
Dossier

Gesundheitsforschung. Perspektiven der Sozialwissenschaften



María Ángeles Durán und Dario Spini an der Tagung vom 14. Juni 2013
«Gesundheitsforschung: Perspektiven der Sozialwissenschaften».

La santé, un sujet de l'ASSH

(ms) Pourquoi, malgré leur provenance sociale défavorisée et par conséquent une espérance de vie moins élevée, certains individus se montrent-ils remarquablement résistants à certains événements au cours de la vie? Et pourquoi, dans certains contextes sociaux, économiques et culturels similaires, certaines personnes tombent-elles malades, alors que ce n'est pas le cas pour d'autres?

Dans la recherche en santé, il faut mettre la qualité de vie et l'être humain en bonne santé au centre, dans son individualité et avec ses rapports complexes. Il est par conséquent pertinent de se pencher sur l'être humain dans son quotidien et ne pas considérer la santé comme un état, mais comme un processus. Ce sont les facteurs stabilisants de la santé qui sont particulièrement intéressants. Ces questions ainsi que d'autres se situent au centre du projet «Recherche en santé» de l'Académie suisse de sciences humaines et sociales.

«Système de santé durable», projet des Académies suisses des sciences

Le système de santé suisse a beaucoup évolué ces dernières années. Le personnel soignant a fortement augmenté, et le diagnostic ainsi que le traitement des maladies se sont beaucoup améliorés. Mais les ressources financières et personnelles impliquées explosent, et bien que le système de santé suisse soit très performant, sa durabilité sur le long terme n'est pas garantie. C'est la raison pour laquelle les Académies suisses des sciences ont mis sur pied en 2011 le projet «Système de santé durable». Elles se sont exprimées sur toute une série de questions, notamment à travers la Feuille de route «Un système de santé durable pour la Suisse».

Les «Medical Humanities», projet des Académies suisses des sciences

En parallèle, l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) et l'Académie suisse des sciences humaines et

sociales (ASSH) ont organisé deux workshops «Medical Humanities» qui ont traité de la place des sciences humaines et sociales dans l'enseignement médical. Le premier workshop, en 2012, a permis d'avoir un aperçu de l'enseignement des Medical Humanities en Suisse. Le deuxième, en 2013, a complété cette vue d'ensemble et poursuivi la discussion en présentant différents projets de recherche en cours. Le tout a été accompagné par une publication qui recouvre l'état des Medical Humanities en Suisse. Une discussion sur les Medical Humanities s'impose en 2014, afin que cette appellation soit clairement définie. En année prochaine, une rencontre est à l'agenda, durant laquelle la recherche et des projets spécifiques dans le domaine des Medical Humanities seront discutés, ainsi que les conséquences de la Loi relative à la recherche sur l'être humain pour les projets.

«Recherche en santé», projet de l'ASSH

En 2012, l'ASSH a commandé l'étude «Gesundheitsforschung in der Schweiz – Thematische Schwerpunkte, institutionelle Verankerung» auprès de la Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW. Les auteurs Andreas Bänziger, Yvonne Treusch, Peter Rüesch et Julie Page ont constaté la répartition hétérogène et la fragmentation de la recherche en santé en sciences sociales en Suisse. Celle-ci s'étale sur un grand nombre de disciplines et d'instituts. Ils ont émis le souhait d'encourager la mise en réseau ainsi que la recherche appliquée.

Suite à ce constat, qui démontre que les sciences sociales sont peu visibles et peu connectées entre elles et cela malgré le grand nombre de spécialistes dans ce domaine, le Centre de compétences suisse en sciences sociales (FORS), sur mandat de l'ASSH, s'est attelé à la construction d'un site Internet qui regroupe les différents projets de recherche et instituts en santé en sciences sociales en Suisse. Ce site sera mis en ligne prochainement.

Le colloque du 14 juin dernier «Recherche en santé: perspectives des sciences sociales» a permis un premier échange entre spécialistes. Les discussions ont démontré que la santé n'est pas un état, mais bien un processus en évolution et qu'il s'agit de déterminer comment des personnes en bonne santé, mais avec des restrictions, peuvent avoir malgré tout un mode de vie qui fonctionne. Les personnes expertes dans ce domaine souhaitent une plus forte coordination entre les spécialistes, et la construction d'une identité commune qui aura comme conséquence de fortifier la recherche en santé en sciences sociales. Ces buts seront atteints grâce à la mise sur pied d'un réseau d'experts du domaine de la santé en sciences sociales.

Informations complémentaires

Medical Humanities:

<http://www.akademien-schweiz.ch/fr/index/Projekte-und-Themen/Gesundheitssystem-im-Wandel/Medical-Humanities.html>



36

Gesundheitsforschung in der Schweiz:

<http://www.sagw.ch/de/sagw/veranstaltungen/sagw-agenda-2013/vst13-wiw/gesundheitsforschung.html>



Système de santé durable:

<http://www.akademien-schweiz.ch/fr/index/Projekte-und-Themen/Gesundheitssystem-im-Wandel.html>



Gesundheit – nicht nur ein Thema für die Medizin

(bk) Das medizinische Versorgungssystem der Schweiz ist ausgesprochen leistungsfähig, aber auch teuer. Nicht immer tragen jedoch medizinische Interventionen auch zur Verbesserung der Lebensqualität bei. Wie Gesundheit und Lebensqualität gefördert und erhalten werden und welchen Beitrag die Sozialwissenschaften dazu leisten können, war Thema an der SAGW-Tagung «Gesundheitsforschung. Perspektiven der Sozialwissenschaften».

Zurzeit wird vor allem Krankheitsforschung betrieben, nicht Gesundheitsforschung, dabei ist der Erhalt der Gesundheit ebenso wichtig, wenn nicht wichtiger, wie deren Wiederherstellung. Am 14. Juni trafen sich an der Universität Freiburg VertreterInnen der unterschiedlichsten Disziplinen, um anhand der Konzepte Lebensqualität, Vulnerabilität und Resilienz darüber zu beraten, welchen Beitrag die Sozialwissenschaften zum Erhalt der Gesundheit leisten können. Als Basis der Diskussion diente die von der SAGW in Auftrag gegebene Studie «Gesundheitsforschung in der Schweiz – Thematische Schwerpunkte, institutionelle Verankerung».*

Lebensqualität im Zentrum

Für María Ángeles Durán von der Universität Madrid zeichnet sich eine der grössten Herausforderungen im Gesundheitswesen nicht im Bereich der Medizin, sondern im Bereich der Gesellschaft ab: Das informelle Pflegesystem, bisweilen wichtiger als das medizinische Gesundheitssystem, kann nicht mehr als gegeben vorausgesetzt werden. Wir leben immer länger und der Pflegebedarf in unserer alternden Gesellschaft nimmt zu. Bisher wird die Pflege meist von Angehörigen übernommen, und zwar von Frauen. Aber nicht alle haben Angehörige, und mit der neuen Rollenverteilung können und wollen die Frauen diese Pflege immer weniger übernehmen. Und welche Möglichkeiten wird es dann für jene geben, die weder Angehörige noch genügend



Ein Podium der Tagung (v.l.n.r.): Markus Zürcher, Peter C. Meyer, Claudine Burton-Jeangros und Mike Martin.

Geld für die Pflege haben? Die soziale Frage ist zentral in der Gesundheitsforschung. Sie beeinflusst das Wohlbefinden nicht erst im Alter, sondern bereits vor der Geburt und hat erheblichen Einfluss auf die Vulnerabilität einer Person.

Gesundheit wird vom sozialen Umfeld beeinflusst

Wer vulnerabel ist, reagiert eher mit Stress auf ein schwieriges Ereignis und dessen Verarbeitung. Vulnerabilität wird einerseits von physiologischen und psychischen Aspekten der Persönlichkeit, in einem starken Ausmass aber auch vom Lebensverlauf und dessen Wechselwirkungen mit der sozialen Situation beeinflusst. Wer aus schwierigen sozialen Verhältnissen kommt, ist eher krank, und wer krank ist, findet weniger sozialen Halt. Dies prägt auch die Erfahrungen, die eine Person macht. Von den bisher gemachten Erfahrungen wiederum hängt die Reaktion auf neue schwierige Situationen und deren Bewältigung ab. Ulrike Ehlert von der Universität Zürich nennt zwei Arten von Stressbewältigung: erfolgreiche Anpassung (Resilienz) oder Fehlanpassungen (Burn-out/Krankheit).

Die Lebensqualität wird somit vom Umgang mit Herausforderungen beeinflusst. Dario Spini von der Universität Lausanne votiert dafür, Gesundheitsforschung nicht auf die Gesundheit zu beschränken, sondern das soziale Umfeld mit einzubeziehen.

Anforderungen an die Sozialwissenschaften

Im gegenwärtigen medizinischen Gesundheitsparadigma sind die sozialen Faktoren sekundär und dienen vor allem der Erklärung. Dabei setzt ein gesunder Lebensstil gewisse Handlungs- und Entscheidungsspielräume voraus, welche wiederum von der sozialen Gerechtigkeit einer Gesellschaft beeinflusst werden. Thomas Abel von der Universität Bern fordert kohärente Theorien zu den sozialen Bedingungen und Prozessen von Gesundheit und eine sozialwissenschaftliche Gesundheitsdefinition.

Schlussfolgerungen und Ausblick

Im Verlauf der Tagung wurde deutlich, dass sich die Forschenden zusammenschliessen und konkrete Themen zur Gesundheitsforschung definieren müssen. Der Vorschlag von Peter C. Meyer, ZHAW, ein gemeinsames Netzwerk zu bilden und eine gemeinsame Agenda zu erarbeiten, wurde begrüsst. Die SAGW hat sich bereit erklärt, die nötige Infrastruktur zur Verfügung zu stellen. M. Zürcher wies zudem darauf hin, dass in Zusammenarbeit mit FORS bereits Bestrebungen im Gange sind und dass demnächst eine Website zu diesem Thema verfügbar sein wird.

Hinweis

Download der Studie unter:



Gesundheitssoziologische Themen und Arbeitsfelder

Peter C. Meyer, Direktor des Departements Gesundheit
ZHAW

38

Die Gesundheitssoziologie entwickelt sich in der Schweiz vorwiegend ausserhalb der Stammdisziplin Soziologie und ist dabei auf die wissenschaftlichen Grundlagen der angelsächsischen Gesundheits- und Medizinsoziologie angewiesen. In interdisziplinärer und transdisziplinärer Zusammenarbeit kann sie einen wirksamen Beitrag zur Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit und des Versorgungssystems leisten.

Seit Ende der 70er-Jahre entwickelt sich die Gesundheits- und Medizinsoziologie in der Schweiz kontinuierlich in verschiedenen interdisziplinären Feldern, vorwiegend ausserhalb der soziologischen Institute der Universitäten. Siegrist hat 1982 eine erste Situationsanalyse über die Medizinsoziologie in der Schweiz vorgenommen und kam dabei zum Schluss, dass die Qualität einiger Forschungsarbeiten gut bis sehr gut ist, dass die MedizinsoziologInnen aber weder von der Stammdisziplin, der allgemeinen Soziologie, noch von den medizinischen Fakultäten gefördert werden (Siegrist, 1982: 41–43). Diese Aussagen treffen auch noch heute, dreissig Jahre später, zu. Quantitativ und thematisch hat sich die Medizinsoziologie allerdings enorm entwickelt: von einem kleinen Grüppchen von 27 in Gesundheitsthemen spezialisierten SoziologInnen (1981, Siegrist 1982: 22) zu heute weit über hundert in verschiedenen Bereichen des Bildungs- und Gesundheitssystems tätigen Gesundheits-WissenschaftlerInnen, deren Grundausbildung ein Soziologiestudium ist. Die thematische Breite, die institutionelle Verankerung, aber auch die Verzettlung der Gesundheitssoziologie ist in der Standortbestimmung von Bänziger et al. (2012) gut beschrieben.

Schwierige Situation im deutschen Sprachraum

Die Situation der Gesundheitssoziologie ist ähnlich im ganzen deutschen Sprachraum: Sie ist gekennzeichnet durch eine breite, meist interdisziplinär angelegte

Tätigkeit in Lehre, Forschung und Praxis, vorwiegend ausserhalb der Stammdisziplin Soziologie. Ein eigenständiges thematisches Profil kann die Gesundheitssoziologie im deutschen Sprachraum nicht entwickeln, ganz im Gegensatz zum angelsächsischen Sprachraum, insbesondere in Grossbritannien und in den USA, wo die Gesundheits- und Medizinsoziologie eigenständig, vielfältig und sowohl innerhalb als auch ausserhalb der Universitäten langfristig stabil institutionalisiert und wirksam ist.

Es gibt meiner Einschätzung nach nur zwei hochrangige, spezialisierte, gesundheitssoziologische Zeitschriften: das in Grossbritannien herausgegebene «Sociology of Health and Illness (SHI)» und das von der American Sociological Association herausgegebene «Journal of Health and Social Behavior (JHSB)». Die in diesen beiden Zeitschriften erscheinenden Artikel zeigen den aktuellen Stand der gesundheitssoziologischen Themen und Diskurse. Zur gleichen Liga gehört nur noch die Zeitschrift «Social Science and Medicine», die allerdings gemäss ihrem Titel thematisch neben der Gesundheitssoziologie unter anderem auch die Gesundheitspsychologie und -ethnologie umfasst.

Thematische Schwerpunkte der Gesundheitssoziologie

In einer vergleichenden inhaltsanalytischen Analyse von Artikeln in neun führenden soziologischen Zeitschriften Grossbritanniens und der USA zeigt Seale (2008) die thematischen Schwerpunkte der Gesundheitssoziologie. Er erfasst das thematische Feld der Gesundheitssoziologie in einer 6-Felder-Tafel, in der die dichotome Dimension «in der Medizin» versus «der Medizin» kombiniert wird mit der Dimension der Analyseebene «individuell», «sozial» und «sozietal» (Seale, 2008: 678). Daraus ergibt sich eine hervorragende Übersicht über die Themen der Gesundheitssoziologie, an der sich auch Schweizer SoziologInnen orientieren können (Tabelle 1).

Tabelle 1: Inhalte der Medizin- und Gesundheitssoziologie

	Soziologie in Medizin	Soziologie der Medizin/Gesundheit
Individuelle Ebene	<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheits- und Krankheitsverhalten • Laienkonzepte, Laienüberweisung • Sozialer Stress und soziale Unterstützung • Compliance, Kooperation zwischen Patienten und Professionellen 	<ul style="list-style-type: none"> • Soziale Konstruktion von Krankheit und medizinischem Wissen • Soziologie des Körpers • Narrative Konstruktion von Selbst und Identität
Soziale Ebene	<ul style="list-style-type: none"> • Soziale Verursachung (und Folgen) von Krankheiten • Soziale Epidemiologie • Evaluation von Interventionen • Gesundheitsförderung und /bildung • Gesundheitliche Ungleichheiten 	<ul style="list-style-type: none"> • Medizinische Dominanz/Macht und interprofessionelle Rivalität • Konflikte in den Beziehungen zwischen Laien und Professionellen • Medikalisierung • Ideologie und Diskurs der Manager-Perspektive
Sozietale Ebene Gesamt-Gesellschaft	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluation und Verbesserung staatlicher Policies und Interventionen • Analyse und Förderung des sozialen Kapitals in der Gemeinde 	<ul style="list-style-type: none"> • Wirkungen der Ökonomisierung und Globalisierung auf das Gesundheitsversorgungssystem • Gesundheitsbezogene soziale Bewegungen • Überwachung und soziale Kontrolle durch den Staat

Quelle: Seale 2008, S. 678, übersetzt von P.C. Meyer.

Wie sieht die Zukunft der Gesundheitssoziologie aus?

In der Schweiz werden wir weiterhin auf die angelsächsische Gesundheitssoziologie angewiesen sein, wenn wir an den neuesten Erkenntnissen partizipieren wollen. In einer Übersicht über 50 Jahre Medizinsoziologie in einem Extra Issue des JHSB kommen Rosich und Hankin (2010) zu zwei zentralen Schlussfolgerungen betreffend praktische Implikationen medizinsoziologischer Forschung:

1. «Sociological research provides essential insights for policies to reduce disparities and inequalities in health» (Rosich & Hankin, 2010: S7)
2. «Sociological research suggests keys to what is needed to achieve comprehensive health reform» (Rosich & Hankin, 2010: S8)

Während für theoriegeleitete Grundlagenforschung die Situation in der Schweiz weiterhin ungünstig ist, besteht eine wachsende Chance, angewandte interdisziplinäre und zunehmend auch transdisziplinäre Forschung und Entwicklung im Bereich Gesundheit zu stärken. Dabei können VertreterInnen der Soziologie in Zusammenarbeit mit VertreterInnen anderer Sozialwissenschaften, der Ökonomie und der Medizin einen relevanten Beitrag zur Veränderung der Wirklichkeit leisten. Ein hervorragendes Beispiel dafür ist die Entwicklung von Gesundheitszielen in Österreich, die sehr stark auf soziologischen Erkenntnissen beruhen (Bundesministerium für Gesundheit 2012).

Literaturhinweise

Bänziger, Andreas; Treusch, Yvonne; Rüesch, Peter; Page, Julie (2012): Gesundheitsforschung in der Schweiz – Thematische Schwerpunkte, institutionelle Verankerung. Schweizerische Akademie der Geistes- und Sozialwissenschaften, Bern.

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg. 2012): Rahmen-Gesundheitsziele, Wien, Download von www.gesundheitsziele-oesterreich.at

Seale, Clive (2008): Mapping the field of medical sociology: a comparative analysis of journals. *Sociology of Health and Illness*, 30, 677–695.

Siegrist, Johannes (1982): Soziologie in der Medizin. Erkenntnisse, Anwendungsmöglichkeiten und spezielle Situation in der Schweiz. Hefte des Sandoz-Instituts für Gesundheits- und sozio-ökonomische Studien, Nr. 4, Genf.

Rosich, Katherine J.; Hankin, Janet R. (2010): Executive summary: What do we know? Key findings from 50 years of medical sociology. *Journal of Health and Social Behavior*, Extra Issue 51(S), S1-S9.

40

Zum Autor

Prof. Dr. Peter C. Meyer



Prof. Dr. Peter C. Meyer studierte an der Universität Zürich Soziologie, Publizistik und Wirtschaftsgeschichte. Er wurde 1996 habilitiert und 2003 zum Titularprofessor für Soziologie mit

besonderer Berücksichtigung der Gesundheitssoziologie an der Universität Zürich gewählt. Seit 2006 ist er (Gründungs-)Direktor des Departements Gesundheit der ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften. Vor seiner Tätigkeit an der ZHAW war Peter C. Meyer von 2001 bis 2005 (Gründungs-)Leiter des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan) in Neuchâtel. Von 1978 bis 2001 übernahm er verschiedene leitende Forschungsstellen an der Medizinischen Fakultät der Universität Zürich im Bereich (Sozial-)Psychiatrie und Psychosoziale Medizin.

Krankheitsbewältigung und Lebensqualität

Mike Martin, Universität Zürich

Seit die Diskussion um die Konzepte von «Gesundheit» und «Lebensqualität» neu lanciert ist, stehen die aktuellen Modelle zur Untersuchung von Lebensqualität als Mass für die Qualität von der Versorgung von PatientInnen mit bestehenden (chronischen) Erkrankungen auf dem Prüfstand. Insgesamt gilt bereits, dass der Trend von der Messung von Versorgungsqualität zur zusätzlichen Messung von individueller Lebensqualität geht. Wie kann dieser Trend erklärt werden?

In vielen Bereichen der Erforschung von Erkrankungen und effizienten Interventionen zu deren Bewältigung sind Fragen der therapeutischen Compliance und der eigenen Selbstwirksamkeits-Erfahrung zentral. So wird oft angenommen, dass abhängig vom Erleben der Kontrolle über die Folgen der Erkrankung und vom Vertrauen in die Fähigkeit zur Krankheitsbewältigung zusammen mit einem ausreichenden Repertoire an erkrankungsspezifischen Coping-Strategien die Compliance hoch und das Behandlungsergebnis optimal sind. Zur Erforschung dieser Zusammenhänge werden in der klinischen Forschung meist Gruppen symptomatischer Personen untersucht und interindividuelle Unterschiede in Compliance und Therapieerfolg mit den interindividuellen Unterschieden in den Prädiktoren in Beziehung gesetzt. Dabei finden sich häufig statistisch signifikante, jedoch oft geringe Effekte, die für den individuellen Einzelfall nur wenig prädiktive Kraft haben.

Optimierung der Lebensqualität als neuer Forschungsansatz

Ganz aktuelle sozial- und geisteswissenschaftliche Forschungsansätze ergeben hier völlig neue Perspektiven, da sie eine lange Tradition der Untersuchung der historisch-kulturellen Bedingtheit individueller Entwicklung haben. Nimmt man entsprechend an, dass bei jeder Person Krankheitssymptome systematisch, allerdings je unterschiedlich sowohl mit vielen ande-

ren Beeinträchtigungen als auch mit vielen anderen Ressourcen und Zielen einer Person zusammenhängen, dann ist Lebensqualität zu verstehen als der Prozess ihrer Herstellung und Stabilisierung. Die Forschungsfragen, die sich aus der Kombination von sozialwissenschaftlichen mit klinischen Perspektiven ergeben, sind im Hinblick auf Krankheitsbewältigung völlig neu: etwa wie man mit möglichst wenigen Parametern die Lebensqualität erkrankter wie gesunder Personen (da alle Einzelpersonen sowohl Beeinträchtigungen wie Ressourcen aufweisen ist der Streit darüber, wer nun als gesund und wer als krank gelten soll, praktisch obsolet und für die Behandlung irrelevant) angesichts von Belastungen und Zielen optimieren kann.

Tragbare Behandlung bei Multimorbidität

Beispiel für die innovative Kraft einer Kombination klinischer und sozialwissenschaftlicher Perspektiven ist das Netzwerk «Multimorbidity.NET», welches gerade an der UZH gegründet wurde. Statt zu erforschen, welche zusätzlichen Interventionen zu einer Verbesserung führt, wird hier erforscht, welches die «Least Complex Intervention (LCI)» ist, also die Interventionskombination, die bei gleicher Effizienz am wenigsten komplex und individuell tatsächlich umsetzbar ist. Dieser Forschungsansatz hat das enorme Potenzial, die Über-Verschreibung von Behandlungen um 40% zu senken und die multiple Gesamt-Compliance Betroffener um 40% zu erhöhen. Die Folgen nicht nur für die Forschung, sondern auch für das gesamte Gesundheitswesen wie die individuell Betroffenen sind enorm, und der Ansatz dürfte ein völlig neues Forschungsfeld erschliessen.

Zum Autor



Mike Martin

Mike Martin (*1965) ist seit 2002 Professor für Gerontopsychologie an der Universität Zürich. Er leitet dort das Zentrum für Gerontologie und ist Co-Direktor des internationalen Zentrums für Plastizitätsforschung (INAPIC), des Netzwerks Multimorbidity NET und des Universitären Forschungsschwerpunkts «Dynamik gesunden Alterns». Zentraler Forschungsgegenstand ist die längsschnittige Untersuchung gesundheits- und lebensqualitätsstabilisierender Ressourcen-Entwicklung im Alter ab 50 Jahren. Martin ist Mitglied des Editorial Board der Zeitschriften Gesundheitspsychologie, Gerontology und Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry und vertritt dort die sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung.

Situation des sciences sociales de la médecine et de la santé

Francesco Panese, professeur d'études sociales des sciences et de la médecine à l'Université de Lausanne

42

Notre société connaît depuis peu une médicalisation du social, et, à l'inverse, une socialisation de la médecine. Les apports des sciences sociales de la médecine et de la santé constituent plus que jamais une piste de recherche importante. Des dynamiques collaboratives entre deux mondes, le social d'une part, et la médecine d'autre part, permettent la convergence du médical, du sanitaire et du social et constituent ainsi une zone d'échange qui respecte les spécialités et points de vue de chaque acteur.

Entre médicalisation et socialisation

Dès les années 1950, les thèmes et terrains médicaux ont foisonné dans le champ de l'analyse sociale. Cette situation découle en partie d'un constat anthropologique: «Medicine has helped make us the kinds of living creatures that we have become at the start of the 21st century. [...] Medicine [...] makes us what we are by reshaping the relations of meaning through which we experience our worlds.»¹. Ce constat se situe à la croisée de deux phénomènes majeurs. D'une part, la *médicalisation et la sanitarisation*² du social: un nombre sans cesse croissant de conditions ou de situations de la vie quotidienne sont devenues des questions médicales, déléguées aux médecins et autres professionnels de la santé reconnus comme tels par les systèmes de sécurité sociale³. D'autre part, la *socialisation de la médecine et de la santé*: la pratique médicale et les dispositifs de santé sont devenus de plus en plus socialement hétéronomes, sur le plan organisationnel et institutionnel, comme

aux niveaux de la production des connaissances médicales⁴ et des pratiques cliniques; ces dernières étant notamment marquées par l'intégration dans la clinique de facteurs sociaux et culturels participant des désordres organiques et psychiques (disparités, vulnérabilités, traditions, etc.) et, symétriquement, par la reconnaissance de la dimension expérientielle des patients façonnés par leur parcours thérapeutique et leur environnement social.

Des postures différenciées

Cette brève mise en perspective permet d'esquisser les apports des sciences sociales de la médecine et de la santé. Ils sont intimement liés à l'articulation différenciée des sciences sociales aux mondes médicaux et sanitaires. Grossièrement dit, les productions du domaine se distribuent entre deux pôles: d'un côté, les approches «externalistes» qui privilégient les facteurs externes des évolutions médicales et sanitaires, et qui déploient leurs effets plutôt sur la gouvernance des systèmes de santé; de l'autre, la «sociologie embarquée»⁵ qui, parce qu'elle participe de l'«intervention», est susceptible d'avoir des effets plus marqués sur les situations et les pratiques concrètes de prise en charge. Notons que cette distribution est aussi corrélée, sur le plan socio-institutionnel, à des modes d'insertion eux-aussi différenciés des chercheurs et, sur les plans épistémologiques et méthodologiques, à des protocoles de recherche assez différents, caractérisés par une intégration variable du «terrain». L'une des modalités les plus intégratives serait la «Participatory research» en santé qui implique «the co-construction of research between researchers and people affected by the issues under study (e.g., patients, community members, community health professionals, representatives of community-based organizations) and/or decision makers who apply research findings (e.g., health managers, policymakers, community leaders).»⁶

4 Cf. par ex. les apports de l'épistémologie sociale de la médecine: Berg M., Mol A. (ed.) (1998): *Differences in Medicine: Unraveling Practices, Techniques, and Bodies*. Durham, N.C.: Duke University Press, 1998.

5 Bourrier M. (2010): «Pour une sociologie «embarquée» des univers à risque?», *Tsantsa, Revue de la société suisse d'Ethnologie*, N° 15, «Anthropologie et journalisme», pp. 28–37.

6 Jagosh J, Macaulay AC, Pluye P, Salsberg J, Bush PL, Henderson J, Sirett E, Wong G, Cargo M, Herbert CP, Seifer SD, Green LW, Greenhalgh T. (2012): «Uncovering the benefits of participatory research: implications of a realist review for health research and practice», *Milbank Quarterly*, 90(2): 311–46.

1 Nikolas Rose, «Beyond medicalisation», *The Lancet* 369 (2007) 700–702, 701.

2 Fassin F. (2000): «Entre politiques du vivant et politiques de la vie. Pour une anthropologie de la santé», *Anthropologie et sociétés*, 24, 95–116.

3 Panese F., Barras V. (2008): «Médicalisation de la «vie» et reconfigurations médicales», *Revue de sciences sociales*, n° spécial «Ethique et santé», 39.

Des régimes d'action contrastés

Ces différentes approches sont bien sûr traversées par des enjeux épistémologiques et institutionnels, mais leur coexistence témoigne de la variété des régimes d'action, potentielle ou avérée, des sciences sociales de la médecine et de la santé. Cette variété se distribue aujourd'hui sur le large spectre des «mondes sociaux» de la médecine et de la santé, où des groupes d'acteurs souvent hétérogènes développent des activités spécifiques dans le cadre de situations ayant une proximité variable avec les pratiques thérapeutiques ou de soins: de la clinique singularisée au management organisationnel, institutionnel et politique de la santé, en passant par l'épidémiologie sociale ou encore la santé publique. A chacun de ces niveaux, les apports des sciences sociales de la médecine et de la santé se font en fonction des postures adoptées et des protocoles de recherche mis en œuvre. Ces apports peuvent être distingués en trois dimensions: la dimension *opératoire* au niveau de l'évolution des pratiques médicales ou de soin, la dimension *réflexive* au niveau des praticiens et des patients quant à leur rôle dans la production et les usages des dispositifs médicaux et sanitaires et, enfin, la dimension de *critique sociale* de la manière dont la médecine produit, maintient et utilise son autorité à travers les champs sociaux.

Pertinence et collaboration

La pertinence des sciences sociales pour l'évolution des mondes médicaux et sanitaires nécessite l'aménagement de conditions pour que des dynamiques collaboratives se développent, permettant ainsi de faire converger les versions médicales, sanitaires et sociales vers des objets partagés au niveau de la recherche et/ou de l'intervention. Ceci ne conduit pas à renoncer à la critique, ni au refus de la controverse ou au gommage des spécificités heuristiques et disciplinaires. Il s'agit plutôt d'élaborer des règles d'échange qui, si elles sont partagées par les acteurs impliqués, permettent la collaboration, même si chacun attribue une signification différente aux objets échangés: qu'il s'agisse des évolutions de la clinique, des transformations des pratiques médicales, des reconfigurations des politiques de santé, etc. L'établissement de ces règles nécessite des «zones d'échanges»⁷ permettant une certaine proximité des acteurs, qui pourrait être mieux institutionnalisée dans des dispositifs de recherche «co-élaborative» qui

intégrerait la démarche participative au cœur même de la communauté des chercheurs et des praticiens entre médecine et sciences sociales. Ce serait là un moyen de poursuivre une voie ancienne, entr'ouverte à l'orée du développement du modèle bio-psycho-social, lorsque médecins et sociologues s'accordaient pour dire que «modern comprehensive medical care cannot disregard the problems of equilibrium in personal and social relationships affecting the person in sickness and health».⁸ C'était en 1954.

8 Simmons L. W., Harold G. W. (1954): *Social Science in Medicine*. New York: Russell Sage Foundation. Cf. la recension de Rice E. P. (1955) «Social Science in Medicine», *American Journal of Public Health and the Nation's Health*, Vol. 45, No. 2, pp. 246-247.

L'auteur



Francesco Panese

Francesco Panese est professeur d'études sociales des sciences et de la médecine à l'Université de Lausanne. Depuis 1999 il est directeur du Musée

de la main, une institution consacrée à la culture scientifique et médicale. Il a dirigé le Collège des Humanités de l'EPFL de 2008 à 2013. Ses recherches portent sur l'épistémologie sociale et historique des sciences et de la médecine – en particulier sur les cultures visuelles dans ces domaines – et plus largement sur les relations entre science, médecine et société. Ses recherches en cours sont consacrées aux neurosciences, au transfert de connaissances en médecine entre la recherche et la clinique et à la question de la précarité des patients dans les relations de soin.

7 La notion de «trading zone» est développée par Galison P. (1997): *Image and logic: a material culture of microphysics*, Chicago: University of Chicago Press.

Lebensqualität und Alltagsbewältigung

Ulrike Ehlert, Universität Zürich, Psychologisches Institut, Klinische Psychologie und Psychotherapie

44

Lebensqualität hängt von einer Vielzahl von objektiven und subjektiven Faktoren ab. Einer dieser Faktoren ist das Ausmass an erlebtem Stress. Langanhaltender oder akuter, sehr stark belastender Stress kann zu psychobiologischen Fehlanspassungen führen, die sich letztendlich in Krankheiten und damit einer deutlich reduzierten Lebensqualität manifestieren können. Die aktuelle Forschung verweist jedoch darauf, dass es eine ganze Reihe von psychobiologischen Schutzfaktoren gibt, die negative Stressfolgen reduzieren können.

Neben Schutzhormonen wie Oxytocin und Östrogen scheinen spezifische Einstellungen und Persönlichkeitsmerkmale die Alltagsbewältigung zu erleichtern. Für die künftige Forschung ist es besonders bedeutsam, spezifische Lebensphasen zu berücksichtigen, individuelle Ressourcen der Belastungsbewältigung zu identifizieren, bei Menschen im höheren Alter Multimorbiditäten zu berücksichtigen und die Lebensqualität unter den dann gegebenen Voraussetzungen zu stärken.

Forschungslage

Eine hohe Lebensqualität ist ein Zustand, den nahezu alle Menschen anstreben. Dementsprechend ist Expertenwissen gefragt, das darüber aufklärt, wie dieser Zustand erreicht und stabilisiert werden kann. Um solche Antworten geben zu können, ist es u.a. notwendig, den Aufmerksamkeitsfokus von belastungs- und pathologieorientierten Forschungsansätzen wie beispielsweise der Untersuchung langfristiger Folgen frühkindlicher adversiver Lebensbedingungen (Ehlert, in press) hin zu gesundheitsfördernden bzw. gesundheitsstabilisierenden Fragestellungen zu lenken. Auch ist es notwendig, psychische und physische Befindlichkeit gemeinsam zu betrachten. Prospektive Längsschnittstudien sind eine Strategie, Prädiktoren von Lebensqualität zu erfassen.

Psychologische Schutzfaktoren

Interessanterweise verweisen verschiedenste psychologisch orientierte Studien darauf hin, dass weniger objektive Faktoren wie der sozioökonomische Status mit Gesundheit einhergehen als überdauernde Persönlichkeitskonstrukte wie Optimismus (Dainese et al., 2011) und Kohärenzgefühl (Sommer & Ehlert, 2004) oder Stressbewältigungsstrategien wie Resilienz (Bonanno et al., 2004) und «Benefit Finding» (Sears, Stanton & Danoff-Burg, 2003). Auch zeigt sich, dass der Anstieg von Stresshormonen als Folge von akutem Stress bei Menschen mit einem normentsprechenden, aber auch bei Patienten mit einem chronisch erhöhten Blutdruck durch eine positive Emotionsregulation gedämpft werden kann (Wirtz et al., 2006). Gemeinsam ist diesen Forschungsergebnissen die Erkenntnis, dass Belastungen Bestandteil menschlicher Erfahrungen sind und dementsprechend die Frage nach der individuellen Lebensqualität vom Umgang (Coping) mit diesen Erfahrungen abhängt.

Physiologische Schutzfaktoren

Neben den oben genannten psychologischen Einflussfaktoren gibt es auch physiologische Schutzfaktoren, die dazu beitragen, Stressoren weniger negativ zu verarbeiten. So zeigt sich beispielsweise, dass bei Frauen Lebensstil-Merkmale wie das Essverhalten vom individuellen Östrogenspiegel beeinflusst werden (Asarian & Geary, 2006) und dass bei beiden Geschlechtern akute physiologische Stressreaktionen durch Oxytocinstimulation (pharmakologisch mittels Nasenspray oder durch eine Massage) gedämpft werden können (Heinrichs et al., 2003; Ditzen et al., 2007). Aus den genannten Oxytocinstudien ergab sich jedoch auch, dass die hormonellen Effekte von psychischen Faktoren wie sozialer Unterstützung und von Geschlechtsmerkmalen moduliert werden. Lebensqualität bedeutet in diesem Zusammenhang, dass es für eine günstige Alltagsbewältigung das Zusammenspiel spezifischer physiologischer und psychischer Konstellationen braucht.

Künftige Forschungsfragen

Interdisziplinärer Erkenntnisgewinn stellt eine ausgezeichnete Basis für die Erforschung psychobiologischer Einflussfaktoren auf die Lebensqualität dar. Um die langfristigen Effekte spezifischer Lebensbedingungen und das Zusammenspiel psychischer und physiologischer, einschliesslich genetischer und epigenetischer Variablen, aufklären zu können, bedarf es empirischer Forschung, die longitudinal prospektiv, nach Möglichkeit als Kohortenstudien, angelegt ist.

Literatur

- Asarian L., Geary N. (2006). Modulation of appetite by gonadal steroid hormones. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences* 361, 1251-1263.
- Bonanno, G.A., Papa, A., Lalande, K., Westphal, M. & Coifman, K. (2004). The importance of being flexible: the ability to both enhance and suppress emotional expression predicts long-term adjustment. *Psychological Science*, 15, 482-487.
- Dainese, S.M., Allemann, M., Ribeiro, N., Bayram, S., Martin, M. & Ehlert, U. (2011). Protective factors in midlife – How do people stay healthy? *The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry* 24, 19-29.
- Ditzen, B., Neumann, I. D., Bodenmann, G., von Dawans, B., Turner, R.A., Ehlert, U. & Heinrichs M. (2007). Effects of different kinds of couple interaction on cortisol and heart rate responses to stress in women. *Psychoneuroendocrinology* 32, 565-574.
- Ehlert, U. (in press). Invited review: Enduring psychobiological effects of childhood adversity. *Psychoneuroendocrinology*.
- Heinrichs, M., Baumgartner, T., Kirschbaum, C. & Ehlert, U. (2003). Social support and oxytocin interact to suppress cortisol and subjective responses to psychosocial stress. *Biological Psychiatry* 54, 1389-1398.
- Sears, S.R., Stanton, A.L. & Danoff-Burg S. (2003). The yellow brick road and the emerald city: benefit finding, positive reappraisal coping and posttraumatic growth in women with early-stage breast cancer. *Health Psychology* 22, 487-497.
- Sommer, I. & Ehlert, U. (2004). Adjustment to trauma exposure: Prevalence of posttraumatic stress disorder symptoms in Swiss mountain guides. *Journal of Psychosomatic Research* 57, 329-335.
- Wirtz, P.H., von Känel, R., Mohiyeddini, C., Emini, L., Ruedisueli, K., Groessbauer, S. & Ehlert U. (2006). Low social support and poor emotional regulation are associated with increased stress hormone reactivity to mental stress in systemic hypertension. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 91, 3857-3865.

Zur Autorin

Prof. Dr. Ulrike Ehlert

Prof. Dr. Ulrike Ehlert studierte Psychologie und Soziologie an der Universität in Trier, wo sie 1988 promovierte und 1999 habilitiert wurde. Sie ist zudem Psychotherapeutin und Supervisorin für Kognitive Verhaltenstherapie. Seit 1999 ist sie Ordinaria für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität Zürich. Sie leitet die Arbeitsgruppe für Verhaltensneurobiologie am Zentrum für Neurowissenschaften der Universität und der ETH Zürich, die Postgradualen Weiterbildungen in Kognitiver Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin sowie in Klinischer Supervision sowie das Ambulatorium für Kognitive Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin im Psychotherapiezentrum der Universität Zürich.

Lebensqualität im Alter

Stefanie Eicher, Zentrum für Gerontologie,
Universität Zürich

46

Gesundheit und Autonomie sind in jedem Alter entscheidende Kriterien der Lebensqualität. Was aber passiert mit der Lebensqualität, wenn sich mit zunehmendem Alter bei eben diesen Kriterien Einschränkungen abzeichnen? Entgegen der naheliegenden Schlussfolgerung einer Abnahme, deuten Forschungsbefunde auf einen stabilen Verlauf des Wohlbefindens und der Lebenszufriedenheit über das Erwachsenenalter hin.

Dieser Befund kann dahingehend interpretiert werden, dass speziell ältere Menschen über ein hohes adaptives Potenzial verfügen, welches ihnen erlaubt, auch angesichts von Gesundheitseinbussen und Autonomieverlusten, ein hohes Mass an Lebensqualität zu erleben. Über adaptive Potenziale wurde viel geforscht und man weiss heute beispielsweise, dass der Einsatz von Strategien zur Anpassung der eigenen Ziele, Prioritäten und Ansprüche (Akkommodation) und Strategien zur Anpassung der eigenen Lebensumwelt (Assimilation) im Alter wichtige Regulatoren für die Erhaltung von Wohlbefinden und psychischer Gesundheit sind.

Proaktive Stabilisierung der Lebensqualität

Die Untersuchung solcher regulatorischen Strategien konzentrierte sich bis anhin schwerpunktmässig auf den Umgang mit Verlusten, das heisst darauf, wie Menschen reagieren, wenn sie mit Einbussen z.B. in der alltäglichen Funktionsfähigkeit konfrontiert sind. Es ist aber davon auszugehen, dass sich die Strategien, welche als Reaktion auf bereits eingetretene Verluste eingesetzt werden, von denjenigen unterscheiden, die zur proaktiven Stabilisierung einer zufriedenstellenden Lebensqualität angewendet werden. Gerade dieses Wissen um Strategien und Handlungsmöglichkeiten zur proaktiven Stabilisierung von Lebensqualität ist vor dem Hintergrund demographischer Entwicklungen und in Bezug auf Interventionen zur Krankheitsprävention sehr zentral. Die Forschung rund um das sogenannte «aktive Altern» hat hier bereits grundlegende

Erkenntnisse hervorgebracht, etwa, dass sich ein aktiver Lebensstil positiv auf den weiteren Verlauf der Lebensqualität auswirkt. Andere Aspekte, wie die Frage, ob und wie die Stabilität der Lebensqualität auf individueller Ebene beeinflusst werden kann, beziehungsweise wie dieser Prozess messmethodisch erfasst werden kann, wurden hingegen noch wenig beleuchtet.

Trend zur Individualisierung

Im Zusammenhang mit der Erforschung von Lebensqualität auf individueller Ebene stellt sich aber zugleich die Schwierigkeit, dass empirische Befunde, die auf Gruppenvergleichen basieren, nur begrenzt auf einzelne Individuen übertragbar sind. Individuelle Lebensqualitäts-Verläufe präsentieren sich, graphisch betrachtet, nur in seltenen Fällen als Gerade mit hoher Ausprägung, ein optimaler Einsatz regulatorischer Strategien gestaltet sich je nach Lebenssituation unterschiedlich und ein hohes Mass an Aktivitäten kann in bestimmten Lebenssituationen auch dysfunktional sein. Unter anderem aufgrund dieser ausgeprägten Heterogenität der Lebensphase Alter, kann in den Gesundheitswissenschaften aus heutiger Sicht ein Trend in Richtung Individualisierung beobachtet werden. Dieser zeigt sich in der Definition und Messung von Lebensqualität wie auch in der Konzeptualisierung von lebensqualitätsfördernden Interventionen und deren Evaluation, das heisst, idiosynkratische Aspekte werden vermehrt und detaillierter berücksichtigt. Diese Tendenz ist begrüßenswert, weil sie es im Sinne translationaler Forschung erlaubt, Forschungsbefunde zeitnah und ökonomisch in die Praxis zu transferieren. Trotzdem braucht es in diesem Bereich weiterführende Forschung, insbesondere die Entwicklung geeigneter Instrumente, die eine Messung von Lebensqualität mit hohem Individualisierungsgrad ermöglichen und gleichzeitig interpersonelle Vergleiche zulassen. Das kürzlich publizierte Modell der funktionalen Lebensqualität bietet hierzu eine gute theoretische Grundlage.

Neue Forschungsprojekte

Damit sich die Fokussierung auf das Individuum nicht als blosser Trend erweist, sondern als Standard in der Gesundheitsforschung etabliert werden kann, sind verschiedene Forschungsprojekte im Bereich der individualisierten Interventions- und Evaluationsforschung denkbar, wünschenswert und notwendig – schliesslich ist die Förderung und Erhaltung der Lebensqualität des Einzelnen (nicht nur) in der Forschung eine der bedeutendsten Zielgrössen.

Zur Autorin

Stefanie Eicher



Stefanie Eicher ist Psychologin und promoviert seit 2010 am Zentrum für Gerontologie der Universität Zürich. Im Rahmen ihrer Dissertation befasst sie sich einerseits mit Lebensqualität im gesunden Alter und andererseits mit Lebensqualität bei fortgeschrittener Demenz. Daneben ist sie in weitere Projekte involviert, schwerpunktmässig zu den Themen partizipative Forschungsmethoden und Lebensqualität bei Multimorbidität.

Parcours de vie, inégalités sociales et santé

Dario Spini, Institut des sciences sociales et Pôle de recherche national LIVES, Université de Lausanne

48

Un objectif majeur du Pôle de recherche national LIVES est d'étudier la vulnérabilité et la résilience au cours de la vie dans différents domaines: formation, travail, famille et relations, migration et santé. Concernant le thème qui nous intéresse, la santé, la perspective du parcours de vie encourage les scientifiques et les institutions à l'approcher en y intégrant une perspective dynamique et en tenant compte de ses interactions avec différents domaines de vie. Pour aborder ces thèmes nous essayerons de garder en tête un regard transversal propre aux sciences sociales qui tienne compte des inégalités sociales.¹

Les études épidémiologiques ont montré que les premières étapes de la vie peuvent avoir des effets à long terme sur la santé. Le faible poids à la naissance est associé à des risques plus élevés d'obésité, de diabète, d'hypertension, et de maladies cardio-vasculaires durant la vie adulte. L'enfance est également très importante. Les recherches montrent également que l'adversité durant l'enfance (mauvais traitements physiques ou psychologiques, perte précoce d'un parent, etc.) peut aussi avoir des conséquences négatives sur

la santé à l'âge adulte, notamment par des processus de cumul de désavantages passant schématiquement de la mauvaise santé pendant l'enfance aux difficultés scolaires résultant dans une moindre ascension sociale qui *in fine* conduit à une santé relativement mauvaise dans la vie adulte par rapport à ceux qui ont eu un départ meilleur. Il faut avouer que les étapes de la vie adulte et leurs enchaînements sont aujourd'hui moins connus et que des recherches sont nécessaires pour mieux comprendre ces processus de cumul.

Le stress et la santé

Il faudrait également étendre l'étude de la diffusion de différents stress entre les domaines de la vie. Par exemple, on sait que le fait de vivre en couple est un facteur protecteur et de résilience au stress durant la vieillesse. C'est ainsi que le divorce après une longue période de vie commune peut vulnérabiliser les personnes dans la deuxième partie de la vie. A l'inverse, la santé est aussi un facteur qui influence fortement le fait de retrouver un-e partenaire après une séparation. Ainsi, les personnes fragilisées ont moins de chances de retrouver un-e partenaire après une séparation. Il est également évident que les carrières professionnelles ont un impact sur la santé, avec une usure physique et psychique plus forte dans les classes socio-économiques plus basses.

On constate, grâce à ces exemples, que c'est à travers les domaines de vie (famille, travail, etc.) et plus généralement à travers l'étude dynamique des stress (chroniques ou quotidiens) et des événements critiques que l'on comprendra mieux les dynamiques de santé. Une telle approche interdisciplinaire des parcours de vie et de santé doit encore être développée afin de mieux comprendre comment les inégalités sociales influencent les facteurs de stress au cours de la vie et les trajectoires de santé.

1 Cette publication entre dans le cadre des travaux effectués au sein du Pôle de recherche national LIVES – Surmonter la vulnérabilité: perspective du parcours de vie, financé par le Fonds national suisse. Elle est basée sur différentes publications dont Bopp, M. & Minder, C. E. (2003). Mortality by Education in German Speaking Switzerland, 1990–1997: Results from the Swiss National Cohort. *International Journal of Epidemiology*, 32, 346-354; Ferraro, K. F. (2011). Health and Aging: Early Origins, Persistent inequalities? In R. A. Settersten & J. L. Angel (eds), *Handbook of Sociology of Aging*, pp. 465-473; Palloni, A. (2006). Reproducing Inequalities: Luck, Walleys, and the Enduring Effects of Childhood Health. *Demography*, 43, 4, 587-615. Sapin, M., Spini, D. & Widmer, E. (2007). *Les parcours de vie: de l'adolescence à la vie adulte*. Lausanne: Presses Polytechniques et Universitaires Romandes. L'auteur remercie Rachel Fasel pour la relecture de ce texte et ses commentaires.

Des approches croisées pour l'avenir?

Nous proposons d'étudier les trajectoires de santé comme un processus dynamique dans une perspective de parcours de vie. Cela n'implique pas seulement l'analyse de données de santé longitudinales (et sur ce point il faut noter que l'Enquête Suisse sur la Santé est répétée tous les cinq ans, de manière transversale), mais également des enquêtes qui permettent d'analyser les effets du stress dans les différentes sphères de la vie et d'en analyser l'impact sur les trajectoires de santé. Ce type d'approche plus holistique fondé sur l'étude du stress provenant de différentes sphères de la vie (et de sa diffusion d'une sphère à l'autre) et sur la base de différents niveaux d'analyse (de l'analyse microbiologique à l'étude des contextes sociaux, en passant par le niveau individuel) milite pour une approche interdisciplinaire, défi que la recherche suisse n'est pas encore prête à relever complètement. Prenons comme exemple le manque de considération des dimensions sociales dans les études longitudinales de cohorte davantage destinées aux sciences biomédicales, ou la quasi absence de dimensions biomédicales dans les études pilotées par les sciences sociales.

Les mécanismes de compensation et les facteurs de résilience sont une piste dont il faut tenir compte

Enfin, étudier les trajectoires de santé en lien avec les stress (événements critiques, stress chroniques ou tracas quotidiens) devrait permettre de mieux comprendre comment les trajectoires de vie sont en fait constitutives des inégalités sociales et pas seulement leur résultat. Comme nous l'avons brièvement évoqué, les inégalités sociales ont des effets dès la vie intra-utérine jusqu'à la date du décès d'une personne. Dès lors, ce qui doit intéresser les chercheurs dans le futur sont les effets de cumul des (dés)avantages au cours de la vie et comment les risques d'affronter différents accidents ou problèmes de santé au cours de la vie sont reliés entre

eux (et plus seulement les risques d'avoir telle maladie ou accident à tel âge). La santé n'est cependant pas synonyme de vulnérabilité; il faut également se pencher sérieusement sur les facteurs de maintien du bien-être, sur les mécanismes de compensation et sur les facteurs de résilience au cours de la vie. Comment les individus, les réseaux sociaux et les institutions font-ils face à court et à long terme aux stress de la vie? Le chantier de l'étude des parcours de vie et de santé est énorme comme on le voit!

L'auteur

Dario Spini

Dario Spini est directeur du Pôle de recherche national LIVES (Surmonter la vulnérabilité: perspectives du parcours de vie) et professeur à la Faculté des sciences sociales et politiques de l'Université de Lausanne. Ses recherches s'orientent autour des thématiques de la fragilité des personnes du grand âge, de la vulnérabilité et des processus psychosociaux de régulation du bien-être, de la vulnérabilité collective et des représentations sociales normatives, et de la recherche interdisciplinaire sur les parcours de vie.

Zur empirischen Erforschung von sozialer Resilienz

Brigit Obrist, Ethnologisches Seminar, Universität Basel

50

Gemeinsam mit dem Schweizerischen Tropen- und Public Health-Institut in Afrika durchgeführte Projekte zeigten, dass der medizinisch definierte Risikoansatz als Grundlage für die Gesundheitsförderung nicht ausreicht. Was es braucht, sind Konzepte, die an den primären Ursachen von Gesundheitsproblemen ansetzen und Wege zu deren Meisterung aufzeigen. Der Resilienzansatz kann zu diesem Perspektivenwechsel beitragen.

Aus methodologischer Sicht stellt sich die Frage, ob und wie Resilienz aus der untersuchten Realität erschlossen werden soll, da sie weder direkt beobachtet noch gemessen werden kann (Luthar et al., 2000). Wie auch immer Resilienz definiert wird, dem Begriff liegt ein normatives Konzept zugrunde, und zwar in einem doppelten Sinn: was die Bedrohung angeht und was das positive Ergebnis im Umgang mit dieser Bedrohung betrifft: Wer bestimmt die Kriterien der Beurteilung und mit welcher Begründung?

Von individueller zu sozialer Resilienz

Wir können unser eigenes – von wissenschaftlichen und von gesellschaftlichen Werten und Normen geprägtes – Verständnis von Resilienz nicht unhinterfragt auf andere Gruppen, Gesellschaften und Kontexte übertragen. Vielmehr müssen wir es mit der sozialen Praxis vor Ort in Bezug setzen. Was wird von den untersuchten Personen als Gesundheitsgefahr eingestuft? Sehen sie sich imstande, solche Umstände oder Ereignisse zu überwinden, und wenn ja, wie? Welchen Ausgang betrachten sie als positiver im Vergleich mit andern möglichen Ergebnissen? Auch wenn die Untersuchungsteilnehmer all diese Fragen als Individuen beantworten, fließt in ihr Denken und Handeln – meist ohne dass sie sich dessen gewahr sind – das Soziale mit ein. In diesem Sinne können wir Resilienz als eine Form sozialen Handelns begreifen, und zwar auf allen Ebenen der Gesellschaft.

Empirische Forschung

Im interdisziplinären Projekt «Von sozialer Vulnerabilität zu Resilienz» (2006–2010, Leitung: Brigit Obrist), das wir im Rahmen des NCCR «Nord-Süd» durchführten, entwickelten wir auf der Basis empirischer Studien in Tansania, Bolivien und Pakistan und im Dialog mit psychologischer und ökologischer Resilienzliteratur einen neuen Ansatz (Obrist et al., 2010, siehe www.socialresilience.ch). Dabei richteten wir, mit Rückgriff auf die Arbeiten des französischen Soziologen Pierre Bourdieu, das Augenmerk auf die Fähigkeit von Akteuren, kulturelles, soziales, ökonomisches und symbolisches Kapital zu mobilisieren und zu transformieren. Diesen Ansatz überprüfen und verfeinern wir zurzeit in medizinethnologischen Forschungen zu jugendlichen und älteren Menschen in Tansania und Ghana, die durch den raschen und tiefgreifenden Wandel der Generationen- und Geschlechterbeziehungen besonderen Gesundheitsrisiken ausgesetzt sind.

Forschungs- und Handlungsbedarf

Betrachten wir Resilienz als eine Form sozialen Handelns, so erscheinen Gesundheitsprobleme in einem neuen Licht. Die Gefahren und Risiken bleiben deutlich erkennbar, aber das Schaffen, Gestalten und Aufrechterhalten von sozialen und gesellschaftlichen Ressourcen zur Meisterung der Gesundheitsprobleme tritt in den Vordergrund. Diese Aspekte kann weder ein medizinisch definierter Risikoansatz noch ein auf das eigenständige und selbstverantwortliche Individuum ausgerichtetes Resilienzverständnis erfassen. Zukünftige Forschungen sollten abklären, wie die Wirkung von Massnahmen zur Förderung der sozialen Resilienz zur Überwindung von Gesundheitsrisiken sowohl qualitativ als auch quantitativ genauer erfasst werden können.

Rester en bonne santé au 21^e siècle: une aspiration socialement déterminée

Claudine Burton-Jeangros, Département de sociologie, Université de Genève

Literatur

Luthar, S.S., Cicchetti, D. and Becker, B. (2000): The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development* 71(3), 543–62.

Obrist, B., Pfeiffer, C. and Henley, R. (2010): Multi-layered social resilience: a new approach in mitigation research. *Progress in Development Studies* 10.4: 283–293.

La population en Suisse vit longtemps et est en bonne santé. Mais ici comme ailleurs, l'état de santé des individus dépend de leur position dans la société. Plus ils sont situés en haut de la hiérarchie sociale, plus ils ont de chances de rester en bonne santé et de vivre longtemps; alors que ceux qui vivent dans des conditions sociales défavorables sont plus malades et meurent plus jeunes. On peut parler d'un cumul des avantages et des désavantages, dans lequel le social et le biologique s'entremêlent. Au niveau international, il est observé que les inégalités face à la santé ont tendance à augmenter plutôt qu'à diminuer.

51

L'état de santé des individus est influencé par un vaste ensemble de déterminants sociaux, comprenant des facteurs individuels tels que les comportements face à la santé et des facteurs structurels comme l'exposition à différents risques sur le lieu de travail ou la qualité de l'environnement de vie. Tout comme les facteurs néfastes à la santé, les ressources à disposition des individus pour faire face aux menaces pesant sur leur santé sont également variables. Ces ressources sont à la fois individuelles, lorsqu'elles renvoient aux attitudes ou valeurs liées à la santé, et collectives, sous forme de soutien social ou de capital social. Le système de santé ne joue qu'un rôle partiel dans l'état de santé de la population, comme le démontre par exemple la situation des Etats-Unis, qui dépensent le plus dans ce domaine mais dont la population ne bénéficie comparativement pas des meilleures conditions de santé.

Zur Autorin



Prof. Dr. Brigit Obrist

Prof. Dr. Brigit Obrist ist Professorin für Ethnologie und leitet eine Medical-Anthropology-Forschungsgruppe am Ethnologischen Seminar der Universität Basel sowie am Schweizerischen Tropen- und Public Health-Institut.

Milieu social et familial: l'approche des trajectoires de vie est une piste à prendre en considération

Alors que les recherches en sociologie de la santé et en épidémiologie sociale ont maintenant largement documenté les inégalités sociales face à la santé, les mécanismes de causalité entre facteurs de risque et évolution de l'état de santé doivent encore être mieux compris. C'est pourquoi l'approche du parcours de vie, qui

52

étudie les trajectoires de santé en lien avec les trajectoires liées à la famille et au travail, est maintenant privilégiée. Par exemple, on sait que les femmes élevant seules leurs enfants sont en moins bonne santé que les femmes vivant en couple, mais il importe de voir comment cette situation affecte leur santé à moyen et long terme, en fonction notamment de la recomposition familiale. La perspective du parcours de vie aide aussi à mieux comprendre comment certains individus parviennent à rester en bonne santé, alors qu'ils vivent dans des conditions sociales *a priori* défavorables ou rencontrent des événements critiques. Enfin, cette approche permet également d'évaluer plus généralement comment les changements sociaux affectent les trajectoires individuelles. Ainsi, on peut s'attendre à ce que la flexibilité du monde du travail et l'instabilité des relations familiales affecteront la santé des générations à venir. Il est à prévoir que la santé des jeunes d'aujourd'hui sera différente au moment de leur retraite de celle de la génération des baby-boomers qui quittent aujourd'hui la vie active. Au-delà des variations associées au vieillissement individuel, les opportunités et les difficultés liées à un environnement social spécifique contribuent donc à façonner les chances de santé.

Un système de santé performant ainsi que des actions de prévention ne garantissent pas nécessairement l'égalité pour tous

Les travaux des sciences sociales ont largement documenté ces variations dans l'état de santé au sein de la population. Ils montrent bien que c'est dans tous les domaines de la vie sociale que la santé peut être soutenue et non pas seulement dans le développement d'un système de santé performant. Or, aujourd'hui encore ces connaissances sur les inégalités sociales face à la santé peinent à être prises en compte dans les politiques sociales. Par ailleurs, alors qu'il est sans conteste important de promouvoir la santé, en intégrant ses composantes physiques, mentales et sociales, les re-

cherches de sciences sociales ont également pour tâche d'interroger l'injonction forte aujourd'hui à rester en bonne santé. Un souci permanent de la santé, exacerbé par une anticipation croissante des risques, contribue à la médicalisation de la vie. Les actions de prévention, qui trouvent un écho plus marqué auprès de ceux qui ont plus de ressources sociales, peuvent paradoxalement accroître les inégalités face à la santé. Enfin, les travaux en sciences sociales viennent rappeler que tomber malade ou mourir tôt ne résulte pas uniquement de comportements malsains mais provient d'un cumul de déterminants sociaux et biologiques. Si les individus peuvent contribuer à rester en bonne santé, leurs chances d'y parvenir restent par ailleurs déterminées par l'organisation de la société.

L'auteure



Claudine Burton-Jeangros

Claudine Burton-Jeangros est professeure associée au Département de sociologie de l'Université de Genève. Ses travaux portent sur les liens entre inégalités face à la santé et trajectoires sociales dans le cadre du Pôle national de recherche LIVES «surmonter la vulnérabilité – perspective du parcours de vie». Elle étudie

également comment les risques et les mesures préventives en santé publique sont interprétés par les différents acteurs impliqués dans leur gestion.

Die Gesundheitsgesellschaft des 21. Jahrhunderts

Ilona Kickbusch, Leiterin des Programms «Globale Gesundheit», Graduate Institute for International and Development Studies, Genf

Wir sind in der dritten Gesundheitsrevolution angekommen. In einem ersten Schritt wurde die Lebenserwartung verlängert, in einem zweiten Schritt durch solidarische Finanzierungssysteme ein breiter Zugang zur medizinischen Versorgung geschaffen und nun befinden wir uns in einer Gesundheitsgesellschaft. Deren Dynamik sollte dringend aus sozial- und politikwissenschaftlicher Perspektive erforscht werden.

Der Gesundheit kommt in modernen Gesellschaften eine zentrale Rolle zu. Wir sind in der dritten Gesundheitsrevolution angekommen, welche eng mit den Prozessen der Globalisierung verwoben ist und von «tückischen Problemen» bestimmt ist. Für diese gibt es keine einfachen Definitionen, keine klaren Ursachen und keine einfachen Lösungen. Sie entwickeln sich sozusagen in Zeitlupe vor unseren Augen, wie die Zunahme der übergewichtigen Bevölkerung oder die Zunahme gesundheitlicher Ungleichheit; sie breiten sich fast unbemerkt aus, wie die Zunahme an psychischen Erkrankungen; und sie können in Windeseile über den Globus hinwegfegen, wie die neuen Grippeviren. Weil dieser Wandel so sehr mit unserer Lebensweise und unseren Alltagsentscheidungen verwoben ist, nehmen wir die bahnbrechenden Auswirkungen auf unsere Körper, unser Denken und die Gesellschaft nicht immer wahr.

Drei Gesundheitsrevolutionen

Es braucht den langfristigen Blick, um die Bedeutung dieser Umwälzung voll zu erfassen. Die erste Gesundheitsrevolution vor ca. 150 Jahren sicherte uns durch öffentliche Gesundheitsmassnahmen das Überleben und legte die Grundlage für eine signifikant längere Lebenserwartung, die zweite gestattete durch solidarische Finanzierungssysteme den breiten Zugang zur medizinischen Versorgung. Heute sprengt Gesundheit diesen Rahmen. Sie ist zu einem zentralen persönlichen, politischen und ökonomischen Faktor geworden oder, wie

manche Autoren darlegen, zum Megatrend. Gesundheit durchdringt unseren sozialen Alltag auf vielfältige und widersprüchliche Weise. Daraus entwickeln sich neue Normen und Werte, neue Chancen und neue Probleme und zunehmend neue Erwartungen an Staat und Gesellschaft.

Megatrend Gesundheit

Der Grund für die neue Bedeutung von Gesundheit liegt in der Dynamik, die durch die Interaktion von Demographie, Ökonomie, Globalisierung, Kommerzialisierung, Individualisierung und einer immer leistungsfähigeren Medizin ausgelöst wird. Durch den Begriff «Gesundheitsgesellschaft» soll vermittelt werden, dass der Megatrend Gesundheit die Gesellschaft von «innen heraus transformiert» (Horx). Damit wird eine andere Perspektive gewählt als mit dem ökonomisch ausgerichteten Begriff der «Gesundheitswirtschaft» – dieser deckt aber nur einen Teil dieses bedeutsamen Phänomens ab. Wichtige Querverbindungen bestehen zu anderen Beschreibungsversuchen von modernen Gesellschaften: insbesondere der Risikogesellschaft und der Multioptionsgesellschaft. Der Gesundheitsdiskurs ist immer auch Risikodiskurs und jede Entscheidung ist potenziell eine Gesundheitsentscheidung. So verändert sich der Blick: z.B. die Fettleibigkeit wird nicht mehr als individuelles Versagen wahrgenommen, sondern als gesellschaftliches Symptom einer völlig neuen Ess- und Mobilitätskultur.

Merkmale der Gesundheitsgesellschaft

Drei Bestimmungsmerkmale der Gesundheitsgesellschaft sind besonders bedeutsam:

- Im Zentrum der Gesundheitsgesellschaft steht ein neues, aktives Gesundheitsverständnis, das sich auf vielfältige Weise im Alltag und im Konsum manifestiert, dieses erfordert ein hohes Mass an Gesundheitskompetenz.
- Gesundheit liegt immer mehr im Schnittfeld zwischen Marketing, Kommerz, Konsum und Gesundheitsförderung – es ergeben sich dadurch neue Konfliktfelder zwischen Staat, Bürgern und wirtschaftlichen Akteuren. Gesundheit in allen Politikbereichen wird zur Handlungsmaxime.
- Wissen als Machtressource wird durch das Internet breit verfügbar, und Erfahrungen mit Gesundheit und Krankheit können über grosse Distanzen durch Social Media in Echtzeit zwischen Menschen ausgetauscht werden: Gesundheit 3.0.

54 Gesundheitswissenschaft ist gefordert

Es mangelt an radikalen Zukunftsentwürfen, welche die angeführten Bestimmungsmerkmale zum Ausgangspunkt nehmen – während die dritte Gesundheitsrevolution rasant voranschreitet, konzentrieren sich die meisten gesundheitspolitischen Debatten weiterhin auf die finanziellen Fehlentwicklungen der zweiten Gesundheitsrevolution. Der Gesunderhaltung wird weiterhin keine Priorität eingeräumt, denn es müssten wichtige politische, soziale, kommerzielle und ökonomische Determinanten in Angriff genommen und alte ideologische Denkmuster überwunden werden. Angesichts der Ungleichheiten, Paradoxien und Ambivalenzen, die uns im Gesundheitsalltag überall begegnen, braucht es aber eine Gesundheitspolitik, die diesen Namen verdient und die sich der tückischen Probleme beherzt annimmt. Das derzeitige «Gesundheitswesen» ist zu einem Bremsfaktor für gesellschaftliche Innovation geworden. Leider löst auch die Gesundheitswissenschaft den Wissensbedarf über diesen grundlegenden Wandel noch nicht ein. Nach der Ökonomisierung des Gesundheitsdiskurses sollten wir die Dynamik der Gesundheitsgesellschaft dringlichst aus sozial- und politikwissenschaftlicher Perspektive erforschen.

Literatur

Ilona Kickbusch: Die Gesundheitsgesellschaft. Verlag für Gesundheitsförderung, Gamburg 2006. Neue, überarbeitete Auflage in Vorbereitung.

Matthias Horx: Das Megatrendprinzip. DVA 2011.

Zur Autorin



Professor Dr. Dr. h.c. Ilona Kickbusch

Professor Dr. Dr. h.c. Ilona Kickbusch leitet das Programm «Globale Gesundheit» am Graduate Institute for International and Development Studies, Geneva. Sie prägte während ihrer langjährigen Tätigkeit bei der Weltgesundheitsorganisation (WHO) die europäische und die internationale Gesundheitspolitik. Mehr Informationen finden sich auf

der Website: www.ilonakickbusch.com

Psychische Probleme am Arbeitsplatz – Herausforderungen für Gesundheits- und Sozialpolitik sowie Gesundheitsforschung

Niklas Baer, Fachstelle für Psychiatrische Rehabilitation, Psychiatrie Baselland

In den vergangenen rund 25 Jahren haben sich in der Schweiz die Invalidenrenten wegen psychischer Störungen etwa vervierfacht, während der übrige Rentenbestand um weniger als 50% angestiegen ist. Die Ursache allein in der Arbeitsbelastung zu suchen, fasst zu kurz. Vielmehr müssen auch die persönlichen und sozialen Rahmenbedingungen berücksichtigt werden.

Rund 100 000 von 240 000 IV-BezügerInnen sind wegen einer psychischen Störung berentet und nahezu jede zweite Neurente ist heute psychiatrisch bedingt. Diese Entwicklung ist nicht auf die Schweiz begrenzt, sondern zeigt sich in den meisten Industriestaaten (OECD, 2012). Es reicht aber nicht, die Erklärungsansätze auf möglicherweise zunehmende Belastungsfaktoren in Arbeitswelt und Gesellschaft zu fokussieren, denn psychische Störungen haben in den letzten Jahrzehnten nicht zugenommen. Vielmehr haben sich die Bewertung der immer schon sehr häufigen psychischen Störungen (Jahresprävalenz rund 25%) und insbesondere die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sowie das subjektive Stresserleben am Arbeitsplatz generell verändert.

Prävention und Gesundheitsförderung reichen nicht aus

Psychische Probleme sind mit vermehrten, oft langwierigen Arbeitsabsenzen verbunden. Aus ökonomischer Sicht am bedeutsamsten sind allerdings die Produktivitätsverluste von am Arbeitsplatz präsenten Mitarbeitenden: 70–90% der Mitarbeitenden geben an, in den letzten vier Wochen nicht wie gewohnt produktiv gewesen zu sein – gegenüber einem Viertel der psychisch beschwerdefreien Personen (OECD, 2012). Trotz der starken individuellen, sozialen und volkswirtschaftlichen Folgen durch psychisch bedingte Arbeitsprobleme und Invalidität, und obwohl Erwerbstätigkeit einer der zentralen protektiven Faktoren für den Erhalt und die Wiederherstellung psychischer Gesundheit ist,

haben sich Sozialpolitik und Gesundheitsforschung bisher nur punktuell damit beschäftigt. Im Fokus stehen prioritär die negativen Auswirkungen der Arbeit auf die Gesundheit, die Prävention und die betriebliche Gesundheitsförderung. Diese Perspektive ist zu eng und wird der Problematik psychischer Probleme am Arbeitsplatz nicht ganz gerecht.

Konzepte zur Frühintervention und koordinierte Behandlung fehlen

Zum einen beginnt die Mehrzahl der psychischen Störungen vor dem erwerbsfähigen Alter, das heisst, die Erforschung psychisch bedingter Arbeitsprobleme erfordert eigentlich die Integration einer klinischen und arbeitspsychologischen sowie betrieblichen Perspektive sowie Verlaufsuntersuchungen. Die Untersuchung von InvalidenrentnerInnen zeigt, dass es sich um jahre- bis jahrzehntelange Ausgliederungsprozesse handelt (Baer et al., 2009). Gesundheitspolitisch wäre ein koordinierter Zugang von Prävention, Behandlung und Rehabilitation nötig.

Zudem behindern weitere Charakteristiken psychischer Erkrankungen die Funktionsfähigkeit und Arbeitszufriedenheit, z.B. die häufige Komorbidität, der oft langdauernde und schwankende Verlauf, die «Unsichtbarkeit» der Beeinträchtigungen oder die Vulnerabilität der Betroffenen.

Es gibt bisher kaum Evidenz, wie sich diese – auch stark diagnosespezifischen – krankheitsbedingten Faktoren am Arbeitsplatz auswirken und wie sie kompensiert werden könnten.

Weiter eskalieren psychische Arbeitsprobleme nicht einfach wegen negativer Arbeitsbedingungen, sondern auf dem Hintergrund einer komplexen, von Überforderung, Ängsten und Vorurteilen geprägten Dynamik der Beteiligten (Baer et al., 2011), die bis heute in ihrem Zusammenwirken noch kaum erforscht sind. Entsprechend fehlen bisher auch evidenzbasierte Konzepte zur Frühintervention. Schliesslich erschweren instituti-

onelle, versicherungsrechtliche und politische Auf-trennungen und professionelle Fragmentierungen die Entwicklung koordinierter Aktionen in diesem Feld. Keine Behörde oder Profession ist ganzheitlich für das Problemfeld der psychischen Arbeitsprobleme verant-wortlich.

Es besteht interdisziplinärer Forschungsbedarf

Einige Fragen, die sich sozial- und gesundheitspoli-tisch wie auch für die Gesundheitsforschung stellen, sind z.B:

- Wie liesse sich die Diskrepanz der zunehmenden Ausgliederung/des zunehmenden Stresserlebens bei gleichzeitig relativ stabiler Prävalenz psychi-scher Störungen erklären und allenfalls bewerten?
- Wie häufig sind psychisch bedingte Arbeitspro-bleme, wie zeigen sie sich, welche Verläufe gibt es, welche (individuellen, sozialen und ökonomischen) Folgen haben sie und welche Interventionsmöglich-keiten bestehen im Verlauf?
- Welche Erkenntnisse liessen sich mit einem For-schungszugang gewinnen, der klinische, arbeits-psychologische und weitere Perspektiven inte-griert? Etc.

Solange psychische Probleme am Arbeitsplatz nicht besser verstanden werden, solange die Evidenz über wirksame Massnahmen so gering ist und solange ko-ordinierte Aktionen fehlen, ist angesichts der hohen Prävalenz psychischer Störungen kein Ende dieser ne-gativen Entwicklung absehbar.

Literatur

Baer, N, Frick, U, Fasel, T. Dossieranalyse der Invalidisierungen aus psychischen Gründen: Typologisierung der Personen, ihrer Erkrank-ungen und Berentungsverläufe. Bern: Bundesamt für Sozialversi-cherungen; Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 6/09; 2009.

Baer, N, Frick U, Fasel, T, Wiedermann, W. «Schwierige» Mitarbeiter: Wahrnehmung und Bewältigung psychisch bedingter Problemsitua-tionen durch Vorgesetzte und Personalverantwortliche – eine Pilot-studie in Basel-Stadt und Basel-Landschaft. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen; Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungs-bericht Nr. 1/11; 2011.

OECD. Sick on the job: Myths and realities about mental health and work. Paris: OECD Publishing; 2012.

Zum Autor

Dr. Niklas Baer



Dr. Niklas Baer ist Psychologe und Leiter der Fachstelle für Psychiatrische Rehabilitation der Psychiatrie Baselland. Seit 1990 ist er in den Bereichen Re-habilitation, Arbeitsplatzertzerhalt, Lebensqualität und psychiat-rische Versorgungsplanung sowohl praktisch wie forschend tätig.

Das Meikirch-Modell und der Paradigmenwechsel in der Medizin

Johannes Bircher, Professor emeritus für Innere Medizin und Klinische Pharmakologie, Universität Bern

Die Kostenexplosion im Gesundheitswesen zwingt zum Umdenken. Statt am Machbaren sollte sich die medizinische Behandlung am Sinnvollen orientieren. Und sinnvoll ist, was der Gesundheit dient. Doch was ist Gesundheit? Wie kann ein gemeinsames Verständnis von Gesundheit entstehen? Fragen wie diese waren der Ausgangspunkt für die 10 Thesen zu Gesundheit und Medizin des «Meikirch-Modells»¹.

Die Medizin und das Gesundheitssystem verhalten sich wie komplexe adaptive Systeme.² Ein Beispiel für ein solches System ist der Wirbel in der Badewanne, wenn das Wasser ausläuft. Er bleibt so lange bestehen, als das Wasser mit Hilfe der Schwerkraft fließt. Weitere Ausflüsse in der Nähe des Ablaufes beeinträchtigen den Wirbel. Diese Beobachtung illustriert, dass die Ordnung im Wasser durch den Energiefluss bestimmt wird. In Analogie dazu ist die Ordnung im Gesundheitssystem nur mit Hilfe der Energieflüsse zu verstehen. Dabei ist der Wunsch der Menschen nach Gesundheit der Wichtigste. Positiv wirkt sich auch eine zielkonforme Motivation des Personals aus. Die Bedeutung des Geldes ist ambivalent. Störende Energieflüsse resultieren z.B. aus Moral Hazard und dem Shareholder Value der am Gesundheitssystem beteiligten Organisationen. Das Organisieren des Gesundheitssystems wird dadurch behindert, dass der Begriff der Gesundheit, d.h. die Beschreibung des wichtigsten Energieflusses, nicht definiert ist. Er wirkt als blinder Fleck und kann nach Opportunität interpretiert und missbraucht werden, wodurch störende Energieflüsse resultieren. Klärung des Begriffs der Gesundheit ist deshalb heute ein Gebot der Zeit.

1 Bircher, J./Wehkamp K.-H. (2011): Gesundheit und Medizin. 10 Thesen (Meikirch-Modell) Münster. Edition Octopus. www.psim.ch
2 Sturmberg, J.P. et al. (2010): Nonlinear Dynamics, Psychol Life Sci. 14(4): 525-40.

Das Meikirch-Modell, eine neue Definition der Gesundheit

Das Modell wird durch drei Faktoren bestimmt, die Anforderungen des Lebens, das biologisch gegebene Potenzial und das persönlich erworbene Potenzial.³ Die Anforderungen des Lebens sind biologisch begründet: Ernährung, Schutz vor Naturgewalten, Entsorgung, soziale Integration und Nachwuchs. Ihre Realisierung wird im Wesentlichen durch die Gesellschaft gestaltet. Deshalb ist die Gesellschaft für unsere Gesundheit derart wichtig. Unser biologisch gegebenes Potenzial resultiert aus dem genetischen Material sowie der Qualität der Schwangerschaft, erreicht bei der Geburt einen endlichen Wert und fällt bis zum Tod auf null ab (Abb. 1). Unser persönlich erworbenes Potenzial ist bei der Geburt klein, vergrößert sich dann rasch und kann sich das ganze Leben lang weiter entwickeln, sofern wir uns darum bemühen. Für die Gesundheit sind immer beide Potenziale miteinander zu berücksichtigen, wobei das persönlich erworbene Potenzial für Mängel des biologisch gegebenen Potenzials teilweise kompensieren kann. Somit ist ein Mensch gesund, wenn er mit Hilfe seiner beiden Potenziale in der Lage ist, die Anforderungen, die das Leben an ihn stellt, zu bewältigen. Genügen die Potenziale nicht, so ist er krank.

Wechselwirkungen zwischen den Potenzialen

Von besonderem Interesse sind die Beziehungen unter diesen drei Faktoren (Abb. 2). Vereinfacht ist in der Schweiz die Beziehung zwischen dem biologisch gegebenen Potenzial und der Gesellschaft eine Vertragsbeziehung, die Kranken-, Unfall- und Invalidenversicherung. Ihre Rahmenbedingungen werden vom Staat geregelt. Die Beziehung zwischen der Gesellschaft und dem persönlich erworbenen Potenzial ist komplizierter. Auf der Seite der Gesellschaft korreliert die Lebenserwartung mit dem Einkommen. Sie wird aber in erster Linie durch Autonomie und gesellschaftliche Partizipation bestimmt.⁴ Auf der Seite des Individuums wirken die Salutogenese von Antonovsky⁵ und die positive Psychologie von Seligman⁶. Die Letztere zeigt,

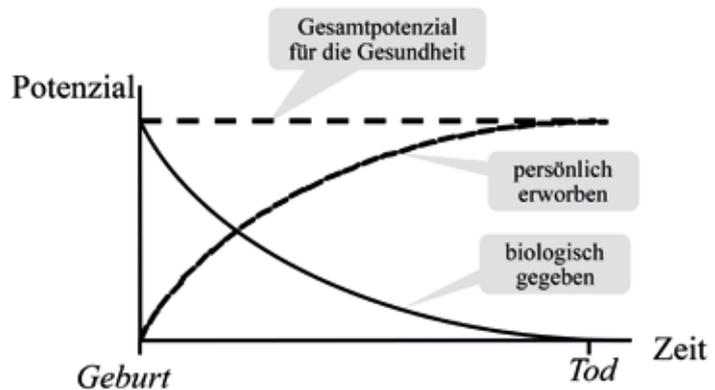
3 Bircher, J. (2005): Med Health Care Philos 8(3): 335-41. www.psim.ch

4 Marmot M: Social determinants of health. Oxford: Oxford Univ. Press, 2007.

5 Antonovsky, A. (1987) Unraveling the mystery of health – How people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

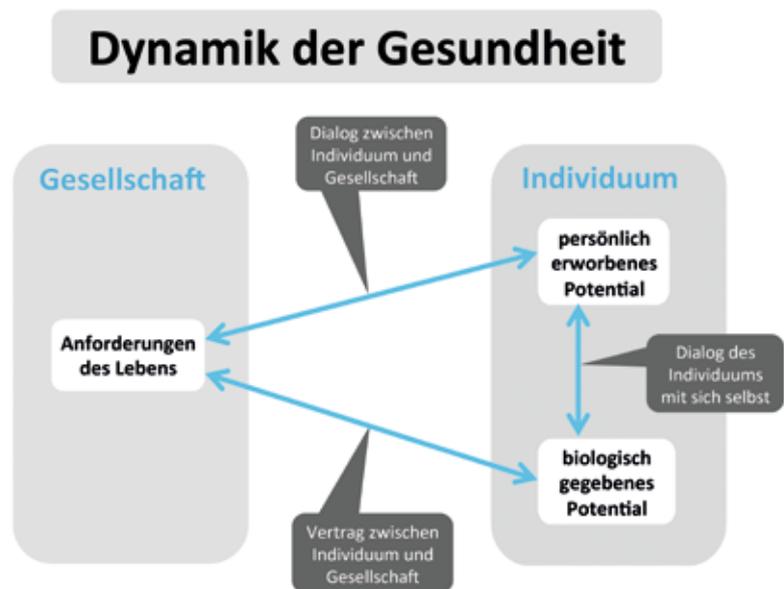
6 Seligman, M.E.P. (2011) Flourish. New York: Free Press, pp. 182-220.

Abb. 1: Idealierte Darstellung der beiden Potentiale (Ordinate) gegenüber der Zeit (Abszisse).



58

Abb. 2: Schematische Darstellung der Beziehungen zwischen den drei Faktoren der Gesundheit.



dass Menschen länger leben, wenn sie für jedes negative Gefühl mehr als drei positive Emotionen aufweisen. Somit leisten beide Seiten Wesentliches für die Beziehung zwischen Gesellschaft und persönlich erworbenem Potential. Sie ist deshalb am besten als sorgfältiger Dialog zu gestalten. Die Beziehung zwischen den beiden Potentialen, d.h. der Dialog des Individuums mit sich selbst, kann vereinfacht mit dem Bild von Pferd und Reiter ausgedrückt werden. Will der Reiter, dass ihm das Pferd gut dient, muss er für sein Pferd aufmerksam sorgen.

Der Paradigmenwechsel

Die Charakterisierung der Gesundheit mit Hilfe des Meikirch-Modells beseitigt den oben beschriebenen blinden Fleck. So kann die Gesundheit im Gesundheitssystem und in der Medizin zum zentralen Energiefluss gemacht werden. Das wird ihre Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit wesentlich verbessern.

Zum Autor



Prof. Dr. Johannes Bircher

Prof. Dr. Johannes Bircher wurde 1933 in Zürich geboren, studierte Medizin in Lausanne, München und Zürich, bildete sich weiter an der Mayo Clinic (USA) und dem Universitäts-spital Zürich. Er wurde an der Universität Bern habilitiert, leitete Betriebe in Addis Abeba, Göttingen, an der Universität Witten/Herdecke und im Inselspital in Bern. Er ist

Ehrenmitglied der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften.

Diagnostische Problematik psychischer Störungen

Daniel Hell, Leiter des Kompetenzzentrums
«Depression und Angst»

Diagnosen der somatischen Medizin gehen von körperlichen Symptomen (z.B. Rötungen) aus, die als Zeichen für eine körperliche Ursache schliessen lassen (z.B. Entzündung). Ein solcher Schluss ist unproblematisch, weil er von Körperlichem auf Körperliches schliesst und somit innerhalb der gleichen Systemebene verbleibt. Anders die Psychiatrie. Sie versteht sich zwar auch als medizinisches Fachgebiet, beschäftigt sich aber hauptsächlich mit psychischen Symptomen (z.B. Niedergeschlagenheit). Demzufolge hat sie die Systemebene zu wechseln, wenn sie nach dem medizinischen Modell von psychischen Phänomenen auf Gehirnkrankheiten schliessen will.

Psychische Phänomene sind von aussen – aus der Perspektive der dritten Person, die die medizinische Diagnostik bestimmt – nicht direkt einsehbar. Wenn ein Patient über seine Befindlichkeit berichtet, macht er dies mit Hilfe symbolischer Zeichen. Diese bedürfen, im Gegensatz zu indexikalischen, der Interpretation in einem umfassenden kulturellen Kontext. So kann der eine Patient mit dem gleichen Wort (etwa «Desinteresse») etwas anderes ausdrücken wollen als ein anderer. Diese epistemischen Probleme erklären ein grosses Stück weit, weshalb die psychiatrische Diagnostik in den letzten Jahrzehnten eingreifende Umwälzungen erfahren hat, ohne dass letztlich eine allseits befriedigende Lösung gefunden wurde.

Diagnostische Umwälzung

Bis 1980 folgte die psychiatrische Diagnostik im Wesentlichen einer idealtypischen Charakterisierung bestimmter Problemfelder. So wurde nach dem Lebensmuster idealtypisch eine endogene von einer psychogenen Depression unterschieden oder eine manisch-depressive Krankheit von einer Schizophrenie abgegrenzt. Es zeigte sich aber, dass solche idealtypischen Charakterisierungen keine ausreichende Übereinstimmung zwischen verschiedenen diagnosti-

zierenden Ärzten ermöglichten. So ergab eine britisch-amerikanische Studie, dass Psychiater in England und den USA in ihren diagnostischen Schlüssen stark voneinander abwichen, sogar bei der Diagnostizierung ein und desselben Patienten mittels Videoaufzeichnungen. Diese und andere Ungereimtheiten – wie die Diagnostizierung gesunder Pseudopatients als schizophran in der Rosenhan-Studie – trug ab 1980 im Manual der Amerikanischen Gesellschaft für Psychiatrie (DSM-III) – und später im Manual der WHO (ICD-10) – zu einer diagnostischen Umwälzung bei. Es wurde eine symptomorientierte Diagnostik eingeführt.

Diagnosevalidität wird weiterhin angezweifelt

Mit der Reduzierung der diagnostischen Kriterien auf einzelne Symptome ohne Berücksichtigung des phänomenologischen Erlebensstypus und des Lebenskontextes konnte die Interrater-Reliabilität deutlich erhöht werden. Allerdings führte diese symptomorientierte Vorgehensweise, die Patienten nach oberflächlichen Ähnlichkeiten gruppiert und individuelle Unterschiede ignoriert, trotz grösster Forschungsanstrengungen in den letzten dreissig Jahren nicht wie erhofft dazu, biologische Marker für die häufigsten psychischen Störungen zu finden. Auch im aktuellen DSM-5 beruht die Diagnose weitgehend auf Symptomlisten ohne nachweislichen Zusammenhang mit neurobiologischen Veränderungen im Einzelfall. Zudem stellt sich immer dringender die Frage, ob mit den gewählten Symptomkriterien die Validität bzw. Einheitlichkeit einer Störung nicht verfehlt wird, umso mehr, als dieses diagnostische Vorgehen zu eigentlichen Epidemien bestimmter Diagnosen (wie depressiver Episoden, Autismus, bipolarer Störungen bei Kindern) geführt hat.

Funktionsstörung des Gehirns als Ursprung

Deshalb tendiert heute ein wichtiger Teil der biologischen Forschung dazu, nicht mehr von psychischen Symptomkonstellationen auf Störungen des Gehirns

60

zu schliessen, sondern umgekehrt von umschriebenen Funktionsstörungen bestimmter Gehirnareale auszugehen und deren psychische Konsequenzen zu erforschen. Ähnliches gilt für die Stressforschung, bei der umschriebene soziale Belastungssituationen auf ihre psychischen Konsequenzen hin untersucht werden. Aber auch diese Vorgehensweisen schliessen einen systemischen Sprung von der Dritt- zur Erstpersonperspektive ein. Der damit zusammenhängenden Gefahr von Kategorienfehlern gilt es bewusst zu bleiben.

(Eine vertiefte Diskussion findet sich in D. Hell «Krankheit als seelische Herausforderung», Schwabe 2013, und in «Seelenhunger» Huber 2003).

Zum Autor

Prof. Dr. med. Daniel Hell



Prof. Dr. med. Daniel Hell war bis Anfang 2009 Direktor an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich und Ordentlicher Professor für Klinische Psychiatrie der Universität Zürich. Heute

ist er Leiter des Kompetenzzentrums «Depression und Angst» an der Privatklinik Hoheneegg in Meilen/ZH. Er hat sich wissenschaftlich vor allem mit Depressionen und anderen emotionalen Problemfeldern beschäftigt. Seine Sach- und Fachbücher sind teilweise in acht Sprachen übersetzt worden.

Interdisziplinäres Forschungsprojekt: «Life (Beyond) Writing: Illness Narratives»

Franziska Gyga, Miriam A. Locher, Regula Koenig und Victoria Tischler

Am mehrjährigen interdisziplinären SNF-Forschungsprojekt des Englischen Seminars der Universität Basel zu «Illness Narratives» sind ForscherInnen aus den Disziplinen Literaturwissenschaft, Linguistik, Medizin (Psychosomatik) und Psychologie beteiligt und erforschen Funktionen und Wirkungen des Narrativen in einem medizinischen Kontext.

Zum einen werden autobiografische Krankheitserzählungen von englischsprachigen SchriftstellerInnen im Hinblick auf kulturelle und soziale Krankheitskonstruktionen untersucht und wird Fragen nachgegangen, welche Art von Selbstpräsentation die erkrankten AutorInnen wählen. Der linguistische Teil analysiert sogenannte «Reflective Writing Texts» von Medizinstudierenden im zweiten oder vierten Studienjahr in Nottingham (UK) und in Basel, die während eines Praktikums eine Patientenbegegnung in Hinblick auf Kommunikationsstrategien dokumentieren. Auch hier werden linguistische Fragestellung wie Genrezugehörigkeit des Texttyps oder Selbstpräsentation der Studierenden und die sprachliche Darstellung der PatientInnen im Text untersucht. Die Resultate aus beiden Forschungsbereichen wurden diskutiert und Aspekte wie z.B. Identitätskonstruktionen von Patient/Autobiograf und angehender Ärztin miteinander verglichen (Gyga/Koenig/Locher 2012).

Narrative Texte in der medizinischen Ausbildung

Neben diesen sprach- und literaturwissenschaftlichen Zielen soll die Analyse der Texte aus beiden Teilprojekten auch dem Unterricht in den Medical Humanities zugute kommen. Die Resultate wurden mit Prof. Alexander Kiss (Basel) und Prof. Victoria Tischler (Nottingham, UK) diskutiert, die u.a. im Bereich des Kommunikationstrainings für Medizinstudierende arbeiten, mit dem Ziel, die Medizinstudierenden für die narrativen Eigenheiten des medizinischen Alltags und den Wert von regelmässigem reflektierendem Schreiben zu sen-

sibilisieren. Im Subprojekt Literatur wurden verschiedene Themen erarbeitet, so z.B. wurde untersucht, mit welchen sprachlichen Mitteln (z.B. Metaphern) körperlicher Schmerz beschrieben wurde. Ausgewählte Texte von Prof. Tischlers Medizinstudierenden wurden danach ebenfalls auf diese sprachlichen Mittel hin untersucht und die Vergleiche diskutiert. Als Resultat kann Prof. Tischler den Medizinstudierenden bewusst machen, welche Wirkung bestimmte sprachliche Mittel auslösen. Für die Reflective-Writing-Texte wurden u.a. die Themen eruiert, über die die Studierenden schreiben (z.B. die Rolle von Empathie, der Umgang mit speziellen Krankheiten wie Depression oder mit Emotionen sowohl der PatientInnen wie der Studierenden). Ausgesuchte Texte können in der Lehre zur Verfügung gestellt werden, um die Wichtigkeit von reflektierendem Schreiben als berufsbegleitender Praxis zu illustrieren oder um gewisse Themenbereiche «bottom-up» im Unterricht aufzunehmen.

Bestandteil der Medical Humanities

Dieser interdisziplinäre Ansatz zeichnet die Medical Humanities aus, die nebst den Geisteswissenschaften auch die Sozialwissenschaften und die Kunst (Literatur, Theater, Film und bildende Künste) mit einschliessen und ihre Anwendung in der medizinischen Ausbildung und Praxis zum Ziel haben. Der interdisziplinäre Dialog ist dabei sine qua non und wurde an der Konferenz «Narrative Matters in Literature, Linguistics, Psychology, and Medicine» vom 15. April 2013 in Basel eindrücklich durch die Teilnehmenden aus den genannten Disziplinen demonstriert.

Zu den Autorinnen



Franziska Gygax

Franziska Gygax ist Professorin für Amerikanistik am Englischen Seminar der Universität Basel. Ihre Forschungsschwerpunkte umfassen Autobiografie, «Literatur und Medizin» sowie amerikanische modernistische Literatur.



Miriam A. Locher

Miriam A. Locher ist Professorin für die Sprachwissenschaft des Englischen an der Universität Basel. Ihre Forschungsschwerpunkte beinhalten Interpersonal Pragmatics, (Un)Höflichkeit, Internetsprache und Kommunikation im Gesundheitswesen.



Regula Koenig

Regula Koenig arbeitet als Doktorandin im Projekt und stellt ihre Resultate an zahlreichen sprachwissenschaftlichen Konferenzen und Workshops vor.



Victoria Tischler

Victoria Tischler ist Associate Professor an der University of Nottingham und zeichnet verantwortlich für das Kommunikationstraining für Medizinstudierende. Ihr Forschungsschwerpunkt ist das Spannungsverhältnis zwischen Kunst und Krankheit aus psychologischer Perspektive.

Literatur

Gygax F., Koenig R., & Locher M.A. (2012), Moving across disciplines and genres: Reading identity in illness narratives and reflective writing texts, in: R. Ahmed & B. Bates (ed.), *Medical Communication in Clinical Contexts*, Kendall Hunt, Dubuque, 17–35.

Weitere Informationen

Informationen zum Projekt: <http://illness-narratives.unibas.ch/>