: Columbia University Press, 2002.
- Stoller, R. (2001). *Perversion. Die erotische Form von Hass*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

Evidenzbasierte Medizin - der Mensch als statistische Größe?

Univ.-Prof. Dr. h.c. Dr. Peter Kampits

Die evidenzbasierte Medizin wird als der „gewissenhafte, ausdrückliche und umsichtige Gebrauch der aktuell besten Beweise für Entscheidungen in der Versorgung eines individuellen Patienten“ verstanden.

Die evidenzbasierte Medizin (EBM) stellt eine der jüngeren Entwicklungsrichtungen in der Medizin dar. Spätestens seit ihrer Ausdifferenzierung durch David Sackett und seine Forscherkollegen ist die EBM in den letzten Jahren immer wieder unter Beschuss geraten. Zum einen wird immer wieder kritisiert, EBM sei ein alter Hut, eine Art „Kochbuchmedizin“, die das Konzept der „Evidenz“ zwar mit klinischer, individueller Expertise und Patientenpräferenzen zu verbinden sucht, aber dennoch die Gefahr eines sklavischen Befolgens durch den Arzt in der Patientenbehandlung impliziert – auch wenn sowohl amerikanische als auch deutsche Umfragen ergeben haben, dass circa 70 Prozent der Ärzteschaft den Leitlinien der EBM derzeit (noch) nicht folgen. Dem gegenüber steht auch die von den Befürwortern der EBM vertretene Auffassung, dass die externe klinische Evidenz zu einer Neubewertung bisher akzeptierter Verfahren führe. Dieser Streitpunkt hat sowohl auf wissenschaftstheoretischer Ebene als auch hinsichtlich der medizinischen Ethik und der implizierten ökonomischen Folgen eine Fülle von Problemen aufgeworfen, von denen nur einige hier in Folge skizziert werden können.

Zum anderen wirft schon der Begriff der Evidenz ein internationales linguistisches Problem auf: Während „Evidenz“ im Englischen die Be-

deutungen „Beweis“, „Beleg“, „Hinweis“ oder „Zeugenaussage“ hat, ist die deutsche Bedeutung „Offensichtlichkeit“, „etwas, das keines Beweises bedarf“ – also das Gegenteil des Englischen. Der deutsche Begriff entspricht im Englischen dem Ausdruck „obviousness“.

Zudem hat der Evidenzbegriff innerhalb der deutschsprachigen philosophischen Tradition einerseits in der phänomenologischen Tradition (etwa Edmund Husserl und Franz Brentano), andererseits im Neopositivismus des Wiener Kreises (etwa Rudolf Carnap oder auch Hans Reichenbach) wesentliche, aber grundverschiedene Bedeutungen und Reichweiten. Da für Husserls und Brentanos phänomenologischen Evidenzbegriff das „unmittelbare Innewerden der Wahrheit selbst“, also die Offensichtlichkeit und unmittelbare Einsicht entscheidend ist – Husserl spricht von der sogenannten „Wesensschau“ –, lässt sich der in der EBM angestrebte Evidenzbegriff nicht auf diesem Hintergrund interpretieren.

Wesentlich dagegen ist das neopositivistische Verifikationskriterium, dessen Schwächen allerdings bereits Karl Popper aufgedeckt hat. Daher orientieren sich viele Kritiker der EBM an Poppers Falsifikationskonzept, in welchem dieser gezeigt hat, dass eine auf Induktion gestützte logische Ableitung nicht als Beweis für

Hypothesen und Theorien gelten kann und somit die Verifikation alleine nicht ausreichend ist, um jenen Grad von Wahrscheinlichkeit zu erreichen, der für eine Anwendung des Verifikationsverfahrens sprechen könnte. Auf wissenschaftstheoretischer Ebene bedeutet dies, dass es logisch nicht gerechtfertigt ist, von besonderen Sätzen auf allgemeine zu schließen. Popper führt in diesem Zusammenhang folgendes Beispiel an: Noch so viele Beobachtungen von weißen Schwänen können nicht als Beweis dafür gelten, dass alle Schwäne weiß sind. Spätestens seit Poppers Darlegungen wird zumindest der Alleinanspruch der EBM auf Wissenschaftlichkeit infrage gestellt.

Die Grenzen der Statistik

Da in der EBM der Statistik der Vorzug gegeben wird, geht es nicht mehr bloß um die Autonomie des Patienten, sondern auch um jene des Arztes, wenn dieser den vorgegebenen Leitlinien der EBM Folge leistet. Dazu kommt, dass das Selbstverständnis der Medizin seit ihrer Entstehung immer zwischen der Polarität der Wissenschaft und der ärztlichen Kunst schwankt. Vor allem seit dem 19. Jahrhundert hat sich die Verwissenschaftlichung und Technisierung der Medizin durchgesetzt. Dies führt zu einer Vernachlässigung des Eingehens und der persönlichen Auseinanderset-

zung mit dem Patienten, auch wenn die EBM sowohl die Integration einer Orientierung am Patienten als auch gerade durch die Einbeziehung der Ergebnisse von Big-Data-Studien eine Personalisierung propagiert. Darum hat der Deutsche Ethikrat die Ziele des ärztlichen Handelns folgendermaßen formuliert: „Es geht um die Sicherstellung eines auf den individuellen Patienten und seinen spezifischen Bedarf abgestellten Vorgehens, das auch die Qualität der medizinischen Behandlung mit berücksichtigt. Dafür müssen sich die Ärzte frei für das Wohl der betroffenen Person entscheiden können, unabhängig davon, was politisch, ökonomisch oder von partikularen Interessensgruppen von ihnen erwartet wird.“

Die Einführung randomisierter, kontrollierter Studien zur Ermittlung der Wirksamkeit von Therapien hat dazu geführt, dass die klinische Expertise, die den beruflichen Erfahrungshintergrund des Arztes impliziert, zugunsten von Big-Data-Studien vernachlässigt wird. Dies wird selbst von Befürwortern der EBM wie etwa Archibald Cochrane zugegeben, der gerade die zahlenmäßigen Größen der Big-Data-Studien als „zweideutig“ interpretiert, da es mit einer großen Anzahl von Probanden möglich sei, ein Ergebnis zu erzielen, das zwar statistisch signifikant, aber zugleich auch klinisch bedeutungslos sein könne. Hinzu kommt, dass gerade

in statistischen Erhebungen Sonderfälle keine Berücksichtigung erfahren, weil sie durch das statistische Raster fallen. Dies bedeutet für die Praxis, dass für Patienten mit einem untypischen Krankheitsverlauf ein evidenzbasierter medizinischer Ansatz oftmals ungeeignet ist.

Die von der EBM propagierte individuelle klinische Expertise, die das Können und die Urteilskraft des Arztes betrifft, sollte wohl auch die besonderen Situationen, die Rechte und Präferenzen von Patienten im Zuge der Behandlung berücksichtigen. In der Praxis hat sich aber herausgestellt, dass gerade diese Umsetzung wissenschaftlich abgesicherter sogenannter externer Evidenz auf die klinische Situation zugunsten der Ergebnisse der EBM hintangestellt wird. Aber gerade dieser ärztliche klinische Erfahrungshintergrund bleibt für eine sinnvolle Behandlung entscheidend. So haben etwa erfahrene Kliniker, wie etwa Karl Hermann Spitzky, auf den Unterschied zwischen der Bedeutung von Befunden und der Befindlichkeit des Patienten hingewiesen, dem die EBM keinerlei Rechnung zu tragen vermag. In der EBM wird der Mensch auf eine statistische Größe verkürzt, oder gemäß der Ausdrucksweise der Dialogphilosophie (Martin Buber, Emmanuel Levinas) auf ein Objekt, auf ein Ding, auf ein „Es“ reduziert. Spitzky fordert darum, den Patienten nicht, ausgehend von

einem technischen Bewusstsein, als eine biologische Maschine, sondern als ein Gegenüber wahrzunehmen, mit dem der Arzt in einer nahezu existenziellen Beziehung steht. Buber hat dies durch die Begriffe „dialogisches Leben“, „Gegenseitigkeit“ und „Entwicklung einer Ich-Du-Beziehung“ ausgedrückt. Ohne diesen Hintergrund droht die ärztliche Praxis durch einen bloßen Rückgriff auf die Evidenz tyrannisiert zu werden und den Arzt aus seiner Verantwortung zu entheben.

Ökonomisierung der Medizin

Die bereits von Cochrane eingeführte Unterscheidung zwischen „efficiency“ und „effectiveness“ weist bereits auf die ökonomische Ausrichtung der EBM hin. Zudem war Cochrane Epidemiologe. Um medizinisch ein weitverbreitetes Szenario wie eine Epidemie entsprechend beurteilen und notwendige Handlungsstrategien entwickeln und zeitsparend umsetzen zu können, erscheint die EBM als durchaus sinnvolle Basis. Für die klinische Praxis allerdings bedarf es der individuellen Zuwendung zum Patienten – selbst im Falle einer epidemiologischen Erkrankung.

Der Verdacht einer Ökonomisierung der Medizin und einer entsprechenden Verwertung der Big-Data-Studien lässt sich noch durch weitere

Faktoren erhärten. So können diese Daten die Grundlage nicht nur für Versicherungsträger, sondern auch für Gesundheitsinstitutionen aller Art bilden, die beispielsweise darüber entscheiden, wie hoch die einzuhebenden Versicherungsbeiträge sind oder welche Therapien gefördert und welche abgelehnt werden. Derselben Begründungen für das Zugestehen oder die Ablehnung einer Behandlung kommen aus ethischer Sicht einer Zweckentfremdung solcher erhobenen Daten gleich.

Da die Diskussion um die EBM auch in ethischer Hinsicht kontroverse Standpunkte aufweist, ist es wichtig, auch auf die Verflechtung von ethischen und ökonomischen Fragestellungen zu achten. Das Wohl des Patienten darf ethisch betrachtet nicht zugunsten einer Ökonomie auf Kosten der Gesundheit oder Gesundung geopfert werden. Umgekehrt gilt aber auch, dass aufwendig hergestellte Mittel, die einer größeren Anzahl von Patienten zugutekommen könnten, nicht zugunsten eines fragwürdigen Sonderfalls verbraucht werden sollen. Ein immer wieder angeführtes Beispiel in diesem Zusammenhang ist die Kardiologie, wo die Fragestellung hinsichtlich des Therapieziels dazu führen kann, dass sich zwar eine Therapie auf eine breite EBM-Basis stützen kann, aber das Handeln im Sinne des Patienteninteresses vergeblich ist: Die Implantation eines Defibrillators

nach Kriterien der EBM kann zwar einen plötzlichen Herztod verhindern, die Folge aber kann ein irreversibles Siechtum auf einer Intensivstation bis hin zum Tod sein. Ebenso ist statistisch nicht abzusichern, wie lange ein Patient einen Defibrillator benötigt. Ist dieser aber einmal implantiert und eingewachsen, kann er nahezu nicht mehr entfernt werden und löst in etlichen Fällen immer wieder Fehlalarme aus, die ebenfalls zu lebensbedrohlichen Situationen führen können. Zumindest die Berücksichtigung der jeweiligen Lebensqualität lässt sich, vorsichtig formuliert, nicht aus den Standards der EBM ableiten.

Ob EBM eingesetzt wird oder nicht: Was in jedem Fall an erster Stelle stehen muss, ist nicht der Sieg der Statistik über den Kranken, sondern das Heraustreten des Patienten aus der Statistik, wahrgenommen zu werden in der ganzen Fülle seiner Individualität. Egal, ob ein Gott würfelt oder nicht – der Kranke ist kein Zahlenspiel.

Univ.-Prof. Dr. h.c. Dr. Peter Kampits ist Mitglied der Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt und Aufsichtsratsmitglied der Sigmund Freud Privatstiftung.

Freud und Leid: „Tango statt Fango“

Dr. Suzanne Kirsch

Sigmund Freud musste von 1923 bis zu seinem Tod 1939 aufgrund eines Karzinoms der Mundschleimhaut 30 Operationen über sich ergehen lassen. Er trug eine Prothese, die ihm starke Schmerzen verursachte.

An Schmerzmitteln soll Freud den Biografien von Alt und Gay zufolge lediglich Aspirin und Pyramidon (Aminophenazon, ein Phenylbutazon wie Novalgin) eingenommen haben. Was aber ist mit den Patienten, die Freud ab 1893 beschrieb? 1905 gibt er in „Die Seelenbehandlung“ einen Überblick über die Symptomatik seiner damaligen Patienten:

„Es gibt nämlich eine große Anzahl von leichter und schwerer Kranken, welche durch ihre Störungen und Klagen große Anforderungen an die Kunst der Ärzte stellen, bei denen aber sichtbare und greifbare Zeichen des Krankheitsprozesses weder im Leben noch nach dem Tode aufzufinden sind (...); sie können nicht geistig arbeiten infolge von Kopfschmerz oder von Versagen der Aufmerksamkeit, ihre Augen schmerzen beim Lesen, ihre Beine ermüden beim Gehen, sind dumpf schmerzhaft oder eingeschlafen, ihre Verdauung ist gestört durch peinliche Empfindungen, Aufstoßen oder Magenkrämpfe, der Stuhlgang erfolgt nicht ohne Nachhilfe, der Schlaf ist aufgehoben usw. (...) Man hat diese Zustände Nervosität (Neurasthenie, Hysterie) genannt und bezeichnet sie als bloß ‚funktionelle‘ Leiden des Nervensystems“ (Freud, 1905).

Im gleichen Text fügt er hinzu: „Bei der Beurteilung von Schmerzen, die man sonst zu den körperlichen Erscheinungen rechnet, ist überhaupt deren überaus deutliche Abhängigkeit von seelischen Bedingungen in Betracht zu ziehen. Die Laien, welche solche seelischen Einflüsse gerne unter dem Namen der ‚Einbildung‘ zusammenfassen, pflegen vor Schmerzen infolge von Einbildung im Gegensatz zu den durch Verletzung, Krankheit oder Entzündung verursachten wenig Respekt zu haben. Aber das ist ein offenbares Unrecht; mag die Ursache von Schmerzen welche immer sein, auch die Einbildung, die Schmerzen selbst sind darum nicht weniger wirklich und nicht weniger heftig.“

Dies entspricht der heutigen Auffassung, dass Schmerzprozesse stets eine Form von Wahrnehmung und damit per se ein somatopsychisches Phänomen sind, wie Egloff in „Weder Descartes noch Freud. Aktuelle Schmerzmodelle in der Psychosomatik“ schreibt (Egloff, 2008).

Chronifizierung von Schmerzen

In seinen früheren Schriften berücksichtigt Freud auch den Aspekt der Traumatisierung, der in der aktuellen Literatur zur Genese chronifizierter Schmerzzustände unumstritten ist. Hierzu gehören frühkindliche Stress- und Ver-

lusterlebnisse, unsichere Bindungserfahrungen und Ereignisse, die eine posttraumatische Belastungsstörung in jedem Alter auslösen können: Gewalt, Krieg, Folter, Hunger, Flucht.

Im 1895 entstandenen, erst posthum veröffentlichten „Entwurf einer Psychologie“ beschäftigt sich Freud mit Neuronen, mit Bahnungen und auch mit Schmerz. Der Schmerz hinterlasse dauernde Bahnungen, „wie wenn der Blitz durchgeschlagen hätte“, er durchbricht den Reizschutz, hebt den Widerstand der Kontaktschranken völlig auf und etabliert einen Leitungsweg. Die vom Schmerz erzeugte große Niveausteigerung wird als Unlust empfunden, führt zu einer Abfuhrneigung, und zu einer Bahnung zwischen dieser Unlust und einem Erinnerungsbild des schmerzzerregenden Objektes (Freud, 1950).

Freud nimmt hier vorweg, was später in den Konzeptionen zur Chronifizierung von Schmerzen und zur Entwicklung eines Schmerzgedächtnisses eine große Rolle spielen wird: Bahnung, Summation, Amplifikation, Herabsetzung der Reizschwelle, zentrale neuronale Plastizität, zentrale Sensibilisierung (Latremolière, 2009; Woolf, 2011), neurogene Neuroinflammation (Xanthos, 2014). Erst 1926, als Freud selbst bereits sehr krank ist, kommt er in „Hemmung, Symptom und Angst“ wieder dezidiert

auf den Schmerz zu sprechen und stellt eine Verbindung zwischen Schmerz und Objektverlust her. Der chronifizierte Schmerz könnte gewissermaßen als ein Verharren in einem narzisstischen Zustand betrachtet werden, die Objekte wurden nicht besetzt oder es kam zu einem Besetzungsentzug von den möglicherweise enttäuschenden, frustrierenden, traumatisierenden Objekten. In einer frühen Zeit kann zwischen körperlichem und seelischem Schmerz gar nicht unterschieden werden, Psyche und Soma sind gewissermaßen verklebt. Hier finden erste Bahnungen statt, die Voraussetzungen für eine nachträgliche zentrale Sensibilisierung sind, für eine Provokation des körperlichen Schmerzes durch seelische Reize und für dessen Chronifizierung. Die seelische Behandlung müsste darin bestehen, diese narzisstisch fixierte Libido wieder zu den Objekten zu bringen, die Verklebungen von Psyche und Soma zu lösen, neue Bahnungen zu ermöglichen, „Tango statt Fango“, wie der Schmerzforscher Walter Zieglgänsberger es in einem Interview formuliert hat (Freud, 1926; Ritzert, 2008).

Das Unbehagen in der Kultur

In Freuds „Das Unbehagen in der Kultur“ findet sich eine Erklärung, warum Menschen mit chronischen Schmerzen oft besonders „gute“

Menschen sind: Die Kultur verlangt Triebverzicht, in Bezug auf die erotischen Bestrebungen, aber vor allem auch in Bezug auf die aus dem Todestrieb resultierenden aggressiven Bestrebungen. Aggressionsverzicht entsteht hauptsächlich aus Verlustangst, aus Angst vor Liebesverlust, und führt zu Gewissensangst und Über-Ich-Bildung. Starke Unterdrückung der Aggression führt zu verstärkter Über-Ich-strengung, zu einem unbewussten Strafbedürfnis. „Die Aggression wird introjiziert, verinnerlicht, eigentlich aber dorthin zurückgeschickt, woher sie gekommen ist, also gegen das eigene Ich gewendet“ (Freud, 1930).

Es ist dieser unbewusste aggressive Aspekt, der im Umgang mit Patienten spürbar wird und dazu führen kann, dass wir nolens volens wiederholen, was diese Menschen zuvor schon so oft erlebt haben: Zurückweisung, Unverständnis, fehlende Anerkennung ihres Leidens. Dennoch ist es schwierig, diesem Wiederholungszwang zu entkommen, da sich gerade die Menschen mit den stärksten unbewussten Schuldgefühlen am heftigsten dagegen wehren, dass ihre Symptome zumindest teilweise eine psychische Genese haben könnten.

In „Unbehagen in der Kultur“ schreibt Freud auch: „Das Leben, wie es uns auferlegt ist, ist zu schwer für uns, es bringt uns zu viele

Schmerzen, Enttäuschungen, unlösbare Aufgaben. Um es zu ertragen, können wir Lindungsmittel nicht entbehren.“ Er zitiert hier Wilhelm Busch („Wer Sorgen hat, hat auch Likör“) und meint: „Man weiß doch, dass man mithilfe des ‚Sorgenbrechers‘ sich jederzeit dem Druck der Realität entziehen und in einer eigenen Welt (...) Zuflucht finden kann“ (Freud, 1930).

Die Schmerzen werden betäubt, aber die Auseinandersetzung mit der frustrierenden Umwelt, mit der traumatisierenden Vergangenheit, mit der eigenen Ohnmacht und Wut wird unterdrückt, und damit steigt der innere Druck weiter, immer stärkere Mittel werden zur Abwehr der unbewussten Anspannungen zum Einsatz kommen müssen. „Passive“ Therapien sollen laut Zieglgänsberger vermieden werden, statt „Fango“ empfiehlt er „Tango“. Lust- und liebevolle zwischenmenschliche Interaktion soll dabei helfen, das Schmerzgedächtnis umzuprogrammieren.

Rückzug auf narzisstische Positionen

In der psychoanalytischen Übertragungsbeziehung, die eine besonders intensive Form der Interaktion darstellt, können die unterdrückten, verdrängten Affekte und Triebregungen zutage treten und der Wiederholungszwang endlich gebändigt werden.

Der von der Kultur zunehmend verlangte, vermutlich aber unumgängliche Triebverzicht und der Rückzug auf narzisstische Positionen sind meines Erachtens ursächlich an der „Volkskrankheit Schmerz“ beteiligt und es wäre wünschenswert, dass der in „Erinnern, Wiederholen, Durcharbeiten“ beschriebene „Tummelplatz“ (Freud, 1914) der psychoanalytischen Behandlung mehr Menschen zur Verfügung stünde und es ihnen dadurch ermöglicht würde, ihre erstarrten, fixierten Libidopositionen zu verlassen.

Dr. Suzanne Kirsch ist Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, Psychoanalytikerin und Mitglied beim Wiener Arbeitskreis für Psychoanalyse.

Quellen:

Alt, P.-A. (2016). Sigmund Freud. Der Arzt der Moderne. Eine Biographie. München: C.H. Beck.

Egloff, N.; Egle, U.T.; von Känel, R. (2008). Weder Descartes noch Freud? Aktuelle Schmerzmodelle in der Psychosomatik. In: Praxis (2008) 97, S. 549–557.

Freud, S. (1905). Psychische Behandlung (Seelenbehandlung). Gesammelte Werke: V, S. 289–315.

Freud, S. (1926). Hemmung, Symptom und Angst: XIV, S. 113–205.

Freud, S. (1930). Das Unbehagen in der Kultur. Gesammelte Werke: XIV, S. 421–506.

- Freud, S. (1914). *Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten*. Gesammelte Werke: X, S. 126–136.
- Freud, S. (1950 (1895)). *Entwurf einer Psychologie*. Gesammelte Werke: Texte aus den Jahren 1885 bis 1938, S. 387–477.
- Gay, P. (1989). *Freud. Eine Biographie für unsere Zeit*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Latremolière, A.; Woolf, C.J. (2009). Central Sensitization: A Generator of Pain Hypersensitivity by Central Neural Plasticity. In: *The Journal of Pain*, Vol 10, No 9 (September), S. 895–926.
- Ritzert, B. (2008). *Schmerz und Hirn – Hirn und Schmerz*. Verfügbar unter https://schmerztag.org/Schmerztag_2008/Nova_Titelgeschichte.pdf.
- Woolf, C.J. (2011). Central Sensitization: Implications for the Diagnosis and Treatment of Pain. In: *Pain* (2011) Mar; 152 (3 Suppl), S. 2–15. f.
- Xanthos ,D.N.; Sandkühler, J. (2014). Neurogenic neuroinflammation: inflammatory CNS reactions in response to neuronal activity. In: *Nat Rev Neurosci*. (2014) Jan; 15 (1), S. 43–53.

Essstörungen

Mag. Rahel Jahoda

Essstörungen sind psychiatrische Erkrankungen, die massive Auswirkungen und Folgeschäden im somatischen Bereich haben können.

Sie werden nach der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) unter F50.0–F50.9 beschrieben: Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und nicht näher bezeichnete Essstörungen wie Binge Eating Disorder. Essstörungen können in allen Gewichtsklassen auftreten. Sie werden immer häufiger bei Mädchen und jungen Frauen und nach und nach auch bei Männern beobachtet.

Neben dem Fitnesstraining, der Einnahme von Appetithemmern, Abführmitteln und dubiosen Mitteln zum Abnehmen halten zahllose Menschen regelmäßige Diät, und dies wird sehr oft bei unseren Erstgesprächen im „intakt – Therapiezentrum für Menschen mit Essstörungen“ als Einstieg in eine Essstörung genannt. All diese Interventionen zielen auf das Sichtbare ab – auf die Körperoberfläche: Wir leben in einer Atmosphäre der Leistung, der Messbarkeit und des Vergleichs. Schlankheit beziehungsweise Magerkeit wird in unserer Gesellschaft gutgeheißen – sie verspricht Leichtigkeit, Jugend und Intelligenz.

Früher hieß es Diät, heute ernährt man sich gesund – zuerst keine Milchprodukte, dann kein Weizen, dann vegetarisch und dann vegan. Die Ernährung wird reduzierter. Darunter fällt auch die Orthorexie, die jedoch derzeit nicht dem Krankheitsbild der Essstörungen zugeord-

net wird, bei der die übermäßige Beschäftigung mit der Qualität von Lebensmitteln und auch aufgrund selbst auferlegter Regeln zu Beeinträchtigungen führen kann.

Diverse Krankheitsbilder

Die Anorexia nervosa, die Magersucht, ist durch einen absichtlich selbst herbeigeführten Gewichtsverlust charakterisiert. Die Bulimia nervosa zeichnet sich durch wiederholte Anfälle von Heißhunger und Essattacken aus: Die Patientin beschäftigt sich sehr übertrieben mit ihrem Körper und ihrem Körpergewicht und versucht, mit extremen Maßnahmen dem dick machenden Effekt der zugeführten Nahrung entgegenzuwirken mittels Erbrechen, Missbrauch von Laxantien, Diuretika und Schilddrüsenpräparaten oder auch durch extremen Sport und/oder zeitweilige Hungerperioden.

Menschen mit Binge Eating Disorder verschlingen immer wieder riesige Mengen an Essen, im Unterschied zu Menschen, die an Bulimie leiden, gibt es jedoch keine Maßnahmen, dem entgegenzusteuern. Bei den Essanfällen haben die Betroffenen den Eindruck, jede Kontrolle über sich zu verlieren; zudem verspüren sie kein Sättigungsgefühl oder essen darüber hinaus.

Ofť haben die Betroffenen Probleme im Umgang mit ihren Geföhlen – mit positiven wie mit negativen. Die Essanfölle werden als Entspannung wahrgenommen. Zudem können auch Diäten Heißhungeranfölle auslösen und die Betroffenen in einen Teufelskreis bringen.

Keine Person mit Essstörungen ist sich bewusst, dass durch ihre Krankheit über lange Zeit körperliche Störungen, Schäden und zum Teil auch irreversible Dauerschäden auftreten können. Der Gedanke an Lebensgefahr oder sogar Tod erscheint ihnen absurd, denn sie sind davon überzeugt, ihr gestörtes Essverhalten jederzeit aufgeben zu können. Diese Erkrankten erleben damit Veränderungen und Einschränkungen in ihrem Körper, ihrem Denken, ihrer Wahrnehmung, ihrem Verhalten und in ihrer Beziehungsfähigkeit.

Hohe Dunkelziffer an Erkrankten

Für Österreich sind keine epidemiologischen Daten verfügbar, jedoch geht man von mehr als 200.000 ÖsterreicherInnen aus, die einmal in ihrem Leben an einer Essstörung erkrankt sind. Die Dunkelziffer kann als weitaus höher eingeschätzt werden. Allein in Wien besteht für mehr als 2.000 Mädchen und rund 100 Burschen ein akutes Risiko, an Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa zu erkranken.

Bei den stationären Spitalsaufenthalten in Österreich ist eine deutliche Zunahme der Aufenthalte aufgrund einer Essstörungsdiagnose festzustellen.

Ich unterscheide zwischen Auslöser und Ursache von Essstörungen. Es gibt kein monokausales Erklärungsmodell – die Wurzeln von Essstörungen sind vielfältig und vielgestaltig. Bei jedem Betroffenen findet sich bei genauer Beschäftigung ein einzigartiges individuelles Geflecht aus soziokulturellen (z. B. die Mutter hält Diät, das Kind ahmt nach), sozioökonomischen, familiären (z. B. Streit zwischen Eltern, Überbehütung, oder aber auch emotionale Vernachlässigung, hohe elterliche Erwartungen), psychologischen (Selbstregulationsdefizite, intrapsychische Konflikte) und biologischen Faktoren. In letzter Zeit werden auch genetische Faktoren verstärkt diskutiert. Hinzu kommt der gesellschaftliche Schlankheitswahn, der omnipräsent ist.

Doch während das transportierte Idealbild immer dünner wird, nimmt das Durchschnittsgewicht der Bevölkerung immer mehr zu. Ernährungsbedingte Erkrankungen wie Diabetes, Adipositas und Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind längst zu einem grundlegenden Problem der gesundheitspolitischen Realität geworden.

Ein Teufelskreis für weitere psychische Belastungen, denn circa 80 Prozent der Menschen, vor allem Frauen, machen ihren Selbstwert von ihrem Gewicht abhängig. Oft reicht nur ein kritischer Satz aus, der den Nährboden für die Entstehung einer Essstörung bereitet. Wenn eine Verletzlichkeit vorhanden ist – wie eine traumatische Erfahrung in der Kindheit oder Jugend –, bieten Essstörungen eine Möglichkeit, um solche Geschehnisse in der momentanen Situation zu bewältigen. Bei Menschen mit Magersucht ist es der Wunsch, immer weniger zu werden, zu verschwinden; Menschen mit Bulimie befreien sich von dem, was sie erlebt haben, und Menschen mit Binge Eating Disorder wollen eine Schutzschicht aufbauen, die sie von ihrem Umfeld abgrenzt. Die Entstehung des Symptoms kann dabei auch als ein Lösungsversuch gesehen werden.

In meiner Tätigkeit im ambulanten Essstörungsbereich machte ich die Erfahrung, dass viele KlientInnen neben der Diagnose Essstörung noch Komorbiditäten aufweisen, vor allem Persönlichkeitsstörungen, depressive Episoden, Angst und Panik sowie große Schwierigkeiten mit Affekt- und Spannungsregulation. Essstörungen zeigen somit ein Symptombild, das mit seiner komplexen Symptomatik auf das Erleben einer schweren Traumatisierung zurückzuführen ist. Die Essstörung wird oft als lebenserhaltendes Symptom gewählt, das sich verselbstständigt.

Die Psychotherapie ist State of the Art bei der Behandlung von Essstörungen und daher das Mittel der Wahl. Um Zugänge zu Menschen, die an Essstörungen leiden, zu finden, brauchen wir neben dem Wissen über das Krankheitsbild vor allem die Bereitschaft, uns auf eine authentische Begegnung einzulassen und hinter die Fassaden von „dünn“ und „dick“ zu schauen.

In der Regel sind alle Formen der Essstörung ambulant behandelbar, es gibt jedoch eindeutige Indikation für eine stationäre Aufnahme: sehr rascher Gewichtsverlust, schwerwiegende psychiatrische Probleme, schwerwiegende organische Komplikationen oder die Notwendigkeit einer Trennung von pathogenen psychosozialen Faktoren. Natürlich muss auch je nach Alter der Betroffenen das familiäre Umfeld miteinbezogen werden.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Professionelle Hilfe bei Essstörungen bedeutet somit ein Zusammenspiel aus mehreren Akteuren: ÄrztInnen (InternistInnen, FachärztInnen für Psychiatrie), PsychotherapeutInnen, ambulante spezialisierte Einrichtungen wie „intakt – Therapiezentrum für Menschen mit Essstörungen“, stationäre Einrichtungen, ErnährungsberaterInnen und DiätologInnen sowie geleitete Selbsthilfegruppen.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit ist erforderlich, um die mannigfaltigen Ausprägungen und Ursachen zu behandeln. Die medizinische Untersuchung sollte bei einer mit Essstörungen vertrauten Ärztin bzw. einem Arzt erfolgen. Die psychopharmakologische Behandlung ist ebenso ein Mittel, um die Therapie zu unterstützen. Essstörungen haben ein hohes Rückfallrisiko und sind sehr komplex.

Prävention bereits im Kindergarten

Um Essstörungen zu vermeiden, wäre Prävention ein wichtiger erster Schritt, beginnend bereits im Kindergarten, aber spätestens in der Schule. Es sollte ein entspannter Umgang mit Essen erlernt werden und Kindern die Wichtigkeit von eigenständigem Kochen und richtigem Einkaufen beigebracht werden. Ist ein grundlegendes Wissen zum Thema Ernährung vorhanden, kann auch vermieden werden, dass Jugendliche und Kinder sich an scheinbaren Experten orientieren, die über Social Media eine Vielzahl an Ernährungskonzepten bewerben und somit Essstörungen befeuern können. Auch geht es dabei darum, einen Umgang mit Gefühlen zu erlernen, Grenzen setzen zu können und achtsam mit sich und anderen umzugehen.

Mag. Rahel Jahoda ist klinische Psychologin und Gesundheitspsychologin, Psychotherapeutin (personenzentrierter Ansatz), Körpertherapeutin (SKAN) und PITT-Traumatherapeutin. Darüber hinaus ist sie Vorstandsmitglied der Österreichischen Gesellschaft für Essstörungen und Gründungsmitglied und psychotherapeutische Leitung von „intakt – Therapiezentrum für Menschen mit Essstörungen“.

Quellen:

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005/2006. Verfügbar unter https://goeg.at/sites/default/files/2017-06/Frauen_GB_2006.pdf.

Fachstelle für Suchtprävention NÖ. Basiswissen Sucht und Suchtprävention. Verfügbar unter https://www.fachstelle.at/wp-content/uploads/woocommerce_uploads/2017/03/BW_SuchtInZahlen.pdf.

Der Schmerz - eine psychoanalytische Betrachtung

Jeanne Wolff Bernstein, Ph.D.

Freud widmete dem Schmerz ein ganzes Kapitel in seinem „Entwurf einer Psychologie“ (1896): „Es ist überhaupt keine Frage, dass der Schmerz eine besondere Qualität hat, die sich neben der Unlust geltend macht“ (S. 413).

Obwohl Freud hier noch einen Unterschied zwischen der besonderen Qualität des Schmerzes und der Unlust zieht, verdichtet sich dieser Unterschied in seinen späteren Werken, und der Begriff der Unlust umfasst fast gänzlich den Begriff des Schmerzes. Unlust wird dann als Ergebnis eines Ausbruchs definiert, der von außen hereinbricht. Jedes Schmerzerlebnis erschafft ein Erinnerungsbild und hinterlässt „ausgiebige Bahnungen“ (Freud, 1896, S. 414), die durch innere Erregungen immer wieder aktiviert werden können. Diese neuen Schmerzerscheinungen werden von Freud als Affekte identifiziert, und die Sensibilität, mit der die Schlüsselneurone den Effekt der Ausbrüche speichern, bezeichnet er als Bahnungen.

Neue Theorie des Traumas

In Anbetracht wiederkehrender Albträume und häufiger Phantomschmerzen von Kriegsheimkehrern stellt Freud 1921 eine neue Theorie des Traumas auf. Er schreibt: „Solche Erregungen von außen, die stark genug sind, den Reizschutz zu durchbrechen, heißen wir traumatische. Ein Vorkommnis wie das äußere Trauma wird gewiss eine großartige Störung im Energiebetrieb des Organismus hervorrufen und alle Abwehrmittel in Bewegung setzen. (...) Die Überschwemmung des seelischen Apparats mit großen Reizmengen ist nicht mehr

hintanzuhalten; es ergibt sich vielmehr eine andere Aufgabe, (...), die hereingebrochenen Reizmengen psychisch zu binden, um sie dann zu Erledigung zuzuführen. Wahrscheinlich ist die spezifische Unlust des körperlichen Schmerzes der Erfolg davon, dass der Reizschutz im beschränkten Umfange durchbrochen wurde. Von dieser Stelle der Peripherie strömen dann dem seelischen Zentralapparat kontinuierliche Erregungen zu, wie sie sonst nur aus dem Inneren des Apparats kommen konnten“ (Freud, 1921, S. 29).

Diese Theorie, dass ein gewaltiger Schmerz von außen nach innen dringt und an einem anderen Ort des Körpers wieder erscheinen kann, unterliegt einem komplizierten psychischen Vorgang. In dem Moment, in dem das erste Schmerzerlebnis in der Psyche registriert wird und sich dann in einer anderen Form wieder enthüllt, hat es die Position eines unbewussten Schmerzes erreicht.

Wie wird ein körperlicher Schmerz zu einem unbewussten Schmerz? Es ist wichtig, sich hier vorzustellen, dass der überwältigende Schmerz in das Innere des Ichs eindringt und „Erinnerungsneurone“ erweckt. Diese überwältigende Invasion von Schmerz hat zwei Folgen: zum einen eine neue Niederschrift in den Erinnerungsneuronen, die Freud früher

Schlüsselneurone nannte, und zum zweiten eine erweiterte Reizbarkeit des ganzen Nervensystems. Durch die erweiterte Sensibilität des Nervensystems kann nur ein vager Aspekt der originalen Wunde im unbewussten Ich niedergeschrieben werden, sei es in Form eines Geruches oder anderen Assoziationen mit der Originalwunde. Dieser vage Aspekt kann bei neuen Begebenheiten wieder aufflackern und somit die Vergangenheit wieder lebendig machen. Auf diese Art und Weise kann der Mensch einen Schmerz erleben, der auf keine organische Herkunft zurückzuführen ist, denn ein unbewusster Wunsch wurde mit einem Schmerz verbunden, der nun wie ein Symptom von einem Ort zum anderen wandern kann. In diesem Prozess lässt er den Patienten wie auch den behandelnden Arzt in einer Situation der Hilflosigkeit.

Sadismus und Masochismus

In seinen frühen Schriften über die Perversion in den „Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie“ 1905 hatte Freud bereits die Lust am und im Schmerz erwähnt, als er über den Sadomasochismus schrieb:

„Die Neigung, dem Sexualobjekt Schmerz zuzufügen, und ihr Gegenstück, diese häufigste und bedeutsamste aller Perversionen,

ist in ihren beiden Gestaltungen, der aktiven und passiven, von Krafft-Ebing als Sadismus und Masochismus (passiv) benannt worden“ (Freud, 1905, S. 60). Im Gegensatz zu seiner frühen Idee, dass der „Masochismus nichts anderes ist als eine Fortsetzung des Sadismus in Wendung gegen die eigene Person“ und „regelmäßig durch Umbildung aus dem Sadismus entsteht“ (S. 61), ändert Freud radikal diese Einstellung und behauptet, dass es einen primären erogenen Masochismus gibt, aus dem der feminine und moralische Masochismus sich entwickelt.

Mit Freuds Entdeckung des Todestriebs 1921 und den vielfältigen Beobachtungen von Patienten, die „lustvolle Spannungen und unlustige Entspannungen“ (Freud, 1924, S. 300) genießen, stellt er fest, dass es neben dem Destruktionstrieb einen anderen Teil gibt, der „diese Verlegung nach außen nicht mitmacht, er verbleibt im Organismus und wird dort mithilfe der erwähnten sexuellen Miterregung libidinös gebunden, in ihm haben wir den ursprünglichen, erogenen Masochismus zu erkennen“ (S. 303). Dieses Bild des primären Masochismus kompliziert das frühere Lust-Unlust-Prinzip und zeigt die „dunklen Verhältnisse“ (S. 301), die dem primären Masochismus unterliegen. Im Gegensatz zu seiner früheren Idee, dass der Lebenstrieb vom Todestrieb getrennt

werden kann, erkennt Freud zu diesem Zeitpunkt schon, dass „... eine sehr ausgiebige, in ihren Verhältnissen variable Vermischung und Verquickung der beiden Triebarten zusammenkommt, sodass wir überhaupt nicht mit reinen Todestrieben und Lebenstrieben, sondern nur mit verschiedenwertigen Vermengungen derselben rechnen sollten“ (S. 303).

Abhandlungen über das Lustprinzip

Freuds Lehre ist keine einfache Lehre des Hedonismus – wir sind nicht nur Lust suchende und Unlust vermeidende Subjekte, sondern Menschen, die auf den merkwürdigsten Wegen unsere Lust in der Unlust suchen.

Jacques Lacan konzentrierte sein späteres Hauptwerk auf diese komplizierte Theorie des Lustprinzips. Er prägte den Begriff der „jouissance“, wo Schmerz und Lust eng miteinander verwoben sind. Slavoj Žižek (1989) bringt „jouissance“ auf den Punkt, indem er diese als „eine Art versteinertes Wald der Lust“ (Žižek, 1989, S. 71) beschreibt. Ein körperliches Symptom, so wie wir es von den hysterischen Strukturen kennen, ist nicht mehr nur eine enigmatische und oft schmerzende Botschaft, die in den Körper geschrieben ist, sondern eine Methode, wie das Subjekt seine Lust autoerotisch organisiert (S. 74).

Bohrend, beißend, stechend und pulsierend, wie der Schmerz auch sein mag, die menschliche Psyche findet Wege und Umwege, diese Schmerzen zu erotisieren und sie in den psychischen Haushalt zu integrieren. Die größten Herausforderungen für die Pharmaindustrie und vielleicht auch für den Psychoanalytiker sind die Patienten, die sich nicht von ihren Schmerzen trennen können, sondern mit ihnen unbewusst so verbunden sind, dass sie ihre Gesundheit für ihre Krankheit opfern.

Psychischer Stellenwert des Schmerzes

Am Ende müssen wir uns fragen, was wir eigentlich bewerkstelligen, wenn wir einen Schmerz entfernen oder lindern wollen: Was nehmen wir dem Patienten weg, wenn der Schmerz eine seelische und psychische Stütze darstellt? Jörg Wiese zufolge haben Patienten unbewusst Angst, ihre Schmerzen zu verlieren, denn der Schmerz des Symptoms ist zu einem Stück ihres Selbst geworden, für das es keinen Ersatz gibt (vgl. Wiese, 1998, S. 23). Der körperliche Schmerz ist oft leichter zu ertragen als der psychische Schmerz, und somit maskiert oder verschleiert er die tiefen Abgründe des seelischen Schmerzes.

Gabriel Burloux, ein französischer Psychiater und Psychoanalytiker, der mit psychosoma-

tisch gestörten Patienten an der neurologischen Klinik in Lyon arbeitet, weist immer wieder darauf hin, wie wichtig das Sprechen beziehungsweise die Sprache für den chronisch kranken Menschen ist. In ihr verbergen sich die kleinen Signifikanten, die auf eine traumatische Kindheit hinweisen, und sie erläutern zudem, welchen Stellenwert „die Krankheit“ oder „der Schmerz“ für sie psychisch eingenommen hat.

In seiner Arbeit mit Lumbalgikern (Menschen, die an einem „Wurzelreizsyndrom leiden, bei dem die Schmerzen im Bereich der Lendenwirbelsäule auftreten“) stellt Burloux fest, wie gewandt und ausdrucksreich sie in ihrer Sprache sind, wenn sie ihren Bandscheibenvorfall beschreiben. Burloux' Therapie zielt nicht direkt auf die Heilung des Patienten, sondern auf „die Integration des Schmerzes in die Psyche des Patienten. Die Idee, dass der Schmerz eine gewisse (erogene) Energie angezogen hat, heißt, dass diese auch wiederum anderswo verteilt und ersetzt werden kann innerhalb der Traumasequenz des Subjekts und seiner Geschichte“ (Burloux, 2004, S. 225).

Mit dieser modernen Empfehlung sind wir vielleicht auch wieder am Anfang der Psychoanalyse angelangt, nämlich an der eindringlichen Bitte vonseiten Anna O.s an Dr. Breuer,

sie nun doch endlich über ihre Schmerzen sprechen lassen zu dürfen, in anderen Worten, sich heilen zu lassen durch die „talking cure“.

Jeanne Wolff Bernstein, Ph.D., praktiziert als Psychoanalytikerin in Wien und ist Vorsitzende des Beirats der Sigmund Freud Privatstiftung.

Quellen:

Burloux, G. (2004). *The Body and its Pain*. London: Free Association Books.

Freud, S. (1895). Entwurf einer Psychologie. Gesammelte Werke. Fischer Verlag, Nachtragsband, S. 375–486.

Freud, S. (1895). Über Hysterie. GS. Fischer Verlag, Nachtragsband, S. 329–351.

Freud, S. (1905). Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. GS Band V. Fischer Verlag, S. 33–159.

Freud, S. (1921). *Jenseits des Lustprinzips*, GS Band XIII. Fischer Verlag, S. 3–69.

Freud, S. (1924). Das ökonomische Problem des Masochismus. GS Band XIII. Fischer Verlag, S. 369–383.

Grimm, J. & W. (1899). *Deutsches Wörterbuch*, Band 15. Deutscher Taschenbuchverlag.

Wiesse, J. (2000). *Psychoanalyse und Körper*. Psychoanalytische Blätter, Band 7. Vandenhoeck und Ruprecht.

Zizek, S. (1989). *The Sublime Object of Ideology*. London: Verso.

Endlich wieder gesund (genug)?

Dr. Karl Krajc

Erhaltung von Beschäftigung bei
gesundheitlichen Problemen
braucht Veränderungen auch
in Betrieben.

Die Chancen auf Heilung, Besserung oder zumindest Stabilisierung des Gesundheitszustands haben sich bei vielen schweren und/oder chronischen Erkrankungen in den letzten Jahrzehnten verbessert. Viele Krankheiten, die früher tödlich verliefen oder das Leben von Betroffenen massiv einschränkten, können heute behandelt werden, und die Lebensqualität mit chronischer Krankheit hat sich häufig verbessert. Der demografische Wandel führt allerdings dazu, dass in den nächsten Jahrzehnten eine noch deutlich größere Zahl von Menschen von chronischen Krankheiten betroffen sein wird. Und auch die Erwartungen an Leistungsfähigkeit und Wohlbefinden auch bei Krankheit steigen: Die Medizin, das Gesundheitssystem und die Gesellschaft insgesamt, insbesondere auch das Management von Unternehmen und anderen Arbeitgebern, stehen vor beträchtlichen Herausforderungen.

Die Menschen wollen nicht nur selbst möglichst gesund älter werden; aus der Perspektive der Gesellschaft sollen sie das auch. Die Erhaltung von Arbeitsfähigkeit bis zu einem möglichst späten Pensionsantritt ist für Pensionssysteme sehr wichtig. Auch die Wirtschaft und andere Dienstgeber haben Interesse, das vorzeitige Ausscheiden von erfahrenen, qualifizierten Mitarbeitern zu vermeiden. Es herrscht weitgehender Konsens, dass krankheits-

bedingte Frühpensionierungen oder krankheitsbedingte Altersarbeitslosigkeit zu reduzieren sind. Das hat in den letzten Jahren zu einer Reihe von Maßnahmen geführt, die einen frühzeitigen Verlust der von Juhani Ilmarinen geprägten „Arbeitsfähigkeit“ verhindern sollen. Zusätzlich zu den klassischen Instrumenten des Arbeits- und Gesundheitsschutzes und der Arbeitsmedizin wurden in den letzten Jahren Programme wie betriebliche Gesundheitsförderung für ältere Mitarbeiter oder Fit2Work in Angriff genommen.

Zusätzlich zu vorwiegend primärpräventiv orientierten Programmen stellt sich die Frage nach spezifischen sekundär- beziehungsweise tertiärpräventiven oder gesundheitsförderlichen Maßnahmen für Menschen mit chronischen Krankheiten. Gerade im Altersbereich ab 50 Jahren sind schon bei circa der Hälfte der Österreicher chronische Krankheiten aufgetreten (Statistik Austria 2015).

Dafür gibt es – nach der klinischen Behandlung – die klassischen Instrumente: Rehabilitation und Kuraufenthalt. Diese setzen allerdings primär an den betroffenen Individuen an und versuchen, deren Leistungsfähigkeit und deren Wohlbefinden bei einer beeinträchtigenden Erkrankung wiederherzustellen. Aus einer gesundheitswissenschaftlichen Perspektive ist es aber

besonders wichtig, auch Maßnahmen zu setzen, die am situativen Kontext ansetzen. Das ist in Bezug auf den Weiterverbleib in der Arbeitswelt primär das „Setting“, die Lebenswelt Betrieb.

Auswirkungen auf die soziale Gesundheit

Es gibt deutliche Hinweise, dass die Arbeitswelt in den letzten Jahrzehnten nicht weniger belastend geworden ist, sich die Belastungen aber geändert haben. So dürfte es etwas weniger Belastungen durch schwere körperliche Arbeit geben, dafür aber etwas mehr psychosoziale Belastungen. Diese Arbeitsbelastungen und die dadurch erzeugten Beanspruchungen sind sozial ungleich verteilt und tragen zur Verstärkung der sozialen Ungleichheit von Gesundheit und Krankheit wesentlich bei.

Für Menschen nach einer überstandenen schweren Krankheit ist es in der Arbeitswelt ein Handicap, als vorbelastet wahrgenommen zu werden. Sie sehen sich häufig mit Zweifeln an ihrer Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit konfrontiert, oft auch mit Indifferenz und sogar Rücksichtslosigkeit. Das kann vom Management ausgehen, aber durchaus auch von den Kollegen, die zusätzliche Belastungen befürchten oder auch – in manchen Betriebskulturen – Konkurrenzvorteile nützen wollen. Das bedroht

den sozialen Status und lässt sich als ein Verlust von „sozialer Gesundheit“ beschreiben (vgl. zum mehrdimensionalen Gesundheitsbegriff z. B. Pelikan, 2009): Die Betroffenen erleiden aufgrund tatsächlicher oder auch nur unterstellter „Schwäche“ Verluste an sozialer Anerkennung und sind verstärkt in Gefahr, den Arbeitsplatz, das Einkommen und die soziale Absicherung in Gegenwart und Zukunft zu verlieren.

Bei Personen mittleren Alters (und das ist die Gruppe, die bereits verstärkt von chronischen Krankheiten betroffen ist) kann das dann auch zu (Langzeit-)Arbeitslosigkeit führen, und das gilt – durch viele Untersuchungen belegt – als massives Risiko für einen weiteren Verlust von körperlicher und psychischer Gesundheit. Das heißt: Chronische Krankheit kann – wenn nicht gut aufgefangen – zu einer erheblichen Beschädigung der sozialen Gesundheit und zu einer Negativspirale für die Gesamtgesundheit führen.

In der Perspektive des amerikanischen Soziologen Talcott Parsons lässt sich formulieren: Krankheit ist aus gesellschaftlicher Perspektive auch „abweichendes Verhalten“ – das heißt, man kommt den üblichen Rollenverpflichtungen in Arbeit, Familie und sonstigen Kontexten nicht im normalen Umfang nach. Und die „Krankenrolle“, die die moderne Gesellschaft dafür ent-

wickelt hat, schützt nur temporär vor negativen Folgen. Bei chronischen Krankheiten wird deutlich, dass diese Schutzfunktion begrenzt ist und häufig schon bald infrage gestellt wird.

Management von Erwartungen

Eine mögliche Gegenmaßnahme ist ein proaktives Management der Erwartungsveränderung gegenüber Menschen mit chronischen Krankheiten. Exemplarisch soll hier das „Betriebliche Eingliederungsmanagement“ (BEM) genannt werden, das in Deutschland seit 2004 rechtsverbindlich implementiert ist. In Österreich wird das BEM auch seit einigen Jahren in einzelnen Betrieben praktiziert und seit 2017 zum Beispiel durch das „Wiedereingliederungsteilzeitgesetz“ unterstützt.

Betriebliche Wiedereingliederung ist häufig eine komplexe Aufgabe. Im Kontext der Evaluation der Einführung eines Programms von Betrieblicher Wiedereingliederung (BWE) in einem großen österreichischen Unternehmen konnte eine Reihe von wichtigen Erkenntnissen gewonnen werden. Die im Rahmen dieses BWE verwendeten Interventionskonzepte erwiesen sich als plausibel und gut wirksam, die Strukturen waren gut aufgesetzt, gut ausgestattet und systematisch entwickelt. Trotzdem wurde das Verfahren aber nur in einem

von zehn als relevant identifizierten Fällen eingesetzt. Die Analyse zeigte, dass es trotz eines klaren Auftrags des Spitzenmanagements und sorgfältiger Implementierung erhebliche Skepsis gab. Eine erste Analyse lieferte Hinweise auf Entwicklungsbedarf zunächst im Bereich des unteren Managements. Hier exemplarisch einige wichtige Aspekte:

- Die Komplexität der Aufgabenorganisation steigt, wenn Teammitglieder durch BWE aus der normalen Routine ausscheiden und nicht rasch und adäquat ersetzt werden können.
- Es kann für Führungskräfte sehr belastend sein, mit den Betroffenen über Themen wie Krankheit und nachlassende Leistungsfähigkeit zu kommunizieren.
- In den Teams existiert teils erhebliche Ambivalenz: Entlastung im Rahmen von BWE kann als Privilegierung wahrgenommen werden.

Auch die Betroffenen scheinen solche Angebote oft als ambivalent zu erleben. Hier exemplarisch einige wichtige Aspekte:

- Harte materielle Gründe wie der Verlust von Zulagen etc.
- Statusängste und Kränkungen

– In Sektoren mit einer gewachsenen Kultur der Frühpensionierung muss BEM auch gegen Enttäuschungen arbeiten, wenn man bis zum Regelpensionsalter bleiben soll.

Alles das signalisiert erheblichen Handlungsbedarf für Betriebe, aber auch für Akteure im gesellschaftlichen Umfeld, die mitentscheiden, ob es für Betriebe gut, rational oder jedenfalls normal erscheint, in die Wiedereingliederung von Menschen nach schweren Erkrankungen zu investieren.

Gesellschaftspolitische Aufgabe

Es sollte auch für Ärzte, Therapeuten, Krankenhäuser und Reha-Einrichtungen von großem Interesse sein, dass die Investitionen in die Wiederherstellung von Gesundheit und Leistungsfähigkeit auch in der Arbeitswelt ankommen und angenommen werden. Das erhöht die Chance von nachhaltigen Erfolgen. Der Gesundheitsbereich sollte daher durch öffentliche Kommunikation, aber auch Ressourcenentwicklung (Wissen, Interventionstechniken etc.) die Sichtbarkeit und Relevanz von BEM unterstützen. Das sollte die Betriebe bei der Entscheidung für Implementierung von BWE unterstützen. Auch die Akteure der Gesundheits- und Sozialpolitik sollten Maßnahmen setzen, die BWE möglichst vielen Betrieben na-

hezulegen. Welche Kombinationen von Agenda Setting, möglichst klaren, handhabbaren Regeln, Anreizen und Ressourcenangeboten hier wirksam sind, sollte nach bisherigen Erfahrungen (auch international) untersucht und weiterentwickelt werden.

Dr. Karl Krajic ist Soziologe und Gesundheitswissenschaftler, Privatdozent am Institut für Soziologie der Universität Wien (Schwerpunkt Gesundheits- und Medizinsoziologie) und Projektleiter an der Forschungs- und Beratungsstelle Arbeitswelt (FORBA) in Wien.

Quellen:

Krajic, K.; Dietscher C. & Pelikan, JM. Gesundheitsförderung und Prävention – soziologisch betrachtet. In: Jungbauer-Gans M.; Kriwy P. (2017). Handbuch Gesundheitssoziologie. Springer Verlag.

Parsons, T. (1951). The Social System. England: Routledge & Kegan Paul Ltd.

Pelikan, JM. (2009). Ausdifferenzierung von spezifischen Funktionssystemen für Krankenbehandlung und Gesundheitsförderung oder: Leben wir in der „Gesundheitsgesellschaft“? In: Österreichische Zeitschrift für Soziologie, 34 (2), S. 28–47.

Statistik Austria (2015). Österreichische Gesundheitsbefragung 2014: Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (AT-HIS) und methodische Dokumentation. Bericht erstellt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Wien.

Recht auf Unvernunft? Selbstbestimmung versus Herdenschutz

Dr. August Ruhs

Um es gleich vorwegzunehmen:
Mit der Selbstbestimmung des
Menschen ist es nicht weit her.
Welche Argumentationen liegen
aber dieser Behauptung zugrunde?

1917 wies Sigmund Freud darauf hin, dass die Eigenliebe der Menschheit bislang drei schwere Kränkungen vonseiten der wissenschaftlichen Forschung erfahren hat. Nach der kosmologischen Kränkung durch Kopernikus war es im 19. Jahrhundert Darwin, dessen ernüchternde Abstammungslehre zu einer biologischen Kränkung geführt hat. Schließlich und im Sinne einer psychologischen Kränkung habe die Psychoanalyse als Wissenschaft von den unbewussten Motiven menschlichen Handelns gezeigt, dass das Ich nicht Herr im eigenen Haus ist: Das menschliche Triebleben sei nur bedingt beherrschbar, und es sind nicht immer die vornehmsten Beweggründe, die unser aller Leben gestaltend beeinflussen.

Dieser psychologischen Unzulänglichkeit ist die Tatsache gegenüberzustellen, dass es beim Menschen als einzigem Lebewesen zur Entfaltung einer einzigartigen Vielgestaltigkeit sozialer Beziehungen und kreativer Leistungen gekommen ist. Diese privilegierte Position verdankt sich wiederum einem Mangel an genetischer Ausstattung und einer weitgehenden Armut an Instinkten. An deren Stelle sind die spezifischen menschlichen Triebe mit ihren Sublimierungsmöglichkeiten getreten. Unter dieser Voraussetzung, die gerade nicht auf einen evolutionären Fortschritt im Sinne Darwins verweist, sondern vielmehr auf eine ver-

langsamte Entwicklung hindeutet, ist also der Mensch in seiner phänotypischen Ausprägung weitgehend historisch und sozial determiniert. Dabei ist besonders die verfrühte Geburt in Zusammenhang mit der Ausbildung spezifischer Sprechwerkzeuge als Voraussetzung für die Handhabung einer artikulierten Sprache für diese Besonderheit verantwortlich.

Auf die Charakteristik des Menschen als Mängelwesen hat auch Freud 1926 hingewiesen: „Die Intrauterinexistenz des Menschen erscheint gegen die der meisten Tiere relativ verkürzt; er wird unfertiger als diese in die Welt geschickt ... Dies biologische Moment stellt also die ersten Gefahrensituationen her und schafft das Bedürfnis, geliebt zu werden, das den Menschen nie mehr verlassen wird.“

Aus der Perspektive der Psychoanalyse hat dies zur Folge, dass sich ein durch Selbstbewusstheit charakterisiertes Individuum erst im Laufe der frühkindlichen Entwicklung durch die Begegnung mit dem anderen konstituiert. Der Mensch kann sich erst am „Nebemenschen“, wie Freud das Gegenüber nennt, aufrichten. Gleichzeitig erfolgt die notwendige Regulierung des Trieblebens, sowohl der Icherhaltungs- als auch der Sexualtriebe, weitgehend unter den Bedingungen einer bestimmten Kultur.

Dialektischer Prozess für Ich-Entwicklung

Unter diesen Bedingungen ist nicht nur die innere Natur des Menschen relativ begrenzt, sondern auch seine natürliche Umwelt, welche einer permanenten kulturellen Bearbeitung unterworfen ist. Ein subjekthafes Ich im Sinne des Bewusstseins eines begrenzten und geschlossenen Selbst entwickelt sich erst in einem dialektischen Prozess, in dem zunächst Innenwelt und Umwelt voneinander geschieden werden müssen. Diesen Prozess hat der französische Psychoanalytiker Jacques Lacan 1936 als das Spiegelstadium der Ich-Entwicklung beschrieben. Etwa mit dem sechsten Lebensmonat konstituiert sich ein primitives Ich durch Identifizierung mit dem Bild des Ähnlichen als einer Gesamtgestalt, konkret erfahren in der Wahrnehmung des eigenen Bildes im Spiegel. Dieser grundlegende Identifikationsprozess ermöglicht dem künftigen Individuum einen Vorgriff auf die Wahrnehmung seines Körpers als Einheit. Freud fasste diesen Sachverhalt unter der Formulierung zusammen, dass das Ich die Summe aller Identifizierungen des Subjekts sei.

Diese zweifache Entfremdung des Subjekts – durch Bild und Sprache –, und damit die Aufgabe des Wunsches, mit seinen Repräsentanten zu verschmelzen, ist die Grund-

voraussetzung für ein Begehren, das als unaufhörliches Begehren des anderen dem Kurzschließen der reinen und einfachen Bedürfnisbefriedigung Einhalt gebietet. Die Hin- nahme der menschlichen Unvollkommenheit, der symbolischen Kastration in einem psycho- analytischen Jargon, ist jene Grundvoraus- setzung, die jenseits von Neurose, Psychose und Perversion psychische Normalität definiert. Sie sorgt für die Erkenntnis der Verschieden- artigkeit, aber Gleichwertigkeit der Menschen, was nicht zuletzt eines der Ziele psychoanaly- tischer Selbsterfahrung ist. Wenn es in dem Zu- sammenhang heißt: „Wo Es war, soll Ich wer- den!“, bedeutet dies nicht, dass das Irrationale auszulöschen sei. Vielmehr geht es darum, das verdrängte Unbewusste kennenzulernen, um darüber besser verfügen zu können.

Regulierung des Trieblebens

In dieser Hinsicht ist die Psychoanalyse ein Mit- tel der Emanzipation und Instrument der Auf- klärung in Anlehnung an deren traditionelle Bedeutung als Ausgang des Menschen aus seiner Unmündigkeit, seinem Unvermögen, sich seines Verstandes ohne Leitung eines anderen zu bedienen. Die Identifizierung des Subjekts mit mikro- und makrogesellschaf- tlichen Normen, Werten und Gesetzen führt zur Bildung des Über-Ich als einer intrapsychischen

Instanz, die im Hinblick auf ein gemeinschaftsorientiertes Zusammenleben das Triebleben und die Begehrenshaltungen des Einzelnen einschränkend reguliert. Daraus resultierende Konflikte müssen durch Abwehrmaßnahmen entschärft werden, woraus sich ein Unbewusstes bildet, das sowohl verdrängte Triebimpulse als auch introjizierte Handlungsanweisungen und ethisch begründete Imperative beinhaltet. Es gibt aber keine Garantie dafür, dass die Anforderungen im Sinne der Verwirklichung eines Ideals und eines höchsten Gutes nur konstruktiv-progressiver Natur wären. Auch das Böse kann als destruktiv-regressive Kraft eine pervers anmutende Ethik begründen.

Wie man sieht, sind der Selbstbestimmung des Menschen viele Grenzen gesetzt, sein Streben nach wahrer Authentizität bleibt ein Desiderat. In dem Zusammenhang hat der Psychoanalytiker Jacques Lacan darauf hingewiesen, dass uns beispielsweise die freie Partnerwahl gegenüber der durch den Clan verordneten Zwangsheirat als Fortschritt erscheinen mag. Dieser sei aber mit der Einschränkung zu betrachten, dass die freie Wahl durch Vorurteile bestimmt sei, die größtenteils vom Unbewussten gesteuert würden.

Freud zufolge beruhen Kultur- und Zivilisationsprozesse auf einem Triebverzicht, den die Mit-

glieder der Gemeinschaft auf sich zu nehmen haben, sodass ständig daran gearbeitet werden muss, ein Gleichgewicht zwischen individuellen Begehrenshaltungen und sozialen Anforderungen herzustellen.

Gesellschaftliche Veränderungen sind dementsprechend immer wieder durch ein Wechselspiel von konstruktiv-progressiven und destruktiv-regressiven Bewegungen gekennzeichnet. Nichts sorgt dafür, dass zivilisatorische Anstrengungen stets das Wohl aller im Auge haben. So bilden sich immer wieder Kollektive heraus, die ihre Werthaltungen auf Kosten anderer durchzusetzen versuchen und den jeweils anderen gesellschaftlichen Gruppen den für eine friedliche Koexistenz notwendigen Triebverzicht auferlegen. Derartige hegemoniale Strebungen werden durch Ideologien gestützt, die im Falle ihrer jeweiligen Vormachtstellung den sogenannten Zeitgeist bestimmen und sich in entsprechenden Sozialisationstypen niederschlagen.

In dieser Hinsicht sind seit den 1970er-Jahren zwei Paradigmenwechsel zu erkennen, die zumeist unter dem Begriff des „narzisstischen Sozialisationstyps“ einerseits und des „postmodernen Sozialisationstyps“ andererseits abgehandelt werden. Die 1960er-Jahre waren von Kämpfen gegen Elterngeneratio-

nen charakterisiert, die nicht nur in die Grausamkeiten des Nationalsozialismus und des Zweiten Weltkriegs verwickelt waren, sondern auch für spätere Kriege wie in Vietnam verantwortlich zeichneten. In den 1970er-Jahren jedoch drängte sich die Ideal- und Führerfigur des „Narziss“ in den Vordergrund und schob immer mehr die vorherigen Erziehungsideale von Emanzipation, Kampf gegen Unterdrückung, Selbstbestimmung mit sozialer Verantwortung, politischem Bewusstsein und Solidarität beiseite. Als gegensätzliche Hauptmerkmale des neuen narzisstischen Sozialisationstypus wurden folgende Aspekte herausgearbeitet: eine schwache Identifizierung mit den Elternrepräsentanten, ein ins Kosmische erweitertes und auf Omnipotenz abzielendes Ich-Ideal, die Verdrängung von Schuldgefühlen, das Streben nach unmittelbarer Bedürfnisbefriedigung und die Vermeidung von Kränkungen durch Rückzug in die Innerlichkeit mit dem Ziel, das verletzliche Selbstwertgefühl abzustützen.

Ab den 1990er-Jahren gesellte sich der post-moderne oder dissoziative Sozialisationstypus hinzu, der sich durch folgende Merkmale charakterisieren lässt: verschwimmende Grenze zwischen Innerlichkeit und Äußerlichkeit, Niedergang des Intimlebens, Externalisierung des harten Kerns der Subjektivität, Aufhebung

des psychischen Raums, Auflösung etablierter Identitäten, Subjektspaltung auf digitalem Niveau.

Durch das Propagieren von Individualismus, Selbstbezogenheit und Originalität sowie die Forderung nach einer das Soziale und Solidarische hinter sich lassenden Ego-Zentrierung einerseits und mit der Verheißung eines post-modernen „Anything goes“ andererseits bildeten sich aus den beiden Sozialisationstypen kollektive Mentalitäten heraus, die für gesellschaftliche Spannungen sorgen und politische Herausforderungen darstellen. Die in dieser Hinsicht wirksamen antagonistischen Kräfte werden an vielen aktuellen Auseinandersetzungen sichtbar – etwa beim Rauchverbot mit der Frage der Grenzen des Genießens oder aber bezüglich der Impfpflicht, die neben Autoritätskonflikten und Anmaßungen von Selbstgerechtigkeit auch körperbezogene Ängste mit und ohne religiösen Hintergrund zu mobilisieren imstande sind. Hier ist es geboten, dass korruptionsimmune Vertreter der Gesundheitsberufe im Verein mit verantwortungsbewussten Medizinindustrien und gemeinwohlorientierten politischen Kräften für ethische Fragen die Reichweite sozialer Regulierungen ausloten, um sachfremde Interessen von global zu fassenden gesundheitlichen Bestrebungen fernzuhalten.

Dr. August Ruhs ist Facharzt für Psychiatrie, Neurologie und Psychotherapeutische Medizin, Psychoanalytiker (IPV) und Vorstandsmitglied der Sigmund Freud Gesellschaft.

Künstliche Intelligenz in der Medizin, Impfpflicht, Schmerz, Hygiene – das Veranstaltungsformat „Diskurs Berggasse 19“ greift gesundheitsrelevante Themen aus interdisziplinärer Perspektive auf. Das Format ist eine Kooperation von Sanofi und der Sigmund Freud Privatstiftung. In Anlehnung an die Psychologische Mittwoch-Gesellschaft von Sigmund Freud in seiner Praxis in der Wiener Berggasse 19 inspirieren Impulsvorträge von renommierten Experten einen grenzüberschreitenden Gedankenaustausch in einem exklusiven Rahmen.

Diese Publikation ist eine Sammlung der bisherigen Impulsvorträge von der Premiere des Veranstaltungsformats im Herbst 2017 bis zu seinem zehnten Jubiläum im Jahr 2020.