

Phänomenologische
und psychopathologische
Aspekte in der Diabetologie

Alexander Risse

Phänomenologische und psychopathologische Aspekte in der Diabetologie



Walter de Gruyter
Berlin · New York 1998

Dr. Alexander Risse
Städt. Kliniken Dortmund
Münsterstr. 240
44145 Dortmund

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

Risse, Alexander:

Phänomenologische und psychopathologische Aspekte in
der Diabetologie / Alexander Risse. – Berlin ; New York :
de Gruyter, 1998

ISBN 3-11-015911-2

© Copyright 1997 by Walter de Gruyter & Co., D-10785 Berlin.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Der Verlag hat für die Wiedergabe aller in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen etc.) mit Autoren und Herausgebern große Mühe darauf verwandt, diese Angaben genau entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abzudrucken. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen und dergleichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, daß solche Namen ohne weiteres von jedermann benutzt werden dürfen. Vielmehr handelt es sich häufig um gesetzlich geschützte, eingetragene Warenzeichen, auch wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

Konvertierung: Arthur Collignon GmbH, Berlin – Druck: Gerike GmbH, Berlin – Buchbinderische Verarbeitung: Lüderitz & Bauer, Berlin – Umschlagentwurf: Rudolf Hübler, Berlin.
Printed in Germany.

Vorwort

Seit Pierre Duhem und Thomas Kuhn wissen wir, daß jeder experimentelle Befund mit jeder erklärenden Theorie durch zusätzliche Annahmen in Übereinstimmung gebracht werden kann. Der Charme der Naturwissenschaft besteht nicht in zwingenden Einsichten, sondern in der weitgespannten Vernetzung von Methoden und Theorien, die sich gegenseitig stützen und vorwärtstreiben, indem sie uns durch Prognosen und die davon geleitete Technik garantierte Spielräume der Voraussicht und gewaltige Wirkungsmöglichkeiten schenken. Je mehr dieses ungeheure Gebäude aus Gedanken und technischer Praxis in Staunen und schwindelerregende Höhe wächst, desto stärker drängt sich die Frage auf, auf welchen Fundamenten in der Lebenserfahrung es ruht. Ganz einfach lautet diese Frage so: Was muß ich gelten lassen? Das naturwissenschaftliche Objektivitätsideal ist das des beliebig übertragbaren Vor- und Nachmachenkönnens von Messungen mit intermomentan und intersubjektiv übereinstimmendem Resultat; es ist erkaufte durch den Reduktionismus, die Welt bis auf solche Merkmale abzuschleifen, die sich zuverlässig intermomentan und intersubjektiv identifizieren, quantifizieren und manipulieren (d. h. in einer einzigen Dimension selektiv variieren) lassen. Die Physik krankt daran, daß ihr Grundbegriff, die Kraft, nicht dazu gehört. Dies ist ein Beispiel für die Tragik der Naturwissenschaft, daß sie von einer schmalen, konstruktiv verengten Basis aus mit ungeheurem intellektuellem Aufwand wie mit Kränen ins Leben hineingreifen muß, um rekonstruierend das aufzufangen, was auf dieser Basis keinen Platz hat.

Dem naturwissenschaftlichen Objektivitätsideal steht das phänomenologische gegenüber. Es richtet sich nach der Frage: Was muß ich gelten lassen? Was sind die mir jeweils unhintergehbaren, nicht im Ernst bestreitbaren Hypothesen? Diese Frage richtet sich auf die Fundamente intellektueller Konstruktionen in der Lebenserfahrung, die nun nicht methodisch verkürzt werden soll; der Preis dafür ist der Verzicht auf das beliebig übertragbare Vor- und Nachmachenkönnen, also auf die Garantie intermomentaner und intersubjektiver Invarianz der Ergebnisse. Die intersubjektive Übereinstimmung ist für den Phänomenologen nur ein heuristisches Regulativ; seine Kompetenz ist einerseits die kritische der Eingrenzung intellektueller Willkür, der Abwehr von Scheinproblemen, andererseits und fast noch mehr die inventorisches der Aufdeckung von Zusammenhängen, die durch die Blickschienen konstruktiver

Methoden und Theorien, aber auch der diesen zu Grunde liegenden, die Lebenserfahrung filternden Einstellungen und Konzeptionen verdeckt und zerrissen werden.

Der erste entschlossene Phänomenologe war Hume mit dem Programm, zu jeder *idea* (jedem gedanklichen Konstrukt) die zugehörige *impression* (den unwillkürlichen Eindruck) zu suchen und, wenn sich keine finden läßt, die *idea* als ungedeckten Wechsel zu Protest gehen zu lassen. Die Zurückführung der gesamten Philosophie auf Phänomenologie versuchte seit 1900 Edmund Husserl, der sich aber leider, statt an den Skeptiker Hume, an Descartes, den spekulativen Vorreiter der konstruktiven und reduktionistischen Naturwissenschaft, und an die transzendental-idealistische Konstitutionstheorie von Kant und Fichte angeschlossen, so daß die Phänomenologie mit der tragikomischen Verkehrung begann, vorgeblich „zu den Sachen selbst“ zu streben, tatsächlich aber die Lebenserfahrung mit dem Ballast der spekulativen und konstruktiven Tradition zuzuschütten. Kant und Husserl wollen uns eine Konstitution der Gegenstandswelt vorführen, die von einem Subjekt über Bewußtsein durch Synthesen oder intentionale Akte geleistet wird; dabei ist dieses Subjekt von vornherein mit einem so stattlichen Apparat von Vermögen ausgerüstet, daß man sich umsonst fragt, warum überhaupt noch etwas konstituiert werden muß, wenn jemand gleich so fertig dasteht. Sie erzählen uns vom Einzelnen, vom (angeblich) Wirklichen und Tatsächlichen in vielen Gestalten, ohne daran zu denken, daß Einzelheit, Wirklichkeit, Tatsächlichkeit sich nicht von selbst verstehen, sondern sich in unserer Lebenserfahrung aus den tiefen Wurzeln des elementar-leiblichen und affektiven Betroffenseins, das wir mit den Tieren teilen, durch Vergegenständlichung erst herausringen. Die wahre Konstitution ist in diesem Sinn die Entfaltung der primitiven Gegenwart (um es kurzerhand in meiner Sprache, die ich hier nicht erläutern kann, zu sagen).

Nach dem falschen Ansatz der Phänomenologie bei Husserl, der blitzartig erhellenden, aber unreif abgerissenen und durch artistische Mystifikation verdunkelten Korrektur durch Heidegger und den zu glatt und bequem vermittelnden Formulierungen Merleau-Pontys hat die Neue Phänomenologie die Aufgabe übernommen, die menschliche Lebenserfahrung im Spielraum zwischen Betroffenheit und Vergegenständlichung nach allen Seiten auszuleuchten. Bei der Prägung der dominanten Intellektualkultur in der zweiten Hälfte des fünften vorchristlichen Jahrhunderts sind zwei Hauptmassen dieser Erfahrung aus dem Gesichtskreis verdrängt worden: der spürbare Leib und die Situationen. Das Wesentliche am neophänomenologischen Situationskonzept ist die These, daß Bedeutsamkeit primär ist und nicht auf bedeutungslose Daten projiziert wird, so daß an die Stelle einer Sinnlichkeit, die vom Verstand synthetisch überformt würde, binnendiffuse, durch Sachverhalte, Programme und

Probleme bedeutsame Ganzheiten treten, die sich dem Verstand zur Explikation anbieten. In den Situationen sind Gefühle als räumlich ergossene Atmosphären gleichsam aufgehängt; was hier „räumlich“ heißt, wird durch eine differenzierte Phänomenologie der Räumlichkeit aufgeklärt, der eine entsprechende für die Zeit zur Seite steht. Zwischen dem Leib und den Situationen schlägt leibliche Kommunikation als Grundform der Wahrnehmung und aller sozialen Kontakte die Brücke. Die Subjektivität wird aus der Regionalisierung (als Innenwelt eines Subjektes, z. B. Seele) befreit und auf die Subjektivität von Tatsachen zurückgeführt, die ursprünglich ebenso auf jemand „zugeschnitten“ sind, wie Wünsche als Programme, Sorgen als Probleme in eigener Sache; dabei muß man sich durch genaue Klärung der Sachlage der Verführung durch die Sprache entziehen, die gleich eine Subjekt-Sache postulieren läßt, wenn von „jemand“ die Rede ist. Das sind einige Leitmotive der Neuen Phänomenologie.

Die Neue Phänomenologie ist dazu bestimmt, der Verzerrung der Lebenserfahrung durch konstruktives Denken entgegenzuwirken, ohne dem konstruktiven Denken der Naturwissenschaft, sofern es sich auf die Bahnung der prognostischen Orientierung für menschliches Erwarten und technische Praxis beschränkt, seine enorme Wichtigkeit zu bestreiten. Beide Bedürfnisse, das nach begreifender Sensibilität für die Lebenserfahrung und das nach quantitativ exakter Prognose und Manipulation, stoßen in der medizinischen Prophylaxe, Diagnose und Therapie zusammen, und es ist das höchste Interesse der Neuen Phänomenologie, dem menschlichen Lebenkönnen darin zu helfen, daß es diese Spannung aushält und die richtige Mitte, die aristotelische Mesotes, findet. Die nachstehend abgedruckten Abhandlungen von Alexander Risse sind mutige und verheißungsvolle Schritte in dieser Richtung. Ich begleite sie mit der lebhaften Hoffnung, daß es ihnen gelingen möge, dafür das Verständnis zu wecken und zu vertiefen, daß wir mit ebenso scharfen wie geschmeidigen Begriffen auch das ins Licht der Besinnung heben können, woraus wir unser Lebenkönnen und Lebenwollen schöpfen, was aber in den positiven Wissenschaften im Interesse allseits exakter quantitativer Reproduzierbarkeit bisher ausgeblendet worden ist.

Hermann Schmitz

Inhalt

Einleitung	1
Die Bedeutung der Psychopathologie und dynamischen Psychiatrie für die Behandlung von Patienten mit Diabetes mellitus	7
1 Besonderheiten der Therapie chronisch Kranker	7
2 Definitionen	8
2.1 Psychopathologie	8
2.1.1 Der psychopathologische Befund	9
2.1.2 Der Psychopathiebegriff	12
2.2 Psychoanalytische Zugänge und Psychotherapie	13
2.2.1 Differenzierung des Psychopathiebegriffs unter genetischen und dynamischen Gesichtspunkten: die Charakterstruktur/ Charakterpathologie	13
2.2.2 Symptomneurose – Charakterneurose – neurotischer Charakter	16
2.2.3 Einige psychoanalytische und erkenntnistheoretische Fachbegriffe, die zur weiteren Problematisierung notwendig sind . .	17
2.2.3.1 Übertragung – Gegenübertragung	17
2.2.3.2 Agieren	18
2.2.3.3 Kollusion	18
2.2.3.4 Abwehrmechanismen des Ich	19
2.2.3.5 Denkstilgebundene Gestaltwahrnehmung	20
2.2.3.6 Wissenschaftliches Paradigma	21
2.2.3.7 Self-fulfilling prophecy	22
2.3 Psychologie	22
3 Dimensionen diabetologischer Therapie unter psychopathologischen und psychotherapeutischen Gesichtspunkten	23
3.1 Der Patient	23
3.2 Der Arzt/das Behandlungsteam	25
3.3 Die Interaktion	25
3.3.1 Interaktion zwischen Arzt und Patient	27
3.3.2 Interaktion im Team	27
3.3.3 Interaktion zwischen den Ärzten verschiedener Fachgruppen	28

4	Psychopathologisch bedingte Grenzen somatologischer Interventionen	29
4.1	Der „schwierige“ Patient: „mangelnde Compliance“ (Raucher, Dicke und andere „Psychopathen“)	29
4.2	Das chronische, hirnorganische Psychosyndrom	31
4.3	Endogene Psychosen: Schizophrenie und endogene Depression als Störgrößen somatologischer Therapie	34
4.4	Münchhausen- versus Artefaktsyndrom	35
5	Schlußfolgerungen	37
6	„Idealer“ Therapeut und „idealer“ Patient	38
	Literatur	39

Phänomenologie und Diabetologie 42

1	Philosophie, Phänomenologie und Neue Phänomenologie . .	42
2	Was ist Diabetologie?	43
3	Nosologie des Diabetes mellitus	44
4	Schwierigkeiten der Klassifikation	45
5	Besonderheiten im Umgang mit chronisch Kranken	46
6	Patientenschulung als Grundvoraussetzung der Diabetes-therapie	48
7	Instabile Mannigfaltigkeit als wesentliches Problem der Diabetestherapie	49
8	Einleibung statt „Patientenschulung“	51
9	Organisationsstrukturen im Allgemeinkrankenhaus im phänomenologischen Paradigma	52
10	Folgekomplikationen des Diabetes mellitus	54
11	Das diabetische Fuß-Syndrom	55
11.1	Problemstellung	56
11.2	Körpermaschine mit Bewußtsein versus Leiblichkeit	57
11.3	Konstanter Leibesinselschwund als Ursache des Therapieversagens auf der Ebene des Ortsraumes	60
11.3.1	Der Leib und die Kategorialanalyse der Leiblichkeit	60
11.3.2	Aufweis der Leiblichkeit an Phantomgliederlebnissen	61
11.3.3	Unkontaminierte Leiblichkeit: die Inselstruktur des körperlichen Leibes	62
11.4	Phänomenologie als therapeutische Option beim diabetischen Fuß-Syndrom	64
11.4.1	Konstitution und Selbstverständnis des Subjekts durch Leibesinseln	64

11.4.2	„Leibesinselschwund“ durch diabetische Polyneuropathie . .	65
11.4.2.1	Verlust der Warnfunktion des Schmerzes mit entsprechendem Ausbleiben personaler Regression durch Schmerz	66
11.4.2.2	Änderung der leiblichen Ökonomie durch konstanten Leibes- inselschwund bei diabetischer Polyneuropathie	66
11.4.2.3	Mißverständnis zwischen Arzt und DFS-Patient durch unter- schiedliche leibliche Ökonomie	67
11.4.2.4	Mißerfolg rein kognitiver Schulungsprogramme zum DFS ohne Berücksichtigung der spezifischen leiblichen Ökonomie des DFS-Patienten	68
11.4.3.	Therapeutische Ansätze unter Berücksichtigung des diabetes- bedingten Leibesinselschwundes	68
11.4.3.1	Introspektion: der Therapeut im Kontakt mit seinen eigenen Füßen	68
11.4.3.2	Arzt-Patient-Beziehung: patientengerechte Kommunikation durch ärztliche Kenntnis eigener Leiblichkeit	69
11.4.3.3	Schulung: Primär-, Sekundär- und Tertiärprophylaxe unter Berücksichtigung der Leibesinseldynamik	69
11.4.3.4	Leibesinselbildung trotz diabetischer Polyneuropathie?	70
11.5	Zusammenfassung	70
12	Das wissenschaftliche und klinische Setting der Diabetologie	71
13	Phänomenologische Diabetologie in der Praxis	73
13.1	Ist und Soll	73
13.1.1	Ist	73
13.1.2	Wissenschaftstheoretische und erkenntnistheoretische Bemer- kungen zum medizinischen Diskurs: Was ist medizinische (diabetologische) Wahrheit?	75
13.1.2.1	Probleme der Annäherung an die Wahrheit durch operationa- lisierte, quantifizierbare Daten	75
13.1.2.2	Problematik wissenschaftlicher Aussagen in Bezug auf Prä- vention, Prophylaxe und „Life-Style“	75
13.1.3	Soll	76
13.2	Praktische Maßnahmen	78
13.2.1	Die „therapeutische Gemeinschaft“ in der Diabetologie . . .	78
13.2.2	Die Etablierung praktischer Diabetologie im Akutkranken- haus	79
13.2.3.	Die Rolle des diabetischen Fuß-Syndroms für die Propagie- rung der Neuen Phänomenologie	79
13.2.4	Neue Phänomenologie im Perzeptionshorizont der Diabetolo- gie	80

13.2.5	Entwurf einer praktischen Synthese von Neuer Phänomenologie und Diabetologie am Beispiel der Phänomenologie der diabetischen Polyneuropathie und des diabetischen Fuß-Syndroms	80
14	Zusammenfassung: Diabetologie und Phänomenologie (Denkstilgerichtete Wahrnehmungsverarmung versus vollere Realität)	81
	Literatur	82
	Liebe, Cohabitation und moderne Sexualwissenschaft	87
1	Die Liebe	92
1.1	Conditio humana der abendländischen Intellektualkultur: Selbstermächtigung über die unwillkürlichen Regungen	92
1.2	Existentielle Sinnerfahrung: Verankerung im Jetzt, Projektionen in die Zukunft und Sofort-Substitute	93
1.3	Personale Regression als Möglichkeit, seinem Schicksal als Hagestolz zu entgehen	94
1.4	Das Göttliche	94
1.5	Liebe als gemeinsame Situation: dialektische versus koinionistische Liebesauffassung	94
1.6	Psychoanalytische Deutung	95
2	Verliebtsein: Stadien der Liebe	97
3	Das Göttliche: Gott – Götter – Greta Garbo	100
4	Störungen der Liebesfähigkeit	104
4.1	Einsickern in den Hintergrund der jeweiligen Programme, Probleme und Sachverhalte	104
4.2	Charakterkonstellationen mit Störungen der Liebesfähigkeit	105
5	Die Kohabitation	106
5.1	Liebe und Leib, Liebe und Wollust, Wollust	107
5.2	Der Ablauf der geschlechtlichen Ekstase	108
6	Funktion/Aufgabe der Sexualwissenschaft	110
6.1	Klassifikation der Kohabitationsstörungen	112
6.2	Bedeutung des Symptoms im psychoanalytischen Zusammenhang	114
6.3	Wiederherstellung der technischen Fähigkeiten	117
7	Aufgaben und Grenzen des Diabetologen	118
7.1	Empathie als Grundlage der Erfassungsmöglichkeit	118
7.2	Behandlungskompetenz	119
7.3	Bewußtsein eigener Verletzlichkeit und (Denk-/Akzeptanz-) Grenzen	119

7.4	Bewußte Beschränkung der Intervention	119
7.5	Das Problem der weiblichen Funktionsstörungen	120
7.6	Einfache diagnostische Maßnahmen ohne apparativen Aufwand	121
	Literatur	122

Adiposologie – eine Streitschrift

Phänomenologische, interaktive und reduktionistische Aspekte

der Adipositas	126
--------------------------	-----

1	Einleitung	126
2	Der Problemgegenstand des Diabetologen	128
2.1	Quantifizierende Zugänge zum Adipositasproblem	128
2.2	Der Therapieanspruch der Diabetologie	129
2.3	Die Wirklichkeit des Diabetologen	132
3	Protopathische Adiposologie und Anthropologie	133
4	Genese	135
4.1	Reduktionistische Thesen zur Genese der Adipositas	135
4.2	Psychoanalytische Modelle der Adipositasgenese	137
4.3	Zusammenfassung	140
5	Therapie	140
5.1	Reduktionistische Therapieansätze	141
5.2	Psychoanalytische Modelle	142
5.3	Diabetologischer Anspruch	143
6	Therapeutische Realität der praktischen Diabetologen (und Haltungen zum Diätproblem)	145
6.1	Diabetologische Realität und semantisches Feld	145
6.1.1	Habituellem diabetologischem Sprachgebrauch	145
6.1.2	Offizieller Sprachgebrauch deutscher Diabetologie: affektives Agieren statt Besonnenheit	146
6.1.3	Weitere Anmerkungen zum „Diät“-Problem: nicht einzuhaltende Therapieoptionen	147
6.1.3.1	Die Tragik der Deutschen Gesellschaft für Ernährung	147
6.1.3.2	Schuldzuweisungen an den Patienten	147
6.1.3.3	Verzerrungen der Beratung [Pudel]	148
6.2	Die „Diät-Spirale“ [Siebolds] als Zentralproblem der Ernährungsberatung	149
6.3	Ärztliche Reaktionen auf das Diätversagen: Gegenaggression	150
7	Deutungsversuche der Frustration	151
8	Neo-phänomenologische Deutung des gesteigerten Nahrungsappetits	153

9	Alternativen?	156
9.1	„Beratung“ statt „Führung“	158
9.2	Diabetiker-Gruppensprechstunde [Siebolds]	159
10	Konkrete Adiposologie für somatologische Diabetologen . . .	160
11	Synopsis	161

Anhang 1

Reduktionistische Deutungsmodelle der Adipositasgenese . .	163
--	-----

Anhang 2

Reduktionistische Therapieansätze	168
---	-----

Literatur	171
---------------------	-----

Naturwissenschaften versus „gesunder Menschenverstand“

oder:

Wie gelangt die Diabetologie von Sachverhalten zu Tatsachen?	175
--	-----

1	Einleitung	175
2	Ontologische Grundlagen und klassische Vorurteile der Erkenntnistheorie	177
3	Der „gesunde Menschenverstand“ als Korrektiv des panmatischen Aktionismus?	183
3.1	Der diabetologische Diskurs	183
3.2	Notwendige Begrifflichkeiten zur Definition des „gesunden Menschenverstandes“	186
3.2.1	Der Gegenstand und das Problem der naturwissenschaftlichen Vergegenständlichungsweise	187
3.2.2	Das Alltagsbewußtsein	191
3.3	Der „gesunde Menschenverstand“	193
4	Zusammenfassung	194
	Literatur	196

Einleitung

Diabetologie als medizinische Disziplin unterliegt – wie andere Fachdisziplinen – Einflüssen und Zwängen, die die im praktischen Alltag von Klinik und Forschung Tätigen nicht immer wahrzunehmen in der Lage sind. Die etablierte und gewohnte Umgangsweise mit Patienten, Kollegen und klinischen wie wissenschaftlichen Fragestellungen verhindert alternative, den Denkstil der betreffenden Gruppe hinterfragende Denkansätze. Zirkelschlüsse in wieder und wieder geführten Diskussionen mit erheblichem Reibungsverlust sind hierdurch fixiert. Insbesondere die Teilnehmer am wissenschaftlichen Diskurs erinnern an Versuchstiere, die durch Erhöhung ihrer Laufgeschwindigkeit (bei zunehmender Erschöpfung) versuchen, das Laufrad zu verlassen. In der von einem anerkannten diabetologischen Forscher z. B. noch in 1997 geäußerten Meinung, der diabetologische Diskurs sei Privatsache der Forscher („Über Wissenschaft sollten die reden, die auch Wissenschaft betreiben und nicht die, die nur darüber reden“ [Prof. Federlin]), wird diese Problematik zumindest offiziell betont. Klinisch-praktisch arbeitende Kollegen hingegen werden überwältigt von Interessenskonflikten und in den letzten Jahren härter werdenden Verteilungskämpfen, die eine Besinnung auf die Grundlagen und außermedizinischen Einflußgrößen ärztlichen Handelns verhindern. Der Patient droht hierbei aus dem Zentrum des Interesses verloren zu gehen.

Möglicherweise können bereits vorhandene Ergebnisse aus anderen Wissensgebieten helfen, Probleme in der Diabetologie einer Lösung näher zu bringen. Hierzu soll der vorliegende Band einen Beitrag leisten. Die nachfolgenden Artikel fassen das Wissen aus wenigen dieser anderen Forschungsgebiete zusammen und versuchen eine erste Anwendung auf die Diabetologie.

Die Ebenen der Betrachtung umfassen:

1. Psychopathologie und Psychodynamik,
2. Philosophie mit
 - 2.1. Erkenntnis- und Wissenschaftstheorie,
 - 2.2. Neuer Phänomenologie

und beschreiben diabetologische Mechanismen – z. B. der Arzt-Patient-Interaktion, der sog. „wissenschaftlichen Diskussion“ – und Probleme (insbes. das Diabetische Fuß-Syndrom [Reike] oder das Problem des Übergewichtes) mit dem je eigenen Begriffsinstrumentarium. Dem geeigneten Diabetologen

wird es hiermit idealerweise möglich, sich selbst und seine Arbeit „von außen“ zu betrachten, manchem – so ist zu hoffen – sein Laufrad sogar zu verlassen.

Die Präsentation und Verbreitung philosophischen und psychiatrischen Wissens innerhalb der Diabetologie geht zurück auf die Idee und andauernde Stimulation des Präsidenten der Deutschen Diabetes Gesellschaft im Jahr 2000, Dr. Renner, der 1987 als erster die Bedeutung einer Integration dieser Fachgebiete in die Diabetologie gesehen hat. Durch unermüdliche Stützung hat er mir geholfen, diese Arbeit weiter zu verfolgen, und mir die notwendigen Foren zur Darstellung und Diskussion meiner Ergebnisse geöffnet. Hierfür mein besonderer, tiefer Dank.

Professor Angelkort, mein Chef, hat die Entwicklung und insbesondere die Umsetzung des vorgestellten Gedankenguts, das tief in die Klinikstruktur eingegriffen hat, nicht nur angstfrei ertragen (als Zeichen seiner Ich-Stärke), sondern zusätzlich meine Arbeit wesentlich gefördert, indem er über all die Jahre eine empathische und herrschaftsfreie Diskussion sichergestellt hat. Hierzu gehörte auch das Eintreten gegenüber Fachkollegen, die – beunruhigt über die Thesen – versucht haben, unter Ausnutzung des hierarchischen Gefälles, die Verbreitung der hier vorgestellten Arbeiten zu verhindern. Ihm an dieser Stelle ebenfalls herzlichen Dank in der Hoffnung auf eine möglichst lange weitere Zusammenarbeit.

Herr Dr. Reike hat von Anfang an die phänomenologische Arbeit gestützt und mir in permanenter Diskussion zur Schärfung meiner Gedanken verholfen. Auch bei zunehmender Reputation als Spezialist in der Behandlung des diabetischen Fuß-Syndroms hat er für eine kontinuierliche Integration kategorialer Problematisierungen der somatologischen Positionen und hiermit für die Verbreitung neo-phänomenologischer Betrachtungsweisen des diabetischen Fuß-Syndroms bei seiner größer werdenden Zuhörerschaft gesorgt. Trotz vieler inhaltlicher Kontroversen über Detailfragen hat die kollusive Solidität unsere eheähnliche Gemeinschaft bisher über zehn Jahre getragen.

Professor Hermann Schmitz, dessen Werk ich 1984 über Professor Matthias Hartmann kennengelernt habe, hat mir seit zehn Jahren hilfreich zur Seite gestanden, dann, wenn es um Verständnisfragen seines Werkes ging, später, wenn es galt, diabetologische Fragestellungen aus Sicht der Neuen Phänomenologie zu beurteilen. Seine grundsätzlichen Arbeiten zur Kategorialanalyse der Leiblichkeit und zur Phänomenologie der Leibesinseln waren für Dr. Reike und mich die Ausgangspunkte eines tieferen Verständnisses der Patienten mit diabetischem Fuß-Syndrom. Seine persönlichen Stellungnahmen zu Fragen der leiblichen Dynamik bei Patienten mit diabetischer Polyneuropathie und die hierdurch möglichen Diskussionen, haben auch die ärztliche Praxis in unserer Klinik verändert.

Der größte Dank gebührt meiner diabetologischen Familie, Frau Ellen Lange, Frau Ingrid Ott, Frau Dr. Susanne Karl, Herrn Dr. Hans Brill und all jenen, die mir über die letzten zehn Jahre die Möglichkeit gegeben haben, meine Gedanken am Krankenbett zu diskutieren und theoretisch gewonnene Positionen am konkreten Stationsalltag, d. h. mit der notwendigen „Leibnähe“, in unendlich vielen Diskussionen zu schleifen, und mir insbesondere durch ihre verlässliche Arbeit die Therapiesicherheit der Abteilung gewährleistet haben. Durch ihr Engagement auf der Station, auf Kongressen und Seminaren haben sie auch in der klinischen Routine die notwendige erotische Besetzung [Kernberg] aufrecht erhalten, die die Voraussetzung der Hypothesengenerierung war.

Professor Berger hat, obwohl radikaler Reduktionist, seit Jahren die Kritik an den von ihm so unnachgiebig vertretenen Positionen bewußt gesucht und stimuliert. Er hat wesentlich zur Verbreitung meiner Positionen beigetragen, auch dann, wenn sie für ihn erwartungsgemäß mit seiner eigenen Auffassung nicht übereinstimmten. Er hat damit für uns gezeigt, daß die Grundhaltung von Wissenschaftlichkeit, also offene Diskussion, zumindest noch rudimentär in der Deutschen Diabetologie vorhanden ist.

Professor Siebolds, mit dem ich seit drei Jahren in vielen Seminaren zusammenarbeiten darf, hat meine Denkweise durch systemtheoretische Ansätze erheblich befruchtet und bildet für mich das notwendige Korrektiv zu theoretischer Arbeit.

Herrn Erwin Muth, Mitarbeiter der Firma Lilly, danke ich für die ständige Bereitschaft zur Diskussion und seine praktische Unterstützung durch Ausrichtung von Seminaren und Workshops, sowie durch Publikationen, schon zu einer Zeit, als auf Seiten der Pharmaindustrie noch breitetes und explizites Desinteresse an der hier vorgestellten Thematik herrschte.

Herrn Dr. Dorna danke ich für die Korrekturlektüre meiner Texte, einer aufgrund meiner Rechtschreibschwäche erheblich belastenden Aufgabe. Zusätzlich ist er, obwohl durch seine eigene Charakterstruktur zu scharfer Individuation und Klarheit gezwungen, für den seit 1995 bestehenden, schillernd-oszillierenden, an die Bedeutungsvielfalt der Husserlschen Puppe erinnernden Arbeitstitel der Textsammlung: „Phänomenologie und Psychopathologie der Diabetologen“ verantwortlich.

Dr. P. K. danke ich für die ontologische Immersion.

Die in diesem Band gesammelten Artikel entstanden zu verschiedenen Anlässen und für verschiedene Rezipientengruppen. Überschneidungen des Inhaltes und Wiederholungen sind daher unvermeidlich. Die Reihenfolge der

Arbeiten folgt nicht der Chronologie ihrer Erstellung, sondern einer der Lesbarkeit und dem Verständnis entgegenkommenden thematischen Abfolge. Die sei im einzelnen kurz kommentiert:

Die Bedeutung der Psychopathologie und dynamischen Psychiatrie für die Behandlung von Patienten mit Diabetes mellitus

Neben der Darstellung verschiedener Aspekte psychopathologischer und psychoanalytischer Grundpositionen findet sich hier die extensive Erklärung des „Hirnorganischen Psychosyndroms“ (HOPS), einer kardinalen Stellgröße diabetologischen Therapieerfolges. Die Kenntnis des HOPS hilft, Therapieziele an den Patienten anzupassen und sowohl diesen als auch den Therapeuten zu entlasten.

Phänomenologie und Diabetologie

Dieser Artikel entstammt einem Vortrag vor Philosophen, mit dem Ziel, diesen die Möglichkeiten der Anwendung neo-phänomenologischen Gedankengutes in der Diabetologie aufzuzeigen. Er nähert sich somit dem Problem der Diabetologie von außen. Zusätzlich enthält er neben der Darstellung der Leibesinselproblematik Darstellungen über allgemeine erkenntnistheoretische und wissenschaftskritische Deutungen des diabetologischen Diskurses, die zum Verständnis der Verzerrungen des klinischen Alltags durch den habituellen Wissenschaftsbetrieb, das sind die Deutsche Diabetes Gesellschaft und ihre Protagonisten, entstehen. Der Artikel enthält die wesentlichen Kapitel einer Auftragsarbeit von Professor Chantelau [„Die Bedeutung der Phänomenologie für die Behandlung des diabetischen Fuß-Syndroms“], zuerst erschienen in seinem Buch: „Amputation – Nein Danke!“. Ziel war es damals – unter Benutzung der „Kategorialanalyse der Leiblichkeit“ [Schmitz] verständlich zu machen, warum die Patienten im Klinikalltag so schwierig sind und dem Therapeuten insbesondere der rein kognitive Zugang zu ihnen häufig verwehrt bleibt. Der eingeführte Begriff des „Leibesinselschwundes“ durch diabetische Polyneuropathie kann helfen, die anthropologischen Dimensionen des Problems zu sehen und hierdurch idealerweise Aggressionen im Behandlungskontext abzubauen.

Liebe, Cohabitation und moderne Sexualwissenschaft

Der Artikel, eine Auftragsarbeit von Dr. Renner, zeigt den möglichen und notwendigen Denkstilhintergrund der Beratung und Therapie einer verbreiteten, häufig überssehen Folgekomplikation des Diabetes mellitus: der Erektile Dysfunktion. Neben den unterschiedlichen intellektuellen Positionen wird versucht, einen einfachen Algorithmus zur Diagnostik und Differentialdiagnostik der E. D. vorzustellen. Zusätzlich bietet der Artikel die Möglichkeit, tiefer in die Materie der Neuen Phänomenologie einzudringen, hier mit einem auch den Therapeuten wahrscheinlich interessierenden Thema: „Die Liebe“.

Adiposologie – eine Streitschrift

Phänomenologische, interaktive und reduktionistische Aspekte der Adipositas

Die Adipositas und ihre Behandlungsversuche stellen das Zentralproblem der Diabetologie dar, gleichzeitig das offenbarste Zeichen des Scheiterns eines rein somatologisch-reduktionistischen Ansatzes der Diabetologie. Am Beispiel der akademischen Grundpositionen und der hierzu kontrastierten Realität wird versucht, dem Therapeuten die Introspektion zu seiner eigenen inneren Haltung zu erleichtern. Anhand der eingeführten Begriffe der „Realdiabetologie“ im Gegensatz zu „Kongreß-(Papier-)Diabetologie“ wird versucht, dem Umgang mit der immanenten Begrenztheit therapeutischen Handelns bei chronischen Erkrankungen zu verdeutlichen. Zusätzlich enthält der Artikel eine persönliche Stellungnahme H. Schmitz' zum Problem des „gesteigerten Nahrungsappetits“ und der konsekutiven Adipositas. Ein weiteres Beispiel neo-phänomenologischer Deutung vermeintlich rein somatologischer Fragestellungen. Dem interessierten Leser wird bei weitergehendem Interesse ein zweitägiges Seminar hierzu zur Vertiefung angeboten.

Naturwissenschaften vs. „gesunder Menschenverstand“ – oder:

Wie gelangt die Diabetologie von Sachverhalten zu Tatsachen?

Dieser Artikel entstand aus Anlaß einer Diskussionsbemerkung Professor Mehnerts auf einer Tagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft. Der zunächst geplante Zeitschriftenartikel, der sich mit dem Bedeutungsgehalt der Intervention beschäftigte, wurde von der Zeitschrift „Diabetes & Stoffwechsel“, hier durch seinen Chefredakteur, nicht angenommen. Professor Berger hat die Problemstellung aufgegriffen und auf einem seiner Gut-Höhne-Seminare unter der allgemeinen Frage, was denn der „gesunde Menschenverstand“ sei, vorgestellt. Die in diesem Band enthaltene Ausarbeitung beschäftigt sich mit den individuellen Denkbewegungen der Therapeuten und Wissenschaftler und mit der Frage, wie wir zu therapeutischen und anderen „Wahrheiten“ kommen. Mit Hilfe des neo-phänomenologischen Instrumentariums der Erkenntnistheorie wird versucht, dieser Frage näher zu kommen und eine Differenzierung in reduktionistisch-akademische Methodologie vs. Alltagsbewußtsein vs. „gesunden Menschenverstand“ zu erarbeiten. Auf der Basis dieser Differenzierung sollte es möglich sein, die eigene Position insbesondere in Bezug auf Wertediskussionen zu bestimmen. Wertediskussionen, also Diskussionen, die in der nahen Zukunft vermehrt auf Mediziner und Ärzte zukommen werden, sind mit rein operationalen Mitteln nicht zu führen. Die derzeit übliche Methode, aufkommenden Wertefragen in noch mehr technischem Aktionismus oder dem Ruf nach noch mehr Zahlen („Panmathematismus“) auszuweichen, wird in Zeiten immer knapper werdender finanzieller Ressourcen zunehmend schwie-

riger. So kann dieser letzte, wenn auch zugegebenermaßen komplexe Text als notwendige Vorbereitung auf die kommenden Jahre verstanden und gelesen werden.

Die Buchpublikation insgesamt geht wiederum zurück auf die Anregung von Erwin Muth. Sie ist von ihm konzipiert als Arbeitshandbuch für die vielen phänomenologischen Seminare der Firma Lilly-Deutschland, die er, der Autor und Professor Siebolds für diabetologische Anwender in den letzten Jahren abgehalten haben. Das Buch kann die persönliche Diskussion nicht ersetzen und soll daher der Vorbereitung und der nachbereitenden Vertiefung dienen. Zusätzlich soll es den Leser zur weiterführenden Beschäftigung mit neo-phänomenologischem Gedankengut anregen. Aus der Sicht des Autors liegt hierin eine wesentliche Chance, die zum Teil verworrenen Diskussionen innerhalb der diabetologischen Fachgesellschaft auf eine solidere Grundlage zu stellen.

Die Bedeutung der Psychopathologie und dynamischen Psychiatrie für die Behandlung von Patienten mit Diabetes mellitus

1 Besonderheiten der Therapie chronisch Kranker

Während Ausbildung und Selbstwertschätzung der Humanmedizin das Schwergewicht auf die naturwissenschaftliche Erkennung der Krankheiten und besonders die schnelle Behandlung von akuten Erkrankungen legen (siehe z. B. das Paradigma der kurzen Liegezeiten als Qualitätsmerkmal), spielen im Umgang mit chronisch Kranken die hierzu notwendigen somatologischen Daten und Hilfsinstrumente eine der Dauer der Erkrankung umgekehrt proportionale Rolle, um im weiteren Verlauf ganz in den Hintergrund zu treten. Zunehmendes Gewicht erhält die (idealerweise vertrauensvolle) Arzt-Patienten-Beziehung und damit notwendigerweise auch die Charakterstruktur des Patienten wie auch die des Arztes. Der Arzt steht somit in der Pflicht, über seine organmedizinische Kompetenz als notwendige Voraussetzung hinaus, den Lebensentwurf des Patienten, auch wenn dieser den medizinischen Notwendigkeiten zuwiderläuft (z. B. Raucher; Motorradfahrer), anzuerkennen, um das Arbeitsbündnis zwischen ihm und dem Patienten und damit die gesamte Therapie nicht zu gefährden [Neuhaus, 1993]. Der aus der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie entlehnte Begriff des „Arbeitsbündnisses“ in der Therapie chronisch Kranker stellt unmittelbar die in der Organmedizin häufig und kritiklos gebrauchten Begriffe wie „Patientenführung“, „Verordnung von ...“, „Compliance“, (spez.) „Diabeteseinstellung“ etc. in Frage. Für die an ihre Stelle tretenden Begriffe wie „Beratung“, „Empfehlung von ...“, „Empowerment“, (spez.) „Hilfe zur Selbsttherapie“ [Hirsch, 1994] ist in der Hochschulausbildung aber auch in der Selbstauffassung der ärztlichen Kompetenz und Pflichten noch kein geeigneter Stellenwert gefunden. Psychopathologische oder psychodynamische Kenntnisse sind ebensowenig verbreitet, sodaß die notwendigen Voraussetzungen zur Introspektion seitens des Arztes fehlen und die Einschätzung der Charakterstruktur des Patienten als wesentlicher Beeinflussungsgröße des Gelingens einer längerfristigen Therapie ebenfalls nicht gegeben sind. Bei Mißerfolg der Therapie erfolgt reflexartig die Schuldzuweisung zumeist an den Patienten („mangelnde Compliance“), sodaß ein Umdenken in der Therapie aber auch in der Ausbildung junger Ärzte bisher nicht stattfinden konnte. Bei unübersehbaren, schweren psychiatrischen Störungen empfiehlt

der Arzt diffus, gleichsam protopathisch, aus mangelnder Kenntnis, einen „Psychologen“ oder „Neurologen“ zu konsultieren, was etwa der Empfehlung, bei Schnupfen einen Neurochirurgen um eine Hirnoperation zu bitten, entspricht. Die notwendige Differenzierung in Psychologie, Psychiatrie, stützende, bzw. analytische Psychotherapie, Psychopharmakotherapie usw. unterbleibt.

In den folgenden Ausführungen wird versucht, die faszinierende Welt der über die rein somatologischen Probleme hinausgehenden psychologischen, psychiatrischen und psychodynamischen Fragestellungen, die für alle chronischen Therapien bedeutsam sind, zu beleuchten, und – ohne auf Details näher eingehen zu können – zumindest den Horizont möglicher Diagnostik und Therapie abzustecken. Dargestellt werden verschiedene Arbeitsinstrumente insbesondere psychopathologischer und psychoanalytischer Herkunft. Es gibt weitere – pädagogische, verhaltens- und systemtherapeutische etc. – Ansätze und Techniken, die hier aufgrund der Begrenztheit des Autors nicht aufgearbeitet sind. Immerhin ist zu hoffen, daß mit der hier vorgelegten Betrachtungsweise erste Schritte zu einem holistischen Therapie-, bzw. Beratungskonzept geschaffen werden können.

Die patientenorientierte Therapie und ihr Erfolg hängen ab von der Flexibilität der Ärzte, ggf. Änderung des gesamten humanmedizinischen Paradigmas resp. der Therapiequalität und mutet dem Patienten ein erheblich höheres Maß an Eigenverantwortung zu: Dies alles bedingt das Faszinosum des vorliegenden Gegenstandsgebietes, aus dem es die Berechtigung seiner Darstellung in diesem Buch und die Hoffnung auf eine geneigte Leserschaft ableitet.

2 Definitionen

2.1 Psychopathologie

„Der Gegenstand der Psychopathologie ist das wirkliche bewußte psychische Geschehen. Wir wollen wissen, was und wie Menschen erleben, wir wollen die Spannweite der seelischen Wirklichkeiten kennenlernen. Und nicht nur das Erleben der Menschen, sondern auch die Bedingungen und Ursachen, von denen es abhängt“ [Jaspers, 1973].

Psychopathologie ist somit die Wissenschaft von den Erlebnis- und Verhaltensweisen des Individuums insbesondere in seinen krankhaften Ausprägungen. Bevor die Genese möglicher Störungen geklärt werden kann, versucht die Psychopathologie jedoch, die Ausdrucksphänomene psychischen Geschehens begrifflich zu fassen, um sie möglichen nosologischen Gruppen zuzuordnen. Psy-