

Veröffentlichungsreihe der
Arbeitsgruppe Public Health
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
ISSN-0935-8137

P96-204

Rheuma und Psyche

Zu Risiken und Nebenwirkungen der
modernen Arbeitswelt

von

Benita von Eberstein

Berlin, Juni 1996

Publications series of the research unit
Public Health Policy
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
D-10785 Berlin, Reichpietschufer 50
Tel: 030/25491-577

Das vorliegende Dokument ist die pdf-Version zu einem Discussion Paper des WZB. Obwohl es inhaltlich identisch zur Druckversion ist, können unter Umständen Verschiebungen/Abweichungen im Bereich des Layouts auftreten (z.B. bei Zeilenumbrüchen, Schriftformaten und –größen u.ä.). Diese Effekte sind softwarebedingt und entstehen bei der Erzeugung der pdf-Datei. Sie sollten daher, um allen Missverständnissen vorzubeugen, aus diesem Dokument in der folgenden Weise zitieren:

von Eberstein, Benita: Rheuma und Psyche. Zu Risiken und Nebenwirkungen der modernen Arbeitswelt. Discussion Paper P96-204. Berlin : Wissenschaftszentrum, Berlin, 1996.
URL: <http://bibliothek.wz-berlin.de/pdf/1996/p96-204.pdf>

Abstract

Eine wissenschaftliche und gesundheitspolitische Beschäftigung mit arbeitsbedingten Risiken für rheumatische Erkrankungen (muskuloskelettale Erkrankungen) hat in der Bundesrepublik lange Zeit kaum stattgefunden. Dies scheint sich in den letzten Jahren zu ändern, nach wie vor aber richtet sich das Interesse fast ausschließlich auf körperliche, vor allem biomechanische Belastungen. Nur selten werden psychosoziale Belastungen und wenn, dann vorwiegend „Streß“ und mit diesem verbundene Muskelverspannungen als Risikopotential in Erwägung gezogen. Dabei wird als Streßursache vor allem Leistungsüberforderung am Arbeitsplatz thematisiert. Vernachlässigt werden emotionale Probleme, und zwar in zweierlei Hinsicht: zum einen als integraler Bestandteil von Streßreaktionen, zum ändern als Folge von Frustrationen, Kränkungen oder Bedrohungen, die nicht (primär) aus dem Leistungsbereich stammen.

Das vorliegende Papier soll dazu beitragen, dieses Defizit abzubauen, indem Befunde und Thesen der „Psychorheumatologie“, welche sich seit langem mit erhöhten Rheumarisiken bei bestimmten psychischen Prädispositionen beschäftigt, auf den Erwerbsarbeitsbereich bezogen werden. Insbesondere chronische Angst, Aggressivität und deren Hemmung können zu erheblichen Tonuserhöhungen der Muskulatur führen und damit offenbar auf die Dauer das Rheumarisiko erhöhen. Dabei dürfte es im Hinblick auf die Erkrankungswahrscheinlichkeit unerheblich sein, ob chronische emotionale Erregung aus inneren (psychischen Konflikten) oder äußeren Bedingungen der Arbeitswelt, und ob Emotionshemmung aus inneren oder äußeren Zwängen resultiert: innere und äußere Ursachen können im Hinblick auf chronische Muskelanspannungen als funktional äquivalent gelten.

Wenn hier wirklich eine bislang vernachlässigte zusätzliche Dimension der Rheumagefährdung im Arbeitsleben besteht, dann ist mit einem erheblich größeren Risikopotential zu rechnen als nach herkömmlichen Erklärungsansätzen angenommen wird. Besonders groß wäre die Gefährdung für psychisch bereits prädisponierte Menschen, aber auch für bestimmte Beschäftigtengruppen, die im Arbeitsalltag ohnehin schon von biomechanischen und Streßbelastungen durch Leistungsdruck besonders betroffen sind.

Abschließend werden verschiedene Problemdimensionen skizziert, die mit wirtschaftlichen Modernisierungs- und Rationalisierungsprozessen verbunden sind und ein erhebliches Angst- und Aggressionspotential sowie zunehmende Zwänge zur Emotionshemmung enthalten; damit kann sich das Risiko für rheumatische (und andere) Erkrankungen für (noch) Beschäftigte und Arbeitslose weiter erhöhen.

Inhalt

1. Rheuma als „Verschleißkrankheit“	1
2. Rheuma als „Streßkrankheit“	5
3. Rheuma als psychische Prädisposition.....	11
4. Perspektiven eines integrativen Erklärungsansatzes	15
5. Risikoakkumulation für Beschäftigte mit psychischer Prädisposition.....	16
6. „Normale“ Angst und Aggressivität im Arbeitsleben	18
7. Aggressionshemmung und Ambivalenzerfahrung	25
8. Komplexität von Verursachungszusammenhängen und doppelte Unspezifität.....	29
9. Verbreitung von Rheumarisiken im Arbeitsleben.....	32
10. Perspektiven angesichts wirtschaftlicher Modernisierung und Rationalisierung	35
Literatur.....	42

„Erkrankungen des Bewegungsapparates verursachen auf der einen Seite einen Großteil der Krankheitskosten, sei es durch Arbeitsunfähigkeit, aufgrund von Heilmaßnahmen und Kuren oder durch Frühinvalidität. Auf der anderen Seite spielen sie in der gesundheitspolitischen Tagesordnung praktisch keine Rolle. Anders als Erkrankungen wie Krebs oder Aids oder Schadstoffe wie Dioxin und Formaldehyd lassen sich weder die Krankheiten selbst noch deren Ursachen skandalisieren. Es wird nicht als Verstoß gegen das Recht auf körperliche Unversehrtheit (Artikel 2, Absatz 2 des Grundgesetzes) angesehen, wenn Bauarbeiter an frühzeitigem Lendenwirbelsäulenverschleiß oder weibliche Angestellte an einem Verschleiß von Halswirbelsäule und Schultern leiden. Dies gehört scheinbar zum Arbeitsalltag dieser Gruppen oder wird als 'üblicher', wenn auch vorgezogener Alterungsprozeß verstanden.“ KARMAUS/RITZ (1990), 7

1. Rheuma als „Verschleißkrankheit“

Die deutsche Arbeitsmedizin hat sich mit rheumatischen Erkrankungen¹ vergleichsweise wenig beschäftigt. In ihrer Orientierung am versicherungsrechtlichen Berufskrankheitenkonzept verfährt sie zudem außerordentlich restriktiv bei der Anerkennung möglicher Zusammenhänge zwischen Arbeitsbedingungen und Gesundheitsschädigung. Sie läßt nur ganz *bestimmte*, fast ausschließlich *biomechanische* Belastungen - „Druck, Reibung, Verschleiß im Sinne von 'Materialermüdung'“ (WITTGENS 1985,121) - als berufliche Einwirkung gelten, die eine musko-skelettale Erkrankung (mit)verursachen oder verschlimmern können. Daß solche körperlichen Belastungen - insbesondere schweres Heben und Tragen, einseitige Körperhaltungen und Zwangshaltungen, Vibrationen und Erschütterungen durch Fahrzeuge und Maschinen sowie andauernde

1 Der Begriff wird in der Literatur nicht einheitlich verwendet. Weitgehend synonym finden sich Bezeichnungen wie „muskuloskelettale Erkrankungen“, „Erkrankungen des Halte- und Bewegungsapparates“ oder „Erkrankungen der Stütz- und Bewegungsorgane“. - Entgegen einer bestimmten medizinischen Tradition, die den Rheumabegriff allein den *entzündlichen* Gelenk- und Wirbelsäulenerkrankungen vorbehält, hat sich die auch von der Weltgesundheitsorganisation propagierte ICD (International Classification of Diseases) durchgesetzt. Diese bezieht sich auf *alle chronischen, mit Schmerz und Funktionsbeeinträchtigungen verbundenen Krankheiten des Halte- und Bewegungsapparates*, obwohl es sich dabei um die unterschiedlichsten Zustandsbilder und Krankheitsverläufe mit heterogenen, überwiegend noch ungeklärten Verursachungszusammenhängen handelt. Wenn vom Rheuma als *Volkskrankheit* die Rede ist, dann sind dies nicht die vergleichsweise seltenen entzündlichen oder stoffwechselbedingten, sondern die massenhaft verbreiteten chronisch-degenerativen Formen sowie der sog. Weichteilrheumatismus. Zu den Tücken der verschiedenen Bezeichnungen und Klassifikationen (auch der ICD) vgl. OSTERHOLZ (1991,4 ff.).

einseitige Bewegungen, die häufig unter extremem Zeitdruck ausgeführt werden müssen - mit einem erhöhten Rheumarisiko verbunden sind, ist unumstritten. In bestimmten Berufsgruppen sind denn auch rheumatische Erkrankungen häufiger, schwerer und/oder setzen früher, nämlich schon in jüngeren Altersgruppen, ein als in der allgemeinen Bevölkerung.

Allerdings dürfte das erhöhte Rheumarisiko nicht nur durch die biomechanischen Belastungen selbst, sondern auch durch die *Arbeitsbedingungen* mitverursacht sein, unter denen solche Muskelarbeit häufig erbracht werden muß, z.B. Nässe, Hitze, Kälte oder Zugluft, die Tonus und Durchblutung der Muskulatur beeinflussen. Solche klimatischen Faktoren werden neben unzureichender Beleuchtung, die eine besondere optische Fixierung mit Muskelverspannungen im Kopf-Nacken-Schulterbereich provoziert, von der Arbeitsmedizin noch am ehesten berücksichtigt. Auch Lärm kann, wenn die Konzentrationsfähigkeit aufrechterhalten werden muß, zu angespannter Körperhaltung mit unphysiologischen Muskelverspannungen führen. Schadstoffe können über das zentrale Nervensystem Störungen der Bewegungskoordination und eine Schwächung der Muskelkraft bewirken, ähnlich wie auch lokale und zentrale Ermüdung - so daß auch bei absolut gleichbleibenden Anforderungen die Leistungsfähigkeit relativ abnimmt und eine sich öffnende Beanspruchungsschere entsteht. Solche Bedingungen werden in der Arbeitsmedizin kaum berücksichtigt. Einem historisch überholten naturwissenschaftlichen Krankheitsverständnis entsprechend bezieht sie sich nur auf einzelne, lokale, körperliche, biomechanische Einwirkungen. Realistisch ist hingegen die Annahme von Risikokonstellationen und hochkomplexen Interaktionsprozessen, denen auch ein „multifaktorielles“ Modell, das einzelne „Faktoren“ lediglich addiert, nicht gerecht wird.

Medizinisch sind die Entstehungszusammenhänge für Rheuma nicht im einzelnen aufgeklärt, und es ist auch nicht zu erwarten, daß die vielfältigen Erscheinungsbilder eine gemeinsame Genese haben.

Unbestritten scheint aber, daß vor allem zwei unphysiologische Zustände eine Rolle spielen: direkter *mechanischer Druck* auf Wirbelsäule und Gelenke und eine *Daueranspannung der Muskulatur*, die beide eine ausreichende Durchblutung, und das heißt Sauerstoffzufuhr und Abtransport von Stoffwechselprodukten, verhindern bzw. zum Abrieb von Knochen- oder Knorpelsubstanz durch „pressende Reibung“ führen können. Physiologisch hingegen wäre eine mäßige Belastung bei Wechsel von Spannung und Anspannung („Die Bandscheibe, die Gelenke, die Wirbelsäule leben von der

Bewegung!"). Bereits auf rein lokaler Ebene handelt es sich nun nicht etwa um einfache Ursache-Wirkungsbeziehungen, sondern um ganze *Wirkungsketten*, die, wenn sie nicht durchbrochen werden, leicht zur Chronifizierung des Krankheitsgeschehens führen können und denn auch in der Literatur übereinstimmend als „Teufelskreis“ bezeichnet werden. Der Teufelskreis ist in Wahrheit eine *Spirale*, weil bei jeder „Umdrehung“ die pathogenen Wirkungen sich verstärken - etwa: Überlastung --> Tonussteigerung -> Verspannung -> Sauerstoffmangel -> Schmerz und Verringerung der Muskelkraft -> noch stärkere Überlastung etc., weil jetzt die Belastung relativ zur reduzierten Muskelkraft noch größer geworden ist: die „Leistungsschere“ öffnet sich bei jeder „Umdrehung“ weiter, wenn es nicht zum Zusammenbruch oder zur Intervention kommt. Wird aber das Schmerzsignal, wie so häufig, durch Medikamente künstlich ausgeschaltet, so ist die Gefährdung noch größer, weil über den Überlastungspunkt hinaus immer weiter gearbeitet wird.²

Dabei werden - außer allenfalls bei Unfällen - menschliche Organe oder Körperteile durch von außen kommende Kräfte nicht einfach „verformt“ oder „zerstört“, sondern wie jedes lebende System antwortet der Organismus auf störende Vorgänge in seiner äußeren oder inneren Umwelt mit *Anpassungs-, Schutz- und Abwehrmechanismen* zur Erhaltung des Systems, und zwar auf allen Systemebenen von der psychischen bis „hinunter“ zu Zellen und Molekülen.³

Teil solcher Selbstregulationsprozesse ist neben der reflexhaften Schmerzreaktion auf Fehlbelastungen der „körpereigene Gelenkschutz“ (OTTE 1986, nach V. ELLING 1989, 31). Ausschlaggebend für das Gesundbleiben der Gelenke ist danach die *Relation*

- 2 Daß Schmerzmittel auch eine positive Wirkung haben können, weil sie den fatalen Kreislauf durchbrechen und so eine Entspannung der Muskulatur ermöglichen können, ist unbestritten, setzt aber voraus, daß die Überlastung reduziert wird.
- 3 v. UEXKÜLL/WESIACK (1991) haben dies zur Grundlage eines umfassenden soziopsychobiologischen Konzepts von Krankheit und Gesundheit gemacht. „Symptome“ sind danach zunächst einmal nichts anderes als „Antworten lebender Systeme auf pathogene Situationen“ (ebd., 137). Ob sie Krankheit oder Gesundheit bedeuten, hängt von dem Gesamtprozeß der Auseinandersetzung des Organismus mit seiner Umwelt ab. - Krank wird der Mensch erst dann, „wenn die Abwehrvorgänge der übergeordneten Systeme versagen“. Gesundheit wird in einem ständigen Prozeß der „Salutogenese“ (ANTONOVSKY 1987) erzeugt; sie ist nichts voraussetzungslos Vorhandenes - in den Worten von V. V. WEIZSÄCKER (1930, 94) „eben *nicht* ein Kapital, das man aufzählen kann, sondern sie ist überhaupt *nur* vorhanden, wo sie in jedem Augenblick des Lebens erzeugt wird. Wird sie nicht erzeugt, dann ist der Mensch bereits krank.“ 'Pathogenese' ist dann nicht mehr ein Prozeß, der eine vorgefundene Gesundheit abbaut oder zerstört, sondern eine Blockierung der Gesundheitserzeugung, die mehr oder weniger ausgedehnt, mehr oder weniger langdauernd sein kann und dementsprechend mehr oder weniger schwerwiegende Konsequenzen hat“ (v. UEXKÜLL 1990, 1277).

zwischen mechanischer Belastung derselben und kompensatorischen Muskelanspannungen, die über das Gehirn gesteuert werden. Kompliziert wird das Ganze nicht nur dadurch, daß es sich dabei um einen ständigen Prozeß von Wechselwirkungen handelt, sondern auch dadurch, daß körpereigene Schutzmechanismen selbst riskante Auswirkungen haben können.

Dem Systemmodell des Organismus ist also keineswegs die Annahme von dessen unendlicher Anpassungsfähigkeit an pathogene Verhältnisse inhärent. Es gibt individuell unterschiedliche, aber klare *Grenzen der Anpassungsfähigkeit* - sei es, weil die Bewältigungsmechanismen überfordert oder gestört oder weil sie selbst auf Dauer gesundheitsriskant sind und durch weitere Regulationsmechanismen nicht „abgefangen“ werden können. Prävention kann dann nur in der Veränderung der *Verhältnisse* bestehen! Gesundheit setzt eben bei aller Selbstregulation „ein ständiges, unbemerktes Entgegenkommen der Umgebung“ voraus, „einer Umgebung, die unsere Leistungen durch die passenden Gegenleistungen und unsere Rollen durch passende Gegenrollen ergänzt“ (v. UEXKÜLL/WESIACK 1990, 34). Insofern bilden Organismus und Umgebung selbst zusammen ein System. „Krankheit tritt ein, wenn das raffinierte Gleichgewicht zwischen subjektiver Kreativität und objektivem Angebot gestört ist, wenn - wie Lennart LEVI (1971) es formuliert hat - Umgebung sich zu dem Lebewesen verhält wie ein schlecht passender Schuh“ (V. UEXKÜLL/WESIACK 1991, 90). Die erkenntnistheoretische Entwicklung hin zu Systemmodellen haben in den letzten Jahrzehnten alle Naturwissenschaften vollzogen. An den meisten Bereichen der Medizin jedoch, insbesondere an der Arbeitsmedizin, die ihren wissenschaftlichen Anspruch stets als einen „streng naturwissenschaftlichen“ zu bezeichnen pflegt, ist diese Entwicklung vorbeigegangen. Sie hält weiter am „Maschinenmodell“ des Menschen fest.⁴

Dazu gehört auch, daß die *psychische Dimension* nicht zur Kenntnis genommen wird. Es wird ignoriert, daß Menschen denken, fühlen und handeln, daß sie Situationen, Belastungen und Befriedigungsmöglichkeiten, Sanktionsdrohungen und Gratifikationschancen wahrnehmen und einschätzen und mit ihnen gezielt und bewußt oder unbewußt „begrenzt-autonom“ umgehen (FRICZEWSKI et al. 1987, 39). Ausgeblendet wird damit „nicht nur das hiermit gegebene *Widerstandspotential*, sondern die umgekehrt ebenfalls gegebene Möglichkeit der '*Überanpassung*' und des 'freiwilligen' *Verzichts*“

4 „Die Medizin, die im 19. Jahrhundert 'beschlossen' hatte, Naturwissenschaft zu sein, ... ist... im 20. Jahrhundert noch eine Naturwissenschaft des 19. Jahrhunderts geblieben.“ (v. UEXKÜLL/WESIACK 1991,100)

auf Belastungsabwehr" (ebd.) ebenso wie eine mögliche *seelische Beteiligung an der Krankheitsentstehung*. Dieser Aspekt ist zwar bislang vergleichsweise wenig erforscht - nicht zuletzt aufgrund der herrschenden Trennung in eine Medizin ohne Seele und eine Psychologie ohne Körper. Es gibt aber zahlreiche Hinweise auf seelische Dimensionen der Rheumagenese - vermittelt vor allem über Muskelanspannungen und Koordinationsstörungen oder auch Durchblutungs- und Stoffwechselstörungen.

Allerdings ist es nicht damit getan, medizinische und psychologische Paradigmen lediglich zu addieren, denn „Psyche" und „Soma" beschreiben ja „nicht den Unterschied zwischen zwei Seinsweisen, sondern zwei Systemebenen" (V. UEXKÜLL/WESIACK (1990a, 15). Es ist ein *systemtheoretischer Ansatz* nötig, um den Menschen als psychophysische Einheit, als lebendes System mit körperlichen und seelischen Lebensäußerungen begreifen zu können, bei dem es „rein körperliche" und „rein seelische" Phänomene nicht gibt. Dies ist angesichts der hohen Komplexität der Beziehungen zwischen körperlicher und seelischer Ebene⁵ ein heroischer Anspruch, der auch wohl kaum jemals ganz eingelöst werden kann.⁶ Er muß aber forschungsleitend sein, wenn man mehr vom Menschen verstehen will, als sich an der Oberfläche der Erscheinungen und „Symptome" zeigt.

2. Rheuma als „Streßkrankheit"

Der enge Zusammenhang zwischen seelischer Befindlichkeit und Haltung und Bewegung ist seit langem bekannt. CREMERIUS (1955, 227) weist darauf hin, daß bereits Ende des vorigen Jahrhunderts die Physiologie damit begonnen hat, diese Zusammenhänge zu messen und ein Ansteigen der Muskelaktionsströme bei reinen Bewegungsvorstellungen, bei geistiger Tätigkeit und, stärker noch, bei affektiven Vorgängen beobachtet hat. „Wenn wir bedenken, daß die Spannungsverhältnisse der Muskeln sich fortwährend auf das Gesamt des Halteapparates auswirken, so kann Hal-

5 So bemerkt etwa WEINTRAUB (1975, 952} zum Kreuzschmerz: „Die innige Verflechtung zwischen Psyche und Schmerzsyndromen des Bewegungsapparates läßt eine Differenzierung in psychischen und somatischen Anteil oft kaum zu, ganz besonders auch deshalb, weil frühzeitige degenerative Veränderungen beinahe ubiquitär sind."

6 HARRER (1975, 59) etwa meint in einem Aufsatz über „Affekt und Muskelspannung", daß wir hier „sehr bald an der Grenze unseres Erkenntnisvermögens stehen, denn - wie es der Kölner Physiologe Schneider einmal ausdrückte -: 'Unsere Denkmöglichkeiten sind offenbar so eingerichtet, daß das Leib-Seele-Problem sie übersteigt' ... Der Psychiater Griesinger meinte vor über 100 Jahren dazu: 'Und wenn ein Engel herniederstiege und uns die Lösung brächte - wir würden sie nicht verstehen!...'"

tung stets nur das somatische Außen eines gleich gearteten seelischen Innern sein. Bei Kindern und Tieren ist diese Korrelation noch eine direkte und absolute. Hier gibt es keinen Affekt, der sich nicht unmittelbar in der Motorik anzeigt" (ebd.).

In der arbeitsbezogenen Rheumaforschung spielen solche Zusammenhänge allenfalls - bis auf wenige Ausnahmen - in einem sehr eingeschränkten Sinne unter dem Stichwort „Streß" eine Rolle. Die zentral gesteuerte Streßreaktion, einer der prominentesten Anpassungsmechanismen des Organismus, führt ja, wenn das Verhältnis zwischen *Anforderungen* an das Individuum und seinen Fähigkeiten zu deren *Bewältigung* aus dem Gleichgewicht kommt, zu einer umfassenden Mobilisierung sämtlicher Ressourcen des Organismus für „fight or flight" (Kampf oder Flucht): zu gesteigerter Aufmerksamkeit, der Erhöhung von Blutdruck, Herzfrequenz, Blutzucker und Cholesterinspiegel und unter anderem auch des Muskeltonus. Wenn dies höchst funktionale, angeborene Reaktionsmuster chronisch wird, weil Kampf oder Flucht nicht stattfinden oder nicht zum Erfolg führen, der Organismus aber in seinen „Bereitstellungsreaktionen" (v. UEXKÜLL) verharrt, dann können daraus Funktionsstörungen und schließlich auch Organschädigungen entstehen. So weiß man aus zahlreichen neurophysiologischen und psychophysiologischen Untersuchungen, wie und in welchem Ausmaß sich psychische Spannungszustände durch akute oder chronische „Stressoren" in „Veränderungen der Gefäß- und Muskeltonisierungen, Stoffwechselveränderungen im Bindegewebe sowie allgemein veränderten Funktionen des Weichteilapparates in Form von Verspannungen (Myogelosen, Myalgien, Muskelhartspann), Verkrampfungen (Fehlhaltungen) bis zu chronifizierten Kontrakturen ('hysterische Lähmungen') niederschlagen können" (HERRMANN et al. 1983,515).

Bei chronischen Streßzuständen besteht die Muskelanspannung ohne ausreichende Erholungsphasen fort. Es werden dann nicht nur die *Muskeln* nicht hinreichend durchblutet mit der Folge von Schmerz, Funktionseinschränkung und Myogelosen, sondern es können auch jene Teile geschädigt werden, die die Fixierung des Muskels am Knochen leisten: *Sehnen*, *Knochenhaut* und *Gelenkkapseln*, schließlich durch Zug und Druck und den andauernden Reizzustand auch *Gelenke* und *Gefäße*. So wäre, obwohl Weichteilrheumatismus und funktionelle Störungen⁷ im Zentrum der „Psychorheumatologie" stehen, ein erhöhtes Risiko auch für entzündliche und degenerative Formen möglich (vgl. etwa CREMERIUS 1955; EGGERS et al. 1979,110 nach BOROW-

7 Beim Weichteilrheumatismus ist dies die Trias von erhöhtem Muskeltonus, Schmerz und Funktionsbeeinträchtigung. Vgl. etwa BRACKERTZ (1981).

SKI 1981, 44), wenn funktionelle Störungen in manifeste Organschädigungen übergehen. Prinzipiell kann alles zu pathogenem Streß („Distreß“) führen, was als bedrohlich („aversiv“) wahrgenommen wird, ohne daß die Möglichkeit besteht, sich der Situation (durch Flucht) zu entziehen oder (durch Kampf) wirkungsvoll gegen sie anzugehen. Dabei sind, je nach persönlicher Wahrnehmung der Situation und Einschätzung der eigenen Bewältigungsmöglichkeiten, erhebliche interindividuelle Unterschiede möglich: was auf die einen noch oder gerade angenehm stimulierend wirkt („Eustreß“) kann bei anderen schon starke Distreß-Reaktionen hervorrufen. Andererseits gibt es auch Stressoren, die unabhängig von der subjektiven Wahrnehmung wirken: Lärm beispielsweise löst, auch wenn man sich erlebnismäßig an ihn „gewöhnt“ hat, gleichwohl starke Streßreaktionen aus, die automatisch und unbewußt ablaufen.

Die Arbeitswissenschaften - soweit sie sich überhaupt mit Streß befassen - konzentrieren sich vornehmlich auf eine bestimmte Streßkonstellation: auf *leistungsmäßige Überforderung*, insbesondere auf „quantitative“ Überforderung durch Zeit- und Leistungsdruck, hohe Arbeitsintensität und Arbeitshetze. Jene Beschäftigten, die am unteren Ende der Betriebshierarchie in Fertigung und Routineverwaltung ohnehin bereits ein besonders hohes Rheumarisiko aufgrund „mechanischer“ Belastungen durch körperliche Schwerarbeit, stereotype Bewegungen und Zwangshaltungen tragen, sind durch streßinduzierte Muskelverspannungen und Koordinationsstörungen zusätzlich gefährdet - wobei aufgrund des höheren Arbeitstempos gleichzeitig „rein biomechanische“ Belastungen zunehmen, weil beispielsweise noch mehr belastende Bewegungen pro Zeiteinheit bei verringerten Erholzeiten ausgeführt werden müssen. „Qualitative“ Überforderung durch Verantwortungsdruck oder weil sich die Betroffenen den Arbeitsaufgaben *inhaltlich* nicht gewachsen sehen, dürfte sich jedoch ähnlich auswirken und in der betrieblichen Realität eine erhebliche, im Zuge von Modernisierungs- und Rationalisierungsprozessen noch zunehmende Rolle spielen, da technische und arbeitsorganisatorische Veränderungen und personalpolitische Umsetzungsstrategien häufig nicht mit zureichenden betrieblichen Weiterbildungsmaßnahmen verbunden sind. Davon sind wiederum die ohnehin schon niedrig Qualifizierten am unteren Ende der Betriebshierarchie besonders betroffen.

Allerdings - dies ist eine entscheidende Erkenntnis der neueren psychologischen Streßforschung - ist der Mensch im allgemeinen *nicht* einfach *passives Opfer* von Stressoren, auf die er oder sie im Sinne einfacher Reiz-Reaktions-Beziehungen automatisch reagiert (obwohl auch dies, wie am Beispiel Lärm gezeigt, möglich ist). Viel-

mehr kommt es in den meisten Fällen entscheidend darauf an, wie Menschen mit Stressoren umgehen, auf den sog. *Bewältigungsprozeß* („coping process“), durch den entweder die Umweltbedingungen verändert werden oder die Person sich diesen anbequemt (Assimilation und Akkomodation im Sinne Piagets). Neben der Flucht aus der Situation (z.B. durch Stellenwechsel oder Krankmeldung) können Leistungszurückhaltung, die Aneignung fehlender Qualifikationen, Tricks zur Erleichterung der Arbeit und soziale Unterstützung, vor allem aber arbeits- und personalpolitische Maßnahmen der Streßbewältigung dienen. Bewältigungsstrategien sind jedoch an bestimmte *Voraussetzungen* gebunden, an *objektive* wie *subjektive* Ressourcen, die auf den am höchsten belasteten Arbeitsplätzen in der Regel am wenigstens gewährleistet sind. Dies sind vor allem objektive *Handlungs- und Entscheidungsspielräume*, die es erlauben, Belastungen und eigene Belastbarkeit aufeinander abzustimmen, körperliche Bewegungsspielräume - da die Streßreaktion „zur Bewegung drängt“ - *Qualifikationen* als subjektive Voraussetzung dafür, objektive Handlungsspielräume auch nutzen zu können, *Kooperationszusammenhänge*, die einerseits durch die Arbeitsorganisation vorgegeben, andererseits von der subjektiven Bereitschaft und Fähigkeit zur Kommunikation der Beteiligten abhängig sind.

Von entscheidender Bedeutung sind *Sanktionen* bzw. die *Androhung von Sanktionen* am Arbeitsplatz. Haben die Betroffenen nämlich (berechtigte) Angst etwa vor Lohn-einbußen, vor der Zuteilung schlechter Arbeit, vor Umsetzung oder Kündigung, so werden sie von sich aus möglichst alles unterlassen, was diese Sanktionen herausfordern könnte: sie werden sich eher mehr Leistung abverlangen, auch über ihre Kräfte hinaus und mit dem Risiko der Gesundheitsschädigung. Selbst ihnen zustehende Pausen, Erholungs- und Bewältigungsmöglichkeiten werden sie u.U. nicht in Anspruch nehmen und sich untereinander eher konkurrenz als solidarisch verhalten. Die Wirksamkeit von Sanktionsandrohungen ist selbst abhängig von den *Verkaufsbedingungen der Arbeitskraft* und der *Angewiesenheit auf deren Verkauf*. Wer nicht zu einer Gruppe von Arbeitskräften gehört, die auf dem Arbeitsmarkt „gesucht“ ist, und wer keine anderen Reproduktionsquellen besitzt, wird um so schlechtere Streßbewältigungsmöglichkeiten haben.

Schließlich spielen auch Erholungsmöglichkeiten bzw. zusätzliche Belastungen im *Reproduktionsbereich* eine wichtige Rolle. Hier bestehen erhebliche Schicht- und geschlechtsspezifische Unterschiede: während viele Männer in der sozialen Unterstützung durch Ehefrau oder Freundin zusätzliche Bewältigungsressourcen finden, wartet auf Frauen in der Regel zu Hause der „zweite Arbeitsplatz“, so daß häufig eine

Erholung von Belastungen aus der Erwerbsarbeit nicht gewährleistet ist, sondern im Gegenteil zusätzliche Belastungen durch Hausarbeit und die emotionale Stabilisierung des Systems Familie und seiner einzelnen Mitglieder bewältigt werden müssen. Für sie entsteht dann leicht die Situation, daß sie allen anderen bei der Streßbewältigung helfen, für sie selbst aber wenig „übrigbleibt“. Zu den Ressourcen gehören schließlich auch Merkmale, die zwar in der Person selbst liegen, aber größtenteils sozial vermittelt sind.

Von einer so umfassenden Sichtweise ist die arbeitsbezogene Rheumaforschung noch weit entfernt. Aber in bezug auf die Arbeitsbedingungen im engeren Sinne gibt es neuerdings doch Ansätze zu einer Berücksichtigung nicht nur von Belastungen sondern auch von Bewältigungsmöglichkeiten. So stellen BONGERS et al. (1993) in einer Durchsicht der einschlägigen epidemiologischen Literatur fest, daß häufig neben mechanischen auch *psychosoziale Arbeitsbelastungen* sowie geringe *Kontrollspielräume* und fehlende *soziale Unterstützung* im Zusammenhang mit muskuloskelettalen Erkrankungen gefunden wurden. Sie vermuten, daß streßbedingte Tonuserhöhungen der Muskulatur dafür verantwortlich sind. Daran anknüpfend plädieren ELKELES et al. (1994,166) für ein umfassendes „Risiko-Ressourcen-Modell“, das psychosoziale Risiken miteinbezieht.

Selbst wenn eine solche Sichtweise sich durchsetzen sollte, wäre damit allerdings ein weiteres Defizit noch nicht beseitigt, nämlich die notorische *kognitivistische Verkürzung* aller beteiligten Disziplinen, von der Arbeitsmedizin über die Arbeitspsychologie bis zur Arbeits- und Betriebssoziologie, die *Leistungsgesichtspunkte* in den Vordergrund stellen und die *emotionale Befindlichkeit* der Beschäftigten fast völlig vernachlässigen. Zwar werden regelmäßig Angst, Furcht, Schuld, Ärger, Traurigkeit, Depression, Neid, Eifersucht u.a. als „Streßemotionen“ aufgeführt, aber kaum systematisch analysiert. Die arbeitsbezogene Streßforschung thematisiert allenfalls Furcht, und bisweilen ist vom Widerwillen gegen die Arbeitsbedingungen die Rede. Insbesondere die Vernachlässigung von Aggressivität erscheint bemerkenswert: lautet doch die allgemein geteilte Grundannahme, daß die Streßreaktion eine Antwort auf die (drohende) Frustration wichtiger Bedürfnisse ist und die Situation als „aversiv“ erlebt wird. Daß auf Frustrationen häufig mit Aggressionen reagiert wird, ist in der Psychologie aber unumstritten. Gelegentlich ist zwar von „Gereiztheit“ die Rede, etwa bei MOHR (1991,101), die sie dann aber als „psychischen Erschöpfungszustand“ definiert und damit ihrer aggressiven, aktiven Dimension entkleidet. Am ehesten werden noch soziale Auswirkungen streßbedingter Gereiztheit thematisiert: mürrisches und aggressives Verhalten - vor allem von Männern - nach Arbeitsschluß gegenüber Familienangehörigen.

Was aber bedeutet Aggressivität bei Streßreaktionen für die Betroffenen selbst? Und gibt es nicht über „Leistungsstreß“ hinaus im Arbeitsalltag zahlreiche Anlässe für starke *Emotionen*, die mit erhöhter Muskelspannung einhergehen? In der arbeitsbezogenen Rheumaforschung werden solche Fragen fast völlig ausgeblendet. Eine der wenigen Ausnahmen bildet eine großangelegte prospektive Studie von BIGOS et al. (1991a, b). Sie fanden in den Boeing-Werken in Seattle, wo körperliche Belastungen geringer als in manch anderen Industriezweigen sind, fehlende Freude an der Arbeit und „emotionalen Streß“ als stärkste Vorhersagevariablen für akute Rückenprobleme. ELKELES (1994) fand in einer Analyse der Daten des 1. Nationalen Gesundheitssurveys ebenfalls Zusammenhänge zwischen Rückenschmerzen und Arbeitszufriedenheit. Die Frage allerdings, ob solche statistischen Zusammenhänge im Sinne einer Ursache-Wirkungsbeziehung interpretiert werden können, ist im Rahmen epidemiologischer Untersuchungen kaum zu entscheiden. Bigos u.a. äußern die Vermutung, daß emotional hoch belastete Personen von Rückenproblemen lediglich, als von einer zusätzlichen Bürde, vermehrt *berichten*, während Beschäftigte, die ihre Arbeit mögen und sich emotional wohl fühlen, eher zur Untertreibung neigen könnten.

THEORELL et al. (1991) hingegen, die noch sehr viel eingehender die emotionale Befindlichkeit von Beschäftigten aus verschiedenen Berufsgruppen sowie gleichzeitig deren psychosoziale Arbeitsbelastungen, Muskelanspannung und Probleme an Rücken, Nacken und Schultern erhoben, tendieren zur Annahme von *Verursachungs*zusammenhängen: danach könnten psychosoziale Stressoren bei unzureichenden Bewältigungsressourcen am Arbeitsplatz zu Emotionen wie Angst, Ärger und Traurigkeit führen, diese zu Muskelverspannungen und die ihrerseits schließlich zu Symptomen am Bewegungsapparat.

Solche Untersuchungen und Interpretationsansätze haben wie gesagt Seltenheitswert und spielen in der herrschenden Arbeitsmedizin keine Rolle. Emotionen stehen dagegen in einem anderen Forschungsgebiet ganz im Zentrum der Argumentation: in der sogenannten *Psychorheumatologie*, die - bisweilen unter der etwas mißverständlichen Fragestellung nach der „Rheumapersonlichkeit“ - mögliche Beziehungen zwischen psychischen Strukturen und Konfliktkonstellationen einerseits und erhöhtem Rheumarisiko andererseits untersucht. Sie nimmt allerdings von der Arbeitsmedizin im allgemeinen ebenso wenig Notiz wie diese von ihr. Ich halte es für lohnend, beide auf-

einander zu beziehen und so der Frage, ob arbeitsbedingte Emotionen zur Verursachung rheumatischer Erkrankungen beitragen können, nachzugehen. Zu diesem Zweck will ich zunächst kurz einige Grundannahmen und Befunde der psychosomatischen Rheumaforschung darstellen.

3. Rheuma als psychische Prädisposition

In Anbetracht der Tatsache, daß bei Gefühlen stets neben der Erlebnis- und der allgemeinen physiologischen Ebene auch die Muskulatur beteiligt ist, lautet die Grundannahme der Psychorheumatologie, daß bestimmte persistierende innerpsychische Konfliktkonstellationen mit chronisch gesteigerten Muskelanspannungen verbunden sind, die auf Dauer den Haltungs- und Bewegungsapparat in Mitleidenschaft ziehen. Ein Hauptproblem von Patientinnen mit rheumatischen Zustandsbildern aller Art soll in einer extrem *gehemmten Aggressivität* bestehen. Nun sind Aggressionshemmungen keineswegs spezifisch für Rheumakranke, sondern in „streßähnlichen Situationen fast ubiquitär“ (DELIUS 1975,199). Rheumakranke mit einem solchen psychosomatischen Hintergrund scheinen aber über akute Streßsituationen hinaus zu einer *chronischen Aggressionshemmung* zu tendieren bzw. in Situationen, die für andere nicht aggressionsbesetzt sind, aggressive Tendenzen zu mobilisieren, die gleichzeitig unterdrückt werden müssen. Auch dies ist nicht spezifisch für Rheumakranke, sondern wird etwa auch für den bekannten „Risikotyp A“ mit seiner besonderen Affinität zu Herz-Kreislaufkrankheiten angenommen, Spezifisch ist offensichtlich nicht die Aggressionshemmung als solche, sondern deren *körperlicher Ausdruck über die Muskulatur* (vgl. etwa DELIUS und BRÄUTIGAM in: WEINTRAUB et al 1975,199). Allerdings darf darüber nicht vergessen werden, daß immer der ganze Mensch reagiert. Dies gerät durch die organbezogene Arbeitsteilung in der modernen Medizin häufig aus dem Blickfeld - auch von PsychosomatikerInnen. So gibt etwa WEINTRAUB zu bedenken: „Wir Rheumatologen sehen die verspannten Muskeln. In der gleichen Situation sieht ein anderer den Magen oder die Dysmenorrhoe oder den koronaren Schmerz“ (WEINTRAUB 1975,201).⁸

So leben nach BECK (1975) Patientinnen mit chronischen Schmerzzuständen aufgrund von funktionellem Weichteilrheumatismus „in einem chronischen und bewußtseins-

8 Gleichwohl ist es natürlich auch möglich, daß bei verschiedenen Menschen verschiedene Organe unterschiedlich stark reagieren.

nahen aggressiven Stauungskonflikt", weil sie als Kinder auf Gefügigkeit dressiert, gleichzeitig aber in ihren Autonomietendenzen (im Sinne von „Sich-durchsetzen“) bestärkt wurden. Dabei wurden Abhängigkeits- und Hingabewünsche frustriert und durch Leistungsbereitschaft überkompensiert. Solche Ambivalenzen bestehen bis ins Erwachsenenalter fort. „Zum Ausbruch der Schmerzsymptomatik kommt es immer dann, wenn die ungelösten infantilen Ambivalenzkonflikte durch äußere Anlässe reaktiviert werden. Dies ist der Fall, wenn im Patienten starke Protestgefühle mobilisiert und gleichzeitig abgewehrt werden. Dies kann durch die mannigfaltigsten äusseren Lebenssituationen geschehen, wie leistungsmäßige Überforderung, Abnahme der Körperkraft, Ausbleiben einer erhofften Anerkennung, Verletzung des Geltungsbedürfnisses, enttäuschter materieller Gewinn usw. Tiefenpsychologisch handelt es sich immer um mobilisierte Aggressionen, die nicht verarbeitet werden können. Am somatischen Betriebsstück entstehen dann Bereitstellungsreaktionen zur Aggressionsabfuhr, die sich wegen Chronizität der Konflikte als Muskelhartspann oder als Schmerzen äußern" (BECK 1975,183).

Auch andere Autorinnen wie etwa CREMERIUS (1955) oder KÜTEMEYER (1981) und KÜTEMEYER/SCHULTZ (1990) stellen auf Störungen des sogenannten *retentiven Antriebserlebens* (SCHULTZ-HENCKE 1951) ab⁹, bei denen aufgrund früher Konflikte in der Eltern-Kind-Beziehung Vertrauen und Hingabefähigkeit nicht entwickelt werden und die Patientinnen sich Abhängigkeitswünsche nicht eingestehen und sich nicht weich und offen verhalten dürfen, weil sie ständig *Angst* vor der als fordernd und bedrohlich erlebten Umwelt haben. Dies führt einerseits zur Abwertung der eigenen Gefühlswelt, der „weiblichen“ Seite in sich selbst und zu einer zurückhaltenden, ängstlich-gespannten Haltung, die durch „männliche Härte“ und scheinbare Leidensfreiheit überspielt wird. Nach übereinstimmender Beobachtung neigen Rheumatikerinnen dazu, sich selbst zurückzustellen und gelten als ausgesprochen altruistisch, allerdings nicht aus liebevoller Hingabe, sondern mit der Tendenz, mit ihrer Hilfsbereitschaft andere zu beherrschen. Die gehemmte Aggressivität schlägt sich nieder in einem auffälligen Widerspruch zwischen bewußtem Erleben („Gefügigkeit, Willigkeit und übermäßige Tendenzen des Hergebens und Dienens“) und dem unbewußten Körperausdruck: die Schulter- und Nackenmuskeln und die Muskeln des unteren Rückens sind angespannt wie bei einem den Angriff erwartenden Kämpfer. „Wie in einem Korsett, wie eingepanzert in feindselige Abwehr kann der Mensch aggressive Antriebsbedürfnisse nicht bewußt erleben und ausleben,

9 „also jene Erlebnisabläufe, für die das Sichzurückhalten, Sichanspannen, im Gegensatz zum Sichhingeben, Sichverströmen charakteristisch ist.“ (CREMERIUS 1955, 241)

das Motorische ist tabuisiert" (CREMERIUS 1955, 243). KÜTEMEYER/SCHULTZ (1990) beobachteten bei vielen Patientinnen mit Lumbago-Ischialgie-Syndrom „forcierte Selbstbehauptung" und „Rückgrat-Beweisen auf Biegen und Brechen", großen Tatendrang und „unermüdlichen Arbeitseifer". Sie machen darauf aufmerksam, daß deren Auswirkungen weit über den Bewegungsapparat hinausgehen und diesen zusätzlich schädigen können: „Der innere 'Apparat', der nicht aufhört, die Patienten anzutreiben, verursacht eine *Störung des physiologischen Rhythmus* im gesamten *Vegetativum*, was sich u.a. in einer besonderen Form von Schlafstörung äußert: EEG-Untersuchungen zeigten eine abnorme Alpha-Tätigkeit im Schlafstadium IV bei diesen Patienten, das sogenannte „Non-restorative-sleep-Syndrome" als Zeichen dafür, daß sie auch im Schlaf nicht eigentlich zur Ruhe kommen. (...) Die Muskelverspannung scheint zuweilen im Schlaf sogar stärker zu sein als im Wachen" (KÜTEMEYER 1981, 94).

Aber nicht nur der Schlaf leidet unter dem Aktivismus der Patientinnen, sondern auch „die *körperliche Selbstwahrnehmung*, das Empfinden für das Ausmaß der eigenen Leistung, für schützende Ermüdungserscheinungen und für Prodromi als erste Dekompensationszeichen" (KÜTEMEYER/SCHULTZ 1990,840; Hervorhebung B.v.E.).

Häufig wird in der Literatur auch auf *sexuelle Probleme* hingewiesen (insbesondere bei Beschwerden im unteren Wirbelsäulenbereich) auf den *Zwang*, trotz Trauer, Mutlosigkeit oder Verzweiflung „*Haltung zu bewahren*", sowie auf die Möglichkeit (larvierter) *Depressionen* (WEINTRAUB 1977, 952; vgl. auch WEINTRAUB et al. 1975 und WEINTRAUB 1983).

Dabei kann es zu *Verstärkungs- und Aufschaukelungsprozessen* kommen. CREMERIUS (1955, 230 f.) schildert das Beispiel eines dreißigjährigen Arztes, der an einem Cervikalsyndrom mit Muskelhartspann, Spannungen in der Schultergürtelmuskulatur und Einschlafen der Hände in der Nacht leidet: „Er beschreibt einmal, wie er am Schreibtisch sitzt und arbeitet: 'Der ganze Körper ist gespannt, der Rücken wie ein angezogener Bogen; es ist, als ob ich mit der gesamten Muskulatur dächte.' Ergebnis: Rasche Ermüdung - noch größere Anspannung - Erschöpfung (im körperlichen Muskelschmerz, im Psychischen das Erlebnis des Unökonomischen zwischen Aufwand und Ergebnis) - Bezweifelung des Selbstwertes - Depression - Schuldgefühle - 'Ich muß noch mehr hineinstecken'."

Aus einer solchen „Fehlverarbeitung mit Hilfe der Muskulatur“ (ebd., 237) kann ein Teufelskreis aus psychischen Problemen und körperlichen Störungen am Bewegungsapparat entstehen. Die Muskelverspannungen lassen sich elektromyographisch - durch Ableitung der Aktionsströme - nachweisen. So führten etwa bei Patientinnen mit muskel- und gelenkrheumatischen Beschwerden im Nacken und unteren Rückenbereich schon einfache Handlungen - etwa der Händedruck mit dem Untersucher - zur Mitbeteiligung weit entfernter Rückenmuskeln, die von gesunden Menschen in vergleichbaren Situationen nicht beansprucht werden. Bei konfliktbesetzten Gesprächen stiegen die Muskelpotentiale - und die Schmerzen - deutlich an und erreichten ihr Maximum bei aggressionsbesetzten Themen (vgl. HOLMES/WOLFF 1952). Häufig wird von starken nächtlichen Muskelverspannungen, teils mit Zähneknirschen, berichtet und davon, daß die Patientinnen dann mit einer allgemeinen Muskelsteifigkeit aufwachen und sich abgeschlagen und unausgeruht fühlen. „Ein Patient berichtete uns, daß er sich nachts so sehr verkrampfte, daß er morgens Nägelmale in der Hohlhand vorfände“ (CREMERIUS 1955, 233). Ob *spezifische* Konfliktkonstellationen für die Rheumaentstehung verantwortlich sind, ist nicht geklärt. Aber *Aggressionshemmung, ambivalente Autonomietendenzen und Angst* spielen eine herausragende Rolle in den meisten Ansätzen, denen auf einer sehr allgemeinen Ebene „die Vorstellung gemeinsam ist, daß Erregungshemmung und Einengung des Lebensbezuges zu statischen Fehlhaltungen und muskulärem schmerzhaften Hypertonus führen“ (WEINTRAUB 1975, 153).

Was fehlt, sind prospektive Studien, da sonst nicht auszuschließen ist, daß die beobachteten psychischen Besonderheiten nicht *Ursache*, sondern *Folge* der Erkrankung sind.

Die Tatsache aber, daß offensichtlich unbewußte psychische Aktivitäten während des Schlafes und im Traum zu starken Muskelverspannungen führen, dürfte ebenso für eine psychische Disposition sprechen wie die Bedeutung typischer Auslösesituationen - etwa wenn in kritischen Lebenssituationen Überlegenheit und „Rückgrat-Beweisen“ nicht durchgehalten werden können (KÜTEMEYER 1981, 98) - und nicht zuletzt auch Heilerfolge durch Psychotherapie: Besserungen der Symptomatik dann, „wenn der Patient es lernte, seine gehemmten Antriebe nicht mehr im Milieu seines Bewegungsapparates auszutragen“ (CREMERIUS 1955, 226, 233). WEINTRAUB (1977, 951) weist auf die therapeutische Erfahrung hin, „daß der *Schmerz durch Tränen abgelöst* wird, wenn der zugrundeliegende Konflikt angesprochen wird. Stärkste psychosomatische Schmerzen können auf diese Weise in kürzester Zeit verschwinden.“

4. Perspektiven eines integrativen Erklärungsansatzes

Die bislang vorgetragenen Ansätze, welche (1) biomechanische (und andere physikalische sowie chemische) Belastungen, (2) Streßreaktionen und (3) psychische Prädispositionen als Risiko für rheumatische Erkrankungen postulieren und dafür jeweils theoretische und empirische Evidenz beanspruchen können, bestehen weitgehend unverbunden nebeneinander. Die Scheinwerfer des Erkenntnisinteresses werden jeweils nur auf bestimmte umschriebene Lebensbereiche und Lebensabschnitte (Erwerbsarbeit, familiäre Sozialisationsprozesse) und auf unterschiedliche Aspekte des Verhältnisses von Individuum und Gesellschaft („objektive“ Anforderungen und Zumutungen, subjektive Verhaltensweisen und innerpsychische Vorgänge) gerichtet.

Eine systemtheoretische Perspektive - in der sowohl das Individuum selbst wie das Individuum zusammen mit seiner Umwelt als lebendiges System aufgefaßt wird -kann sich, bei aller unbestrittenen Berechtigung und Notwendigkeit von Untersuchungen auf jeweils verschiedenen (biologischen, psychischen und sozialen) Systemebenen, mit diesen allein nicht zufriedengeben, sondern verlangt nach dem Versuch einer Integration. Ein solches Projekt übersteigt sicher die derzeitigen wissenschaftlichen Möglichkeiten und bedarf - auch auf der Ebene der Erforschung von Einzelaspekten, wie sie in den skizzierten Ansätzen behandelt werden - noch erheblicher Vorarbeiten. Ich will dazu in zweierlei Hinsicht einen Beitrag leisten:

Zum einen will ich die These entfalten, daß Menschen mit der geschilderten psychischen Prädisposition im Arbeitsleben aufgrund ihres charakteristischen Leistungsverhaltens noch zusätzlich rheumagefährdet sein können. Es ist dies ein Aspekt, dem in der Psychorheumatologie bislang kaum Beachtung geschenkt wird, ebensowenig wie dem Umstand, daß im Arbeitsalltag unzählige Anlässe für starke „negative“ Emotionen bestehen, die aufgrund struktureller Zwänge und aus Angst vor Sanktionen unterdrückt werden müssen. Dies dürfte sich für Beschäftigte mit einer entsprechenden psychischen Prädisposition aufgrund der damit verbundenen Aktualisierung persistierender Konflikte besonders gravierend auswirken, aber - so meine zweite These - auch bei anderen Beschäftigten, die mit ganz „gesunder“ Wut und „normaler“ Angst auf Kränkungen und Frustrationen reagieren, u.U. zu chronischen Muskelverspannungen führen und ihr Rheumarisiko erhöhen. Es sind dies Thesen, die der empirischen Überprüfung erst noch bedürfen, mir aber auf dem Hintergrund bisheriger Forschungsergebnisse theoretisch und empirisch plausibel erscheinen.

5. Risikokumulation für Beschäftigte mit psychischer Prädisposition

Menschen mit den geschilderten Konfliktkonstellationen gelten als besonders „gute Arbeitskräfte“, die aus einem „inneren Bedürfnis“ heraus hart arbeiten: sie versuchen damit offenbar, tiefsitzende Konflikte und Ängste zu bewältigen. KÜTEMEYER (1981, 93) etwa spricht vom „Durchhalte-Syndrom“ bei Lumbago-Ischialgie-Patienten; die „von *Arbeitswut* wie besessen“ zu sein scheinen und dazu neigen, sich mit Arbeit zu überhäufen (vgl. auch KÜTEMEYER/SCHULTZ 1990, 840; CREMERIUS 1955, 232). Es ist leicht vorstellbar, daß solche Menschen, vor allem - aber nicht nur - dann, wenn sie am Arbeitsplatz schwere und einseitige Muskelarbeit zu leisten haben, besonders schlechte Ausgangsbedingungen haben: wahrscheinlich bringen sie bereits eine höhere Anfangsspannung der Muskulatur und damit eine geringere Leistungsfähigkeit mit, tendieren dazu, Bewegungen mit unnötig hohem Kraftaufwand auszuführen¹⁰ und sich nicht genug zu schonen (auch wenn die objektiven Arbeitsbedingungen dies zulassen würden) und haben eine geringere Sensibilität für ihre Körpervorgänge, insbesondere für „schützende Ermüdungserscheinungen“. Wenn sie gleichzeitig wegen der höheren Ausgangsspannung der Muskulatur real schneller ermüden, ist die sich öffnende „Leistungsschere“ vorprogrammiert. So kann die gleiche „Spirale“ aus (relativ) zunehmender Leistungsanforderung und Muskelüberlastung mit Hartspann, Schmerz und Funktionseinschränkung entstehen wie bei „rein ergonomischen“ Belastungen. Dazu kommt die Gefahr, daß diese Menschen sich die Möglichkeit sozialer Unterstützung verbauen, weil sie sich mit ihrem dominierenden Verhalten und ihrer „150-prozentigen“ Pflichterfüllung unbeliebt machen. Häufig wird ihr Verhalten durch *positive soziale Sanktionen* verstärkt: stellt es doch die Erfüllung einer zentralen sozialen Norm der „Leistungsgesellschaft“ dar: die hochdisziplinierte, exzessive Leistungsverausgabung ohne Rücksicht auf inhaltliche Interessen und eigene Bedürfnisse, „Leistung an sich“! Diese Norm hat nicht nur die kindlichen Sozialisationsbedingungen mitgeprägt, sondern garantiert den nunmehr Erwachsenen ihr soziale Wertschätzung als „gute Arbeitskräfte“.¹¹

In ihren geschlechtsspezifischen Varianten fügt es sich zudem in die herrschenden *Geschlechtsrollenstereotype* ein und wird auch insofern durch positive Sanktionen

10 Vgl. etwa WITTENBORG (1981), 138, der dies für Menschen mit „Tennisellenbogen“ berichtet.

11 Dies ist allerdings für bestimmte Arbeitsplätze zu relativieren: Da die Betroffenen häufig „verbissen“ und ohne Gelassenheit arbeiten (vgl. etwa WEINTRAUB 1977, 951) dürften sie überall da weniger gut „funktionieren“, wo es darauf ankommt, sich komplexe Probleme klarzumachen und umfassend und differenziert zahlreiche, u.U. widersprüchliche Dimensionen bei der Lösung zu berücksichtigen.

verstärkt: bei Männern im Hinblick auf den bestimmenden Stellenwert von Leistung und Erwerbsarbeit für ihre männliche Identität und die Härte im Umgang mit sich selbst; bei Frauen im Hinblick auf ihre Rolle als „Dienende“, die gegen fremde Leistungszumutungen eigene Bedürfnisse nicht geltend macht und sich für andere bis zur Selbstaufgabe verausgabt - sei es in der Familie, aber auch im Erwerbsleben, wo sie überwiegend in den unteren Rängen der Betriebshierarchie fremdbestimmte und vorstrukturierte Mengenleistungen zu vollbringen oder in zahlreichen Assistenzberufen - im allgemeinen männlichen - Vorgesetzten schnell, präzise und ohne eigene inhaltliche Ansprüche zuzuarbeiten haben.

Indem pathologische persönliche Verhaltensmuster so in gesellschaftliche Normsysteme eingepaßt sind, präsentiert sich das Bild einer „doppelten Funktionalität“ oder „*funktionalen Verschränkung*“ von *Verhältnissen und Verhalten* (FRICZEWSKI et al. 1987). Beide Seiten profitieren davon: die betreffenden Beschäftigten erfahren *soziale Anerkennung* und, auf der Oberfläche ihres Bewußtseins, eine relative *Konflikt- und Angstfreiheit*, ihre Umgebung kann sich auf ihre freiwillige Leistungsverausgabung, wenn es sein muß bis hin zur Selbstüberforderung, verlassen. So können in Betrieben *Leistungsanforderungen verstärkt* und *Personalkapazitäten knappgehalten* werden, ohne auf Widerstand zu treffen. Wie in einer Spirale können sich Anforderungen und relative Überforderung immer weiter hochschrauben (im übrigen auch zu Lasten der Kolleginnen, die das geschilderte Verhaltensmuster nicht als psychische Disposition mitbringen, sondern in den Sog der Überforderung mit hineingezogen werden!). FRICZEWSKI (1982a, 326 f.) weist darauf hin, daß der *Begriff des „Stressors“* insofern relativiert werden muß, als beide Systeme - das „betriebliche Profitsystem“ und das „System der personalen Identität“ - sich *gegenseitig* bedingen, „pathogene Verhaltensweisen und pathogene Anforderungsstrukturen sich gegenseitig 'benötigen' und sich daher auch gegenseitig aufschaukeln und stützen ... Allein prozessuale, dialektische Kategorien können diese Mehrdeutigkeit noch abbilden.“ Es ist im übrigen anzunehmen, daß Prozesse *sozialer Selektion* dazu führen, daß Menschen mit der geschilderten psychischen Struktur tendenziell eher auf Arbeitsplätze mit hoher Leistungsintensität gelangen - sei es, weil sie dies selbst anstreben und/oder weil sie im Rahmen betrieblicher Personalstrategien bevorzugt dort eingesetzt werden.

Dazu kommen nun Belastungen, die aus dem Arbeitsalltag selbst stammen und sich natürlich auf solche Menschen durch Aktualisierung ihrer persistierenden Konflikte besonders gravierend auswirken, aber auch bei anderen Beschäftigten ohne solche psychische Prädisposition Angst, Wut oder andere „negative Emotionen“ auslösen.

Dies kann - so meine These - auch bei diesen das Rheumarisiko erhöhen. Die „Übertragung“ von Befunden und Annahmen einer auf vorgängig erworbene psychische Dispositionen für Muskelverspannungen bezogenen Psychorheumatologie auf die Arbeitswelt erscheint insofern gerechtfertigt, als es unerheblich sein dürfte, ob Angst und Aggressivität aus persistierenden inneren oder äußeren Konflikten und Frustrationen resultieren und ob äußere oder verinnerlichte Sanktionsdrohungen zur Hemmung von Emotionen zwingen. Beide dürften in bezug auf chronische Muskelverspannungen „funktional äquivalent“ sein.¹² Im übrigen handelt es sich nur um eine analytische Trennung; real sind immer äußere und innere Einflüsse beteiligt. Auch bei Menschen ohne die geschilderte psychische Prädisposition werden durch Kränkungen und Frustrationen alte Konfliktkonstellationen aktualisiert.

6. „Normale“ Angst und Aggressivität im Arbeitsleben

Von *akuten* Rheumaerkrankungen, die auch bei sonst Gesunden durch starke Emotionen ausgelöst werden können, erfährt die Öffentlichkeit ab und an durch spektakuläre Ereignisse.

So kam es etwa im 1. und 2. Weltkrieg in den USA und Frankreich zu epidemieartigen Kreuzschmerzen bei Soldaten, die mit den üblichen Therapiemethoden nicht zu beeinflussen und offenbar angstbedingt waren (KÜTEMAYER/SCHULTZ 1990, 839). Aufsehenerregend war auch der folgende Fall: „Mitte August 1956 brach im Bergbau eine Epidemie aus, die zu einem erheblichen Anstieg der 'Fehlschichtenzahlen', d. h. Arbeitsausfall führte. Die Kranken klagten über schwere Myalgien, vor allem im Bereich des Rückens. Bei der ärztlichen Untersuchung wurde ein echtes 'rheumatisches' Syndrom diagnostiziert, das die angegebenen Beschwerden voll erklärte. Eine genaue Analyse der Zusammenhänge ergab, daß diese Epidemie im Anschluß an die Katastrophe in dem belgischen Bergwerk Marcinelle am 9. August 1956 ausgebrochen war. Es handelte sich also um 'Weichteilrheumatismus', ausgelöst durch schwere Angstzustände, die durchaus einfühlbar waren und die sich als körperliche Symptome des Bewegungsapparates manifestierten. Die Angst saß den Bergleuten 'im Nacken' und verursachte durch

12 Schon ALEXANDER (1977, 49 f., 71 f.) weist darauf hin, daß es letztlich von sekundärer Bedeutung sei, ob Bedürfnisbefriedigung durch „innere Zurückweisung“ oder durch äußere Umstände verhindert werde - entscheidend sei die *Versagung*. Auch FRICZEWSKI (1982b, 443) geht davon aus, daß die Unfähigkeit oder Unmöglichkeit, chronische Anspannung in Handlungen abzubauen zu können, gleichermaßen auf der Grundlage einer Persönlichkeitsstörung wie ad hoc in belastenden Arbeitssituationen entstehen kann.

Hartspann und Verkrampfung der Muskulatur die schweren 'epidemischen' Schmerzen" (HERRMANN et al. 1990, 830).

Daß *Angst* zu einer Erhöhung der Muskelspannung führt, darf als gesichert gelten -darauf weisen Untersuchungen an Angstpatientinnen ebenso hin wie experimentelle Befunde und die Reduktion von Angst durch Muskelentspannung.¹³ Bei den geschilderten akuten Angstzuständen handelt es sich zweifellos um Extremfälle. Dagegen sind Ängste im Arbeitsalltag weniger spektakulär und meist von geringerer Intensität, allerdings wahrscheinlich weit verbreitet, etwa: Angst davor, Fehler zu machen, den Arbeitsplatz zu verlieren oder umgesetzt zu werden, Angst vor Lohneinbußen, Angst vor und bei Maßregelungen durch Vorgesetzte und Konflikten mit Kolleginnen, Angst vor der Entdeckung selbstgeschaffener Freiräume usw. usf. Nun kann Angst ja mit V. UEXKÜLL/WESIACK (1990, 15) - wie etwa auch das Immunsystem, die Streßreaktion oder der Schmerz - zunächst als sehr funktionale Antwort eines organismuseigenen Schutzsystems angesichts von Bedrohungen gelten. Erst wenn diese Schutzfunktion versagt, weil die Ursachen für die Angst nicht abgestellt werden können, die emotionale Erregung aber anhält, kann sie zum Gesundheitsrisiko werden. Nicht wenige Beschäftigte dürften sich permanent in einem ängstlichgespannten Zustand befinden. Vor allem denjenigen Beschäftigten, deren Arbeitsmarktchancen schlecht, die auf den Verkauf ihrer Arbeitskraft aber zwingend angewiesen sind, wird eine niedrige Angschwelle gleichsam objektiv aufgezwungen: wenn sie die erwartete Leistung nicht bringen (können) oder sich „das geringste zuschulden kommen lassen“, kann das für ihr Berufsleben verheerende Auswirkungen haben. Die begleitenden Ängste dürften häufig unterschwellig bleiben und nicht zum Bewußtsein zugelassen oder zumindest anderen gegenüber verborgen werden. Solche Affektunterdrückung wird vermutlich die ohnehin auftretenden angstbedingten Muskelverspannungen noch verstärken.

In der Arbeitswelt sind aber wahrscheinlich nicht nur *Angst und Angstunterdrückung* relativ häufig sondern auch *Aggressivität und Aggressionsunterdrückung*, die ebenfalls psychorheumatologisch als besonders riskant gelten und häufig aus den Arbeitsbedingungen entstehen können, und zwar in doppelter Hinsicht. Zum einen wird an vielen Arbeitsplätzen „*gekonnte Aggressivität*“ (Freud) im Sinne aktiver und konstruktiver Auseinandersetzung mit der Umwelt verhindert und damit ein starkes Bedürfnis

13 Vgl. JANKE (1986), 39. - Er vermutet auch, daß die angstdämpfende Wirkung von Beruhigungsmitteln über muskuläre Entspannung vermittelt wird.

ständig frustriert. Zum ändern kann *Aggressivität als Reaktion* entstehen, wenn wichtige Bedürfnisse frustriert werden.¹⁴ Diese „sekundäre“ Aggressivität darf aber meist ebenfalls nicht ausgelebt werden aus Angst vor Sanktionen. Angesichts der Restriktivität vieler Arbeitsplätze, an denen sich Menschen täglich in zentralen Bedürfnissen frustriert und in ihrer Menschlichkeit negiert sehen, kann man nur ahnen, welches Ausmaß an Aggressionshemmung hier ständig geleistet werden muß! Ob Aggressionsunterdrückung wie bei den geschilderten psychischen Dispositionen aus *inneren*, oder wie hier aus *äußeren* Zwängen resultiert - beide Male aus Angst vor Strafe -, dürfte für die Auswirkungen auf die Muskulatur unerheblich sein.

Dabei kann im Prinzip *alles* zu frustrationsbedingter Aggressivität führen, was als „aversiv“ empfunden wird und dem man sich nicht entziehen kann. Dies müssen keineswegs immer *psychische* Beeinträchtigungen sein, wie das folgende Zitat zeigt, welches gleichzeitig andeutet, mit welcher komplexen, bislang auch nicht annähernd erforschten Interaktionsprozessen dabei zu rechnen ist: „Soll eine Zwangshaltung längere Zeit trotz Ermüdung und Schmerzen ertragen werden, ist eine Abstumpfung, eine Desensibilisierung gegen unangenehme Reize aus der Körperperipherie erforderlich. Vermutlich werden solche Signale vom zentralen Nervensystem unterdrückt oder zumindest unterschwellig gehalten, d. h. sie bleiben unbewußt. Gleichwohl werden sie wahrgenommen, in dem Sinne, daß der Organismus diese Signale

14 In der Emotionsforschung wird dies im allgemeinen als *Ärger* bezeichnet - ein „emotionales Bedingungsgefüge ..., welches aus subjektiven Gefühlen der Spannung, Störung, Irritation und Wut besteht, begleitet von einer Aktivierung des autonomen Nervensystems“. Als Auslöser gelten „Frustration, Belästigung, Schädigung, Angriff oder Zufügung eines Unrechts“ (HODAPP et al. 1993,18; 13).. Von *Ärger* als *Emotion* wird meist *Aggression* unterschieden, wenn es um den *Handlungsaspekt* geht. Der in der Psychoanalyse übliche Begriff der Aggressivität ist in der Emotionsforschung ungebräuchlich. Ich bevorzuge ihn dennoch, weil er mir umfassender erscheint als der *Ärger*-Begriff - sowohl hinsichtlich der emotionalen *Intensität* - die in der *Ärger*-forschung, sicher mitbedingt durch die notwendige Begrenztheit experimenteller Labordesigns, meist vergleichsweise schwach wirkt - als auch hinsichtlich der *Quellen* möglicher Beeinträchtigungen - die meist lediglich in der, häufig auch noch intentionalen, Durchkreuzung von Plänen oder Zielen durch andere *Personen* gesehen werden (vgl. etwa HODAPP et al. 1993 oder WALBOTT 1993). Gerade im Arbeitsleben aber liegen Ursachen für Aggressivität häufig auch in Strukturen, organisatorischen oder technischen Arrangements und ökonomischen Zwängen, die zwar von Menschen geschaffen wurden, sich gegen diese aber längst verselbständigt haben.

Über die Tatsache selbst - Aggressivität bzw. *Ärger* bzw. Aggression als Reaktion auf externe Beeinträchtigungen - gibt es keinen Dissens. Unterschiedliche Auffassungen bestehen lediglich darüber, ob Frustrationen in jedem Fall zu Aggressionen führen, wie in der Tradition der „Frustrations-Aggressions-Hypothese“ von DOLLARD et al. (1939) behauptet wird, oder nur unter bestimmten Bedingungen (vgl. etwa HODAPP et al. 1993,13).

In der psychoanalytischen Diskussion vertritt etwa LAMPL-DE GROOT (1965, 472) die Auffassung, daß jeder Konflikt, ob zwischen den psychischen Instanzen Ich und Es oder zwischen Individuum und Umwelt „freie Aggression“ hervorruft.

Müdigkeit, Schmerz registriert. Hieraus kann eine latente Unlust, Gereiztheit, Nervosität, auch Aggressivität entstehen. Die unbewußte Wut muß unterdrückt werden, da sich diese gegen die Arbeit gerichtete Wut keinen Ausdruck schaffen, keine Bahn brechen kann. Hiermit verbunden ist das Gefühl des Ausgeliefertseins, 'nichts machen zu können'. Aus diesen Stimmungen können dann Depressionen oder psychische Erschöpfungszustände entstehen, die dann als solche behandlungsbedürftig werden. Durch die Gereiztheit können selbst wieder Muskelverspannungen entstehen, die bestehende Schmerzen durch Muskelüberlastung im Sinne eines Circulus vitiosus unterhalten und verstärken können" (SCHMIDT 1982,42).

Nicht nur biomechanische Belastungen wie in diesem Fall, sondern auch alle möglichen anderen körperlichen und psychosozialen Anforderungen können zu „Stressoren“ werden und Aggressionen erzeugen, wenn man ihnen wegen unzureichender Bewältigungsmöglichkeiten ohnmächtig ausgeliefert ist. So ist beispielsweise seit langem bekannt, daß „Arbeit unter Zeitdruck durch vorgegebenes Zwangstempo“ zu „deutlichen Unlustgefühlen“ und gesteigerter Reizbarkeit führt (OPPOLZER 1992, 33). Es ist aber noch sehr viel „*Mehr als Monotonie und Zeitdruck*“ (so der programmatische Titel von DABROWSKI et al. 1989), was offene oder latente Aggressivität hervorrufen kann. Nur einige der sonst kaum untersuchten Aspekte, zu denen die Autoren Un- und Angelernte mit Maschinenbedienungs- und Überwachungstätigkeiten, mit repetitiven Montagearbeiten und an Büroarbeitsplätzen mit einförmigem Aufgabenzuschnitt befragt haben, sollen hier angedeutet werden.

So sind etwa *defizitäre Beteiligungsmöglichkeiten* bei der Gestaltung der Arbeit und der Arbeitsbedingungen eine Quelle von Ärger und Wut. Sie lösen nicht einfach nur „Arbeitsunzufriedenheit“ aus, sondern „Gefühle von Unmündigkeit und Unterlegenheit“ und erinnern an „ein perpetuiertes Milieu infantiler Abhängigkeit“ (DABROWSKI et al. 1989,154 f.); etwa wenn die Betroffenen auf autoritäres Verhalten von Vorgesetzten mit antiautoritärem Trotzverhalten reagieren oder - vor allem Frauen - von Gefühlen der Scham und Kränkung überwältigt werden: „(‘Man steht dann da wie ein nasser Pudel, alle sehen es: jetzt hat sie wieder ihr Fett gekriegt. So was trifft mich immer tief. Du stehst bloß da, schluckst nur noch, und die Tränen laufen dir runter.‘). Vorwürfe des Vorgesetzten und unterdrückte Aggressionen werden introjiziert oder verdrängt (‘Ärger maß man runterschlucken, das muß man aber lernen, das kann nicht jeder!‘) ... das Verarbeiten oder Ausleben von Affekten wird gänzlich aus dem Betrieb hinausverwiesen (‘Ich schreie dann auch mal Zuhause los. Hier kann man ja leider nicht schreien!’)“ (ebd., 155 f.). Nicht nur wenn ihre Interessen *autoritär*, auch wenn sie *argumentativ*

abgewehrt werden - etwa durch Hinhalten, Sachzwangbehauptungen, Überwälzung der Beweislast auf die Beschäftigten - sehen sich diese massiv auf ihren Objektstatus verwiesen. Sie empfinden diese Art der Konfliktaustragung „als Farce und Inszenierung“, die ihr Selbstbewußtsein kränkt: „... man wird 'echt für blöd gehalten', fühlt sich 'gelinkt', 'nicht für voll genommen', 'für dumm verkauft'. Die emotionalen Akzente sind aggressionsgetönt: Wut über die eigene Ohnmacht und ständige Konfliktunterlegenheit, Zorn über empfundene Rechtswillkür und Ungerechtigkeit. Im Betrieb 'bringt einen alles auf die Palme', man 'regt sich dauernd auf, 'möchte aus der Haut fahren'" (ebd., 158).

Aber unabhängig davon, ob Vorgesetzte „sachlich“ oder „unsachlich“ oder überhaupt nicht argumentieren, die *strukturelle Unterlegenheit* ist immer fühlbar, auch wenn sie nicht *persönlich*, sondern durch Technik und Arbeitsorganisation (den Takt der Maschine oder des Bandes, das Akkordlohnsystem) *direkt* vermittelt ist. So fanden etwa BECKER-SCHMIDT et al. (1982), daß die erzwungene Unterordnung und Funktionalisierung der Arbeitskraft für Betriebszwecke ohne Ansehung selbst fundamentaler menschlicher und persönlicher Bedürfnisse für Akkordarbeiterinnen eine massive *Bedrohung der Selbstachtung* und Quelle ohnmächtiger Wut darstellen. „Das Gefühl, in der Fabrik nur als 'Rad im Getriebe' zu gelten, wird von vielen Frauen drastisch beschrieben. Sie sollen funktionieren, 'immer schnell, schnell und fertig'. Fast alle Möglichkeiten, persönliche Bedürfnisse zu befriedigen, werden ihnen beschnitten: 'Alles was sie gern möchten, können sie in der Zeit nicht machen wo se da am Band sitzen ...'. Das gilt für die elementarsten menschlichen Belange: zur Toilette gehen können, wenn es nötig wäre; mal aufstehen und die erstarrte Körperhaltung lockern; für eine Zigarettenlänge pausieren: 'Ja, eigentlich ist das ein schlechtes Gefühl. Man denkt, Mensch, wozu geht man eigentlich arbeiten. Dann ist man sauer auf die Arbeit, nicht... Also man denkt, man ist gar kein Mensch ..., wie so 'ne Maschine kommt man sich vor.' Die Frauen fühlen sich in ihrer Selbstachtung verletzt: 'Das stört mich. Das stört mich, daß ich die Maschine nicht abstellen kann, wenn *ich* das für richtig halte. Ich will mal sagen, wenn ich jetzt - ach, wie soll ich das sagen ... Angenommen, wir können um acht zur Pause gehen, da möchte ich mitunter schon fünf *vor* acht die Maschine abstellen, ne, weil ich denn tatsächlich kaputt bin oder hungrig oder durstig im Sommer, ne ...'" (ebd., 25).

Darüber hinaus werden angesichts der „Tristesse von Anforderungsarmut und Belastungsdichte“, der „Inhaltsleere rein mechanischer Arbeitsvollzüge in einer Umgebung, die den Automaten und Roboter zum 'Kollegen' hat“ (DABROWSKI et al. 1989,

220; 225), inhaltliche Ansprüche an die Arbeit, gar auf Selbstverwirklichung durch Arbeit, massenhaft frustriert: „Die Arbeit erscheint als 'Idiotenarbeit', geeignet für 'Gehirnamputierte' „, Man muß 'sein Gehirn an der Wache morgens abgeben', um keinen Schaden zu nehmen, 'darf gar nicht dran denken, was man macht, sonst wird man verrückt'. Befürchtungen, selbst mit der Zeit einen 'Dachschaden' oder 'Hammer' zu bekommen, werden laut... 'Man versucht immer, zu verdrängen, nicht darüber nachzudenken, sonst ...' (ebd., 208). Es erscheint als „Gewöhnung“, was nach Thomas „Verdrängung“ genannt werden muß: die Unterdrückung von Wünschen nach Leben während der Arbeit, nach einer Arbeit, in der man sich wohlfühlt und die eigenen Fähigkeiten ins Spiel bringen, Selbstbestätigung und Bestätigung durch andere erfahren und sich am Produkt der Arbeit freuen kann. Befragungen in verschiedenen westlichen Ländern zeigen, daß für die allermeisten Menschen Erwerbsarbeit, trotz aller Rede vom sogenannten Wertewandel, noch immer einen zentralen Lebenswert darstellt. Sie wünschen sich vor allem eine *interessante Tätigkeit*, die *Möglichkeit*, „*neue Dinge zu lernen*“, viel *Unabhängigen* und *Abwechslung* (vgl. ULICH et al. 1989, 165 ff.). Diese Bedürfnisse werden im Arbeitsalltag massenhaft frustriert und nur an privilegierten Arbeitsplätzen erfüllt. Vor allem die repetitiven Teilarbeiten von Un- und Angelernten sind Inbegriff der *Entfremdung* (MARX 1968, 510 ff.). Unzählige würden dem Ausspruch zustimmen: „Die Zeit im Betrieb, die kannste vergessen!“¹⁵

Wieviel Widerwille und Aggressivität aus der andauernden Frustration menschlicher Bedürfnisse in der Arbeit entsteht, läßt sich nur ahnen - untersucht ist es praktisch nicht. Manchmal wird etwas davon andeutungsweise sichtbar in spontanen Gewaltausbrüchen bei Beschäftigten mit besonders stumpfsinniger und monotoner Arbeit und großer Arbeitshetze. Solche „*industrielle Aggression*“ (HOFFMANN 1975, 1981) kann sich gegen Kolleginnen und Vorgesetzte oder gegen die eigene Person richten und individuell oder kollektiv, zielgerichtet oder auch diffus sein. Auch DABROWSKI et al. (1989,158) fanden spontane Affektdurchbrüche, in denen sich emotionale Belastungen bisweilen Luft verschaffen. Da berichten dann selbst weibliche Beschäftigte, die sonst eher „losheulen“ oder „im Boden versinken“ möchten: „Man 'muß seinen Ärger herausschreien', 'ich schimpfe oder schmeiße was durch die Gegend, 'Man wird dann auch laut. Früher habe ich mich geduckt, aber in so einer Firma muß man sich einfach abreagieren'." Solche Ausbrüche sind allerdings relativ selten. Äußere Sanktionsdrohungen und Über-Ich-

15 So ein Beschäftigter in Heiner Dahl: Wenn Arbeit nicht glücklich macht, aber krank ... Über das „Krankfeiern“ als Notwehr des Körpers und Kostenfaktor der Wirtschaft. Radiosendung in WDR 3,17.10.93.

Verbote verhindern normalerweise, daß das „Überdruckventil“ sich öffnet und „industrielle Aggression als entfremdete Rebellion“ (HOFFMANN 1975, 113) ausagiert wird. HOFFMANN (1975, 121) geht jedoch davon aus, daß „industrielle Aggressivität“ „im Prinzip universell“ ist - so universell wie die Arbeitsbedingungen, die Arbeitsqual erzeugen - und daß Ausbrüche der geschilderten Art nur höchst selten einen Eindruck von dem geben, was ständig „als massenhafte Disposition in der Latenz“ ist. Etwas davon lassen aber, wenn auch weniger spektakulär, die von DABROWSKI et al. (1989, 209 f.) beobachteten vielfältigen „Impulse zur Flucht aus der Arbeit“ ahnen, z.B. „das zum Feierabend einsetzende panikartige Gerenne zur Stechuhr und aus dem Werkstor hinaus“, oder auch die Praxis, durch freiwillige Erhöhung des Arbeitstempos eher Feierabend zu haben (und die Verärgerung, wenn dies durch Störungsstillstände verhindert wird), sowie die radikale Tabuisierung arbeitsbezogener Themen in den Pausengesprächen. Immer wieder führe andererseits „ein Restwiderstand gegen die Verbannung von Individualität aus der Arbeit“ zu Äußerungen von Emotionalität und Spontaneität, Phantasie und Expressivität: „Die Pausen sind von Spiel und Sport beherrscht, von Skat und Bundesliga. Während der Arbeit wird unvermutet Gesang laut; 'Das kommt schon ab und zu mal vor, daß wir zusammen einen runterträllern. Als ich hier angefangen habe, habe ich gedacht: Die sind ja alle bekloppt, singen und trällern hier rum. Aber nach ein paar Wochen habe ich dann selbst angefangen'“ (ebd., 209 f.).

Die *Kommunikation* untereinander spielt eine zentrale Rolle bei der Alltagsbewältigung. Sie ist nicht nur „residualer Raum autonomen Handelns“, sondern auch „herausragendes Medium der Affektorganisation“: Mittel der Verarbeitung von Problemen und Konflikten mit Ventilfunktion für Ärger.¹⁶ Dabei ist der Umgangston oft -zumindest unterschwellig - aggressiv, „Flachsen“ und „Ankabbeln“, „Anmachen“ und „Verarschen“, Frotzeleien und Streiche, die man sich gegenseitig spielt, sind an der Tagesordnung. Sie werden, ebenso wie der verbreitete Fäkaljargon („da heißt es dutzendmal am Tag: Arschloch! Scheiße! Leck mich am Arsch!“), als „mehr reflexartiger denn zielgerichteter Versuch der Frustrationsverarbeitung“ und als „Transportmittel spontan aufkommender Aggressionen“ (ebd., 210,178) gedeutet.

16 DABROWSKI et al. (1989, 167), fanden, daß die in zwei der untersuchten Betriebe tarifvertraglich eingeführten Erholpausen Bunter 'psycho-hygienischem' Blickwinkel als ganz entscheidendes Schutzschild“ fungierten („Man darf gar nicht dran denken, was wäre, wenn wir die Erholpausen nicht hätten!“).

7. Aggressionshemmung und Ambivalenzerfahrung

Der größere Teil der Aggressivität aber kann sich vermutlich keine Luft verschaffen, sondern muß „gehemmt“ werden. Der Widerwillen gegen Arbeit und Arbeitsbedingungen, gegen Ermüdung und Langeweile, gegen psychische Sättigung, Ohnmacht und Abhängigkeit muß niedergehalten und die Wut darüber, dem allen nicht entrinnen zu können, unterdrückt werden. Da helfen dann auch Kolleginnen nicht, damit ist man allein.

Die scheinbar „einfachste Lösung“, nämlich *gleichgültig* gegenüber der Arbeit zu werden, ist nur begrenzt möglich. Die „objektive Gleichgültigkeit“ restriktiver Arbeitsbedingungen setzt sich keineswegs umstandslos in eine „subjektive Belanglosigkeit von Arbeit“ um (DABROWSKI et al. 1989, 210), wie dies in der sogenannten Instrumentalismusthese behauptet wurde, wonach Industriearbeiterinnen sich den Inhalten ihrer Arbeit gegenüber gleichgültig verhalten und lediglich am Lohn ihrer Arbeit interessiert sind (zur theoretischen Kritik dieses Ansatzes vgl. KNAPP 1981). Dem stehen objektive wie subjektive Gründe entgegen. BECKER-SCHMIDT et al. (1983) haben aufgrund ihrer Befragungen von un- und angelernten Industriearbeiterinnen sehr eindrucksvoll herausgearbeitet, daß die Beschäftigten auch an restriktivsten Arbeitsplätzen kaum anders können, als ein Interesse an ihrer Arbeit zu haben:

Zum einen erfordert *der Arbeitsprozeß* selbst dauernde Aufmerksamkeit. Auch wenn er gleichzeitig Arbeitsmotivation ständig torpediert, muß man an seinem Funktionieren und an der Qualität der eigenen Arbeit interessiert sein, um nicht Störungen, Ausschuß oder Unfälle zu produzieren und sich Sanktionen einzuhandeln. In gewissen Grenzen ist es zwar möglich und ein wichtiges Bewältigungsmittel, Tätigkeiten zu rhythmisieren, zu habitualisieren und sich mental aus der Arbeit zurückzuziehen - „das läuft dann ab wie im Film“, „so als ob man auf Schienen fährt, man wird auf die Schiene gesetzt und rollt ganz automatisch ab“ (DABROWSKI et al. 1989, 209) - ja unter Umständen sich sogar Fantasien und Tagträumen hinzugeben. Aber eben nur in gewissen Grenzen!

Zum anderen wissen wir aber aus empirischen Untersuchungen (insbesondere BECKER-SCHMIDT et al. 1983 und DABROWSKI et al. 1989), daß auch un- und angelernte Arbeiterinnen sehr wohl „intrinsic“ zur Arbeit *motiviert* sind: „Die Zähigkeit, mit der Arbeitnehmer an der Suche nach Sinnbezügen in ihrer Arbeit festhalten und die Vehemenz emotionaler Widerstände gegen eine Verbannung von Identifikations-

chancen aus dem Betrieb bekundet nachdrücklich, daß psychosoziale Entbehrungen in der Arbeit nicht aufzuwiegen sind durch materielle Sicherheit und konsumtive Befriedigung" (DABROWSKI et al. 1989,210).

Darüber hinaus machen sich bei vielen Arbeitenden verinnerlichte Arbeitsnormen und Bedürfnisse nach sozialer Anerkennung als Ansprüche von Ich-Ideal („So will ich sein"/„Ich kann und will pünktlich, zuverlässig, gut arbeiten") und Über-Ich („So sollst Du sein"/„Du mußt arbeiten, wie Du es gelernt hast"; KNAPP 1981, 166) geltend. Gleichgültig zu arbeiten, wäre eine Zumutung für das Selbstbewußtsein: „Das liegt mir nicht, so Pfusch zu machen. Wenn ich arbeite, arbeite ich richtig oder ich laß' den Scheißdreck" - so eine Akkordarbeiterin in BECKER-SCHMIDT et al. (1983, 120). Eine gute Arbeiterin zu sein, die „den Akkord schafft", „die Arbeit im Griff hat", ein kooperativer Kollege, auf den die anderen sich verlassen können, das gehört zum Selbstbild der ganzen Person (vgl. ebd., 16 ff.), ist Grundlage von Selbstbewußtsein und sozialer Integration. Diese positiven Bezugspunkte auch bei noch so entfremdeter Arbeit bilden zusammen mit der Negation menschlicher Bedürfnisse eine real widersprüchliche Einheit. Ausdruck dieser Widerspruchserfahrungen ist eine *ambivalente* - und gerade nicht eine gleichgültige - Einstellung zur Arbeit.

Gleichgültigkeit wird zwar bisweilen „als letzte Möglichkeit" gesehen - aber in dem Bewußtsein, dazu kaum in der Lage zu sein. „Gleichsam aus 'Notwehr' nimmt man sich vor, lieber gleichgültig zu werden, als sich immer wieder kränken zu lassen ... In der Androhung von Gleichgültigkeit... in der Vorstellung: 'Wenn ich will, kann ich gleichgültig sein - und die bringen mich noch soweit, daß ich mich auch so verhalte', wird im Denken, 'probehandelnd' eine 'Machtprobe' gewagt, bei der es *realiter* kaum Gewinnchancen, d. h. Chancen zur echten Auflösung des Konflikts für das Subjekt gibt. Weder ist mit einer 'Entschärfung' der objektiven konfliktuösen Bedingungen zu rechnen, noch kann das Subjekt willentlich bestimmen: 'ab jetzt bin ich gleichgültig', 'ab jetzt lasse ich mich weniger beeindrucken'. Dazu ist das Ich zu wenig 'Herr im eigenen Haus' (Freud). Die affektiven Bedürfnisse werden weiter drängen, sich auf die eine oder andere Weise Geltung zu schaffen versuchen, aber auflösen lassen sie sich nicht" (KNAPP 1981, 153 ff.; vgl. beispielsweise auch BECKER-SCHMIDT et al. 1982,31.)

Wenn etwa die Akkordarbeiterin im Interview sagt: „Da wird man gleichgültig, weil das einfach zuviel ist. Der Akkord, der ist ja so hoch geschraubt... also wenn Sie tatsächlich hundertprozentige Arbeit machen wollen, das schaffen Sie gar nicht ..."

(BECKER-SCHMIDT et al. 1983,17), dann hat das mit Gleichgültigkeit *gegenüber der Arbeit* nichts zu tun, sondern ist „Gleichgültigkeit“ *gegenüber den eigenen Qualitätsansprüchen und Arbeitsnormen*, die nicht eingelöst werden können. Sie hat nichts „Entspannendes“ an sich, stellt vielmehr eine *Anstrengung* dar, die äußerst widerwillig erbracht wird und ständiger *Selbstüberwindung* bedarf.

Schon früh hat JERVIS (1974, 28) darauf hingewiesen, daß man „nicht acht Stunden lang eine Arbeit tun (kann), die als ungerecht und ermüdend empfunden wird, und dabei so tun, als sei man nicht da,“ daß es sich im Kern *immer* um eine ambivalente Beziehung zur Arbeit handelt, „die aus verhinderter Zuneigung und aus Haß besteht und in der notwendigerweise das Bild und die Hoffnung einer *anderen* Arbeit bewahrt sind.“

Demnach kann auch eine Variante der „instrumentellen Arbeitsorientierung“ - die allerdings nur praktikierbar ist, wenn dem keine gravierenden äußeren (betrieblichen) und inneren Sanktionen (durch Schuld- und Schamgefühle) entgegenstehen - nämlich die „innere Kündigung“ mit „Dienst nach Vorschrift“ und der Maxime, ansonsten „nichts emotional an sich heranzulassen“, nur wenig Entlastung bringen. Auch dabei werden Bedürfnisse und Affekte sich allenfalls begrenzt und auf der Oberfläche des Bewußtseins zurücknehmen und steuern lassen. Darunter dürfte sich eine unbewußte spannungsvolle Psycho- (und Physio-)dynamik von Konflikten und Ambivalenzen verbergen, die hinter der zur Schau getragenen Gelassenheit lediglich nicht sichtbar wird.

Die muß in jedem Fall - als Ausdruck realer Widerspruchserfahrungen - *ausgehalten* werden als emotionale Spannung, in der Wut und Ärger nicht einfach getilgt sind, sondern *aktiv gehemmt* werden. Sich die Reduktion, der man unterworfen ist, auf Dauer *bewußt* zu halten, wäre allerdings unerträglich und mit Arbeitsbeeinträchtigungen verbunden. „Man muß sich einreden, daß man sich an alles gewöhnen kann ... Wird der Zirkel dieser künstlichen Gewöhnung an einer Stelle durchbrochen, so hat das nur zur Folge, daß man selbst nicht mehr funktioniert“ (THOMAS 1964,

Daß solchem „Funktionieren“ ein ständiger aktiver Hemmungsprozeß zugrunde liegt, der mit erheblichen Anstrengungen verbunden ist, hat für die *psychische Ebene* die Psychoanalyse seit langem so gesehen: Verdrängung und andere Abwehrmechanismen gelten ihr als psychodynamische Vorgänge, die immer wieder neue Kraft erfordern und erhebliche seelische Energien binden.

Für die *motorische Ebene* gibt es entsprechende Annahmen. Nach ALEXANDER (1950, 162) sind die bei rheumatischer Arthritis beobachteten erhöhten Muskelspannungen Resultat eines aktiven Hemmungsprozesses, bei dem es gleichzeitig zu Muskelkontraktionen, in denen aggressive Impulse zur Abfuhr drängen, und, weil diese unterdrückt werden müssen, zur Erregung der Antagonisten kommt. Auch REICH (1969) postuliert in seinen Ausführungen über den „Muskelpanzer“ gehemmter Persönlichkeiten, daß die Verkrampfung der Muskulatur der Unterdrückung von Haß-, Angst- und Liebesimpulsen dient und „*die körperliche Seite des Verdrängungsvorgangs und die Grundlage seiner dauernden Erhaltung*“ darstellt (ebd., 258 ff., nach: TRAUE 1989, 109). Neuere physiologische Forschungsergebnisse sprechen ebenfalls für eine solche Sichtweise. So kommt etwa TRAUE (1989, 217) aufgrund empirischer Untersuchungen zu dem Schluß, „daß ein Teil dysfunktionaler Muskelverspannung als aktives Vermeidungsverhalten denkbar ist. Als motorische Aktivität also, die verwendet wird, um expressive Ausdrucksmuster zu unterdrücken“ - so etwa bei einem Patienten mit chronischen Kopfschmerzen¹⁷, „der, auch wenn er seiner Meinung nach zu Unrecht vor den Kollegen abgekanzelt wird, seinen Handlungsimpuls, sich (wütend) zur Wehr zu setzen, unterdrückt und den Angriff mit Pokerface hinnimmt... Muskelmehrarbeit speist sich in solchen Fällen ... aus zwei Quellen: Der ursprüngliche Handlungsimpuls bleibt bestehen, da er nicht in Handlung umgesetzt wird. Außerdem kostet es Muskelarbeit, diesem Handlungsimpuls entgegenzuwirken, die entsprechende Handlung nicht durchzuführen. Diese Formen der Konditionierung lassen vornehmlich *übermäßige MS* (Muskelspannungs-; B.v.E.) *-Anstiege und verlängerte Rückbildungszeiten* in bestimmten Situationen erwarten, im Extremfall auch einen über längere Zeitspannen hinweg durchgehend erhöhten Muskeltonus“ (ebd., 110).

Die Unterdrückung von Emotionen und Handlungsimpulsen führt prinzipiell zu einer physischen Aktivierung („arousal“); „Ausdrucksunfähigkeit“ kann nach TRAUE (1991, 347) allgemein „als Dauerbelastung im Sinne des Streßkonzeptes“ verstanden werden.

17 Er wurde im Rahmen des von TRAUE et al. durchgeführten „Ulmer Kopfschmerzprojektes“ interviewt.

8. Komplexität von Verursachungszusammenhängen und doppelte Unspezifität

Angesichts der Tatsache, daß die hier in den Vordergrund gestellten psychosozialen Gefährdungspotentiale im Erwerbsarbeitsbereich nur *eine* Dimension neben vielfältigen anderen Rheumarisiken darstellen, mit denen sie in oft langen Prozessen der Krankheitsentstehung auf unterschiedliche Weise interagieren - sich beispielsweise potenzieren und gegenseitig aufschaukeln können im Sinne von „Teufelskreisen“ oder „Teufelsspiralen“ -, läßt sich die Komplexität von Verursachungszusammenhängen nur ahnen. Dabei sind erhebliche *individuelle Unterschiede* in Rechnung zu stellen: hinsichtlich Bedürfnissen und Ansprüchen, Frustrationstoleranz und Kränkbarkeit, Angst- und Aggressionsneigung und inneren und äußeren Zwängen zur Emotionshemmung, Belastungsfähigkeit, Belastungswahrnehmung und -bewertung, vorgängigen Belastungserfahrungen und Bewältigungsmöglichkeiten. Diese variieren mit körperlichen und psychischen Prädispositionen, mit Generationen-, Geschlechts- und Schichtzugehörigkeit, dem biologischen und sozialen Alter, mit Beanspruchungen, Befriedigungs-, Regenerations- und Kompensationsmöglichkeiten in anderen Lebensbereichen sowie mit „allgemeinen“ Umweltbedingungen, welche allesamt die sozialen, psychischen und physischen „Antwortmöglichkeiten“ des Individuums mit beeinflussen.

Intraindividuelle Unterschiede im Laufe des einzelnen Menschen- und Arbeitslebens und interindividuelle Unterschiede zwischen verschiedenen Menschen und Gruppen machen ganz „*verschiedene Wege*“ (FRICZEWSKI et al. 1987) zur gleichen Krankheit möglich.

Dabei dürften sich schädliche Einflüsse im Sinne von „Ergänzungsreihen“ (Freud) verhalten, so daß beispielsweise bei starker mechanischer Belastung relativ geringe psychische oder andere Anteile „nötig“ sind, um zur Krankheit zu führen und umgekehrt. „Bei einigen Erscheinungsbildern genügt wahrscheinlich ein medizinisches Modell, mit dem orthopädisch durchaus effektiv gearbeitet werden kann. Auch dürfte ein psychologisches Modell dort ausreichen, wo Verspannungen und Schmerzzustände als direkte Folge von psychischem Streß angesehen werden können“ (HOEFERT 1995, 10 f.). In den meisten Fällen aber ist wahrscheinlich - so TRAUE/KESSLER (1995, 86) im Hinblick auf Rückenschmerzpatientinnen - „eine komplexe Ätiologie aus biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren“ anzunehmen.

Die *Gesamtbelastung* wäre *unspezifisch* in dem Sinne, daß die Entstehung einer rheumatischen Erkrankung nicht an bestimmte Einflüsse gebunden ist. Das hat Konsequenzen für die Einschätzung empirischer Forschungsergebnisse: Bei einer Vielfalt von möglichen Belastungen wird man im allgemeinen kaum signifikante Zusammenhänge mit Einzelparametern im Sinne allgemeiner Gesetzmäßigkeiten feststellen, was aber, so FRICZEWSKI et al. (1987, 44), „nicht gegen die Berücksichtigung der realen Phänomenvielfalt spricht, sondern gegen die *Verabsolutierung des Signifikanz-Kriteriums*“, das mögliche teilgruppenspezifische Gesetzmäßigkeiten nivellieren und verdecken kann. (Andererseits haben die oben berichteten Ergebnisse von BIGOS et al. (1991a, b) gezeigt, daß bei vergleichsweise geringen biomechanischen Belastungen sich Emotionen durchaus auch statistisch abbilden können.)

Typisches Beispiel für solche methodischen Fehlschlüsse sind die relativ häufig anzutreffenden Einschätzungen über psychosomatische Erkrankungsrisiken von der Art: „Zum gegenwärtigen Zeitpunkt besteht weitgehend Übereinkunft, daß der empirische Nachweis einer spezifischen Rheumapersonlichkeit - wie bei so vielen anderen psychosomatischen Störungen auch - als gescheitert angesehen werden muß... Bisläng konnte kein *allgemein gültiges* Persönlichkeitsprofil gefunden werden, das für alle polyarthritischen Patienten zutrifft“ (MILTNER 1986, 316, 315; Hervorhebung B.v.E.). Kein Wunder! Kann es zu einer Polyarthritis (deren Ätiologie und Pathogenese bis heute im übrigen ungeklärt ist) vermutlich auf „verschiedenen Wegen“ kommen - warum sollte da ausgerechnet die Persönlichkeitsstruktur bei *allen* Patientinnen eine Rolle spielen!

Die Unspezifität ist aber nicht nur eine der *Ursachen*, sondern auch eine der *Wirkungen*. Dies gilt für biomechanische Belastungen ebenso wie für „Streß“ und (gehemmte) „negative“ Emotionen: So können etwa Zwangshaltungen zu Augenbeschwerden und Kopfschmerzen, zu Verdauungs- und Kreislaufstörungen sowie zu zentralnervösen Störungen und psychischen Beschwerden führen; dauernde Sitzhaltung bei Frauen zu Ovarialinsuffizienz mit Beeinträchtigungen der Fruchtbarkeit, Menstruationsstörungen und Entzündungen von Uterus und Ovarien; langes Stehen zur Deformierung des Beckens, die den normalen Geburtsvorgang behindern und Querlagen des Kindes begünstigen kann, zu Lageanomalien der Geschlechtsorgane mit Zirkulationsstörungen, Schmerzen, Blutungen und gelegentlich auch Sterilität (BOROW-SKI 1981, 71 ff.). Bei andauerndem Streß ist vor allem auch das Risiko für Herz-Kreislauf- und Magen-Darmerkrankungen, für Stoffwechselstörungen und Infektionskrankheiten erhöht, und Angst geht nicht nur mit muskulärer, sondern auch mit zentralnervöser, vegetativ-

sympathischer und endokriner Erregung einher - mit Veränderungen an allen inneren Organen, Kreislauf, Atmung und Drüsen. „Die Aufzählung von einzelnen an der Angst beteiligten Systemen ist unbefriedigend, weil Angst letztlich als Resultat des Zusammenwirkens aller Systeme zu sehen ist" (JANKE 1986, 29 f.). Bei Menschen, die sich häufig und intensiv ärgern, und bei starker Tendenz zur Ärgerunterdrückung fanden sich in einer Reihe von Studien mehr und stärkere körperliche Beschwerden der *verschiedensten* Art. Am deutlichsten war der Zusammenhang mit Hypertonie und koronaren Herzerkrankungen.¹⁸ „Insgesamt betrachtet" - so TRAUER (1991, 347) - „scheint eine gehemmte Expressivität ein Risikofaktor zu sein, der die Entstehung körperlicher Erkrankungen begünstigt."

Alle hier im Hinblick auf ihre Schädlichkeit für den Halte- und Bewegungsapparat betrachteten Bedingungen können darüber hinaus auch noch die Tendenz zu *ungesunden Verhaltensweisen* wie Rauchen, Fehl- oder Mangelernährung, Alkohol- und übermäßigem Medikamentenkonsum fördern und so *indirekt* zu weiteren Gesundheitsbeeinträchtigungen beitragen (vgl etwa SCHWENKMEZGER 1990, 299). Ist es schon zu (rheumatischen) Beschwerden und Schädigungen gekommen, gilt dies in besonderer Weise. (Außerdem können diese selbst, wie etwa Blockierungen der Wirbelsäule, zu Funktionsstörungen in ganz anderen Bereichen des Körpers und zu inneren Erkrankungen führen.)

Mögliche Folge ist eine „*general vulnerability*" oder „*general susceptibility*" (vgl. etwa NAJMAN 1980), welche im allgemeinen nur auf Streßbelastungen bezogen wird, meines Erachtens aber aus allen hier für den Arbeitsbereich konstatierten biomechanischen und anderen „körperlichen", aus Streß- und emotionsbezogenen Beanspruchungen und ihren direkten und indirekten Folgewirkungen resultieren kann. Denkbar wäre dabei auch, daß auf der Grundlage chronischer „negativer" Emotionen und deren Unterdrückung schließlich eine „emotionale Erschöpfung" eintritt, die in depressive Zustände der Hilf- und Hoffnungslosigkeit des „Giving up - Given up" (ENGEL/SCHMALE 1969) münden könnte, welche im Vorfeld vieler Erkrankungen gefunden wurden und offenbar zu deren Ausbruch beitragen können. Dieser prämorbid Zustand „enthält eine affektive Qualität der Unlust, die sich in Worten ausdrückt wie 'zu viel', 'es nützt alles nichts', 'ich halte es

18 Vgl. etwa SCHWENKMEZGER (1990), 298 ff. Zur emotionalen Beteiligung bei koronaren Herz-Kreislaufkrankungen, die in dieser Hinsicht wahrscheinlich am besten untersucht sind, vgl. den Überblicksartikel von SCHMIDT et al. (1990) sowie FRICZEWSKI (1988), welcher in einer außergewöhnlich differenzierten qualitativen Studie möglichen wechselseitigen Verschränkungen von subjektiven und objektiven Bedingungen am Arbeitsplatz bei Herzinfarkt nachgeht.

nicht mehr aus', 'ich gebe es auf usw. (ebd., 252). ENGEL/SCHMALE (1969, 258) tendieren im Rahmen eines streßtheoretischen Ansatzes zu der Annahme, daß dabei das biologische System „fight-flight“ (die „Cannon-Streßreaktion“) vom System „conservation - withdrawal“ (der „Selye-Streßreaktion“) gefolgt wird, wenn dem Organismus Erschöpfung droht.¹⁹

9. Verbreitung von Rheumarisiken im Arbeitsleben

Die vorgetragenen Befunde und Argumente legen die Annahme nahe, daß die „Volkskrankheit Rheuma“ in weit größerem Ausmaß durch „Risiken und Nebenwirkungen“ der modernen Arbeitswelt (mit-)verursacht wird, als dies allgemein - keineswegs nur von einer auf das Körper-Maschinenmodell fixierten traditionellen Arbeitsmedizin sondern auch in einer systemischen Sichtweise unter Verwendung streßtheoretischer Ansätze - angenommen wird. Es müssen nämlich nicht nur solche Arbeitsplätze als Rheumarisiko gelten, an denen schwer gehoben und getragen, in unphysiologischen einseitigen und Zwangshaltungen und mit stereotypen Bewegungsfolgen, in Zugluft, Hitze, Nässe oder unter Vibrationen gearbeitet wird, nicht nur Arbeitsplätze mit chronischem Zeit- und Leistungsdruck, hohen Konzentrationsanforderungen und geistiger Anspannung mit mangelhaften Ressourcen für Bewältigungsstrategien und starken Sanktionsdrohungen. Problematisch sind vielmehr auch Arbeitsplätze, an denen die Beschäftigten sich in ihren Bedürfnissen permanent negiert sehen und auf solche „pathologischen“ Bedingungen ganz „normal“ mit Angst und/oder Aggressivität reagieren, insbesondere dann, wenn sie aufgrund äußerer oder innerer Zwänge zusätzlich genötigt sind, diese Emotionen zu unterdrücken. Dies trifft keineswegs nur, wenn auch in besonderer Weise, Menschen mit der geschilderten psychischen Prädisposition (wobei sich allerdings die Frage stellt, inwieweit diese nicht, zumindest partiell, zum „normalen Sozialcharakter“ in modernen Gesellschaften gehört).

Als besonders gefährdet müssen Menschen an extrem arbeitsteilig organisierten Arbeitsplätzen weit unten in der betrieblichen Hierarchie des Produktionsbereichs gelten, auf die sich die angeführten Beispiele vorwiegend bezogen, vor allem Un- und

19 Ob ein streßtheoretisches Paradigma zur Erklärung emotionaler Überforderung ausreicht, scheint mir bislang ebensowenig geklärt wie der Zusammenhang von Emotionshemmung und Depressionen, von denen andererseits bekannt ist, daß sie, insbesondere in ihren „larvierten“ Formen, einen deutlichen Bezug zu rheumatischen Erkrankungen aufweisen.

Angelernte, viele Ausländerinnen und Frauen. Oft sind sie ohnehin schon starken biomechanischen (und anderen physikalischen wie chemischen) und Streßbelastungen ausgesetzt, können darüber hinaus aber ihre Subjektivität im Arbeitsprozeß kaum zur Geltung bringen, müssen häufig Kränkungen und Frustrationen ihrer Bedürfnisse hinnehmen und aufkommende Wut und Ängste unterdrücken. Ihre psychischen Belastungen werden im allgemeinen nicht wahrgenommen. So mußten DABROWSKI et al. (1989,144 ff.) bei ihren Befragungen feststellen, daß Management, Meister und selbst Betriebsräte psychische Belastungen in der Arbeit entweder als „private“ Probleme betrachteten, die in den Betrieb mitgebracht werden und dort für Unruhe sorgen, oder aber ausschließlich mit hoher Qualifikation und Verantwortung assoziierten: „psychisch belastet ist vor allem der Topmanager“! Bei Un- und Angelernten hingegen sahen sie solche Probleme nicht. „Im betrieblichen Alltag verhindert eine Vielzahl subjektiver und objektiver Filterungsprozesse, daß die Arbeitsprobleme und Konflikte, die Ängste und Bedürfnisse dieser Arbeitnehmer transparent und öffentlich werden.“ Nicht zuletzt tragen die Beschäftigten dadurch, daß sie Belastungen möglichst an den Rand der Wahrnehmung drängen und Ärger „runterschlucken“ (müssen), ungewollt selbst dazu bei.

An besseren Arbeitsplätzen gibt es weniger biomechanische Belastungen bei mehr Bewältigungsmöglichkeiten, im allgemeinen weniger Anlaß für Angst und frustriationsbedingte Aggressionen, die unterdrückt werden müssen, weil Sanktionsbedrohungen (vor allem aufgrund der besseren Arbeitsmarktposition) weniger gravierend sind. Ja bisweilen, vor allem in Vorgesetztenpositionen, besteht im Gegenteil sogar die Möglichkeit, Aggressionen an anderen „auszulassen“. Zugleich gibt es mehr Bewältigungsspielräume und Anknüpfungspunkte für Bedürfnisbefriedigung und Identifikation mit der Arbeit. Je höher ein Arbeitsplatz in der sozialen Hierarchie angesiedelt ist, um so eher bietet er im allgemeinen - wie FREUD (1930, 438) es emphatisch für Berufsarbeit allgemein postuliert - „die Möglichkeit, ein starkes Ausmaß libidinöser Komponenten, narzißtische, aggressive und selbst erotische, auf die Berufsarbeit und auf die mit ihr verknüpften menschlichen Beziehungen zu verschieben ... Besondere Befriedigung vermittelt die Berufstätigkeit, wenn sie eine frei gewählte ist, also bestehende Neigungen, fortgeführte oder konstitutionell verstärkte Triebregungen durch Sublimierung nutzbar zu machen gestattet.“ Davon können Millionen Beschäftigter nur träumen!

Auch die vergleichsweise Glücklichen, die eigene Bedürfnisse in der Erwerbsarbeit befriedigen können - bei meist noch ungleich höheren materiellen Gratifikationen

und sozialem Ansehen -, kennen natürlich tagtägliche Widerspruchserfahrungen am Arbeitsplatz und müssen Ambivalenzen ertragen. Aber es fehlt ihnen die existentielle Bedeutung, welche sie bei entfremdeteter Industriearbeit haben (vgl. BECKER-SCHMIDT et al. 1983,189).

Im übrigen sind nicht nur im Produktions- sondern auch im Dienstleistungsbereich, und auch hier vorwiegend (wenn auch keineswegs nur) bei niedrigem betrieblichen Status zahlreiche Tätigkeiten mit massiven Zwängen zur Emotionshemmung verbunden. Bei ihnen handelt es sich (nach HOCHSCHILD 1990,120,134 ff.) um eine Arbeit, „die das Wohlbefinden und den Status anderer unterstützt, verstärkt und aufwertet“ und bei der aufkommende Wut und Aggressionen unterdrückt werden müssen und die Beschäftigten - überproportional viele Frauen, etwa als Pflegekräfte, Stewardessen, Verkäuferinnen, Angestellte im Servicebereich - sich als „freundliches Wesen“ zu präsentieren haben. „Gefühlsarbeit“ ist hier im Unterschied zu anderen Tätigkeiten nicht lediglich ein Bewältigungsmechanismus für emotionale Zumutungen, sondern integraler Bestandteil der Berufsrolle. Die permanenten Anpassungs- und Kooperationsleistungen haben - dies ist konstitutiv für ihre Wirksamkeit - den Anschein von Passivität. In Wirklichkeit aber sind die Betreffenden dabei sehr aktiv: „Sie passen ihr Fühlen aktiv an ein vorhandenes Bedürfnis an oder setzen es für einen bestimmten Zweck ein; und sie tun dies, um den Anschein einer passiven Zustimmung oder eines zufälligen Zusammentreffens wechselseitig empfundener Bedürfnisse zu erwecken ... Wie bei der gut erledigten Hausarbeit ist der Clou dabei, daß sämtliche Spuren der Anstrengung getilgt und nur das blitzsaubere Heim und das einladende Lächeln präsentiert werden“ (ebd., 137).

Die erzwungene Gefühlsregulierung, so nimmt BADURA (1990) an, könne in personenbezogenen Dienstleistungsberufen infolge einer „Überdosis“ an „Interaktionsstreß“ zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen. Was sie an psychischer, zentralnervöser und muskulärer Anspannung kosten dürfte, ist nur zu ahnen.

Es liegt nahe, das höhere Rheumarisiko von Frauen einmal unter dieser Fragestellung zu untersuchen und nicht, wie dies üblicherweise geschieht, einseitig „den Hormonen“ anzulasten - zumal Frauen ja auch in der Produktion und in anderen Dienstleistungsbereichen, z. B. als Schreibkräfte und Kassiererinnen, allein schon aufgrund biomechanischer Belastungen besonders rheumagefährdet sind. An allen typischen Frauenarbeitsplätzen ist Geduld der „Kern des weiblichen Arbeitsvermögens“ (RABEKLEBERG 1986, 10) und gehen Frauen tendenziell eher defensiv mit Belastungen um.

Vermutlich wären rheumatische Erkrankungen bei Frauen noch weitaus stärker verbreitet, wenn diese nicht aufgrund ihrer Zuständigkeit für den Reproduktionsbereich so häufig in Teilzeit und in diskontinuierlichen Berufsverläufen für einige Jahre gar nicht erwerbstätig wären. Allerdings sind wahrscheinlich auch in der nicht bezahlten Arbeit für Männer, Kinder und andere (pflegebedürftige) Angehörige Emotionshemmungen an der Tagesordnung...

Im übrigen liegt es nahe, mit BADURA (1990) die sogenannten burn-out-Phänomene (vgl. etwa ENZMANN/KLEIBER 1989) in sozialen Berufen zumindest teilweise als Folge einer chronischen Hemmung von Gefühlen, insbesondere, so meine Vermutung, von gehemmter Aggressivität zu deuten. Aber nicht nur in dafür besonders prädestinierten Berufen sondern weit darüber hinaus ist in fast allen Bereichen der modernen Arbeitswelt mit emotionalen Belastungen zu rechnen - ein weiterer Grund dafür, daß sich Rheumarisiken durch psychogene Muskelspannungen epidemiologisch wohl kaum abbilden würden. Sie dürften vielmehr weitgehend unbemerkt als verbreitete Grundbelastung zum allgemeinen „Grundrauschen“ der Rheumagefährdung in Industriegesellschaften beitragen. Dies relativiert nicht nur die These vom „natürlichen Verschleiß“ unseres Halte- und Bewegungsapparates, sondern wirft auch ein Licht auf die Fragwürdigkeit einer Forschung und Politik, die die Anerkennung einer möglichen Arbeitsbedingtheit von Erkrankungen generell von der besonderen Betroffenheit bestimmter Berufsgruppen gegenüber anderen bzw. gegenüber der Allgemeinbevölkerung abhängig macht

10. Perspektiven angesichts wirtschaftlicher Modernisierung und Rationalisierung

Die Erwerbs-Arbeitswelt ist im Zuge anhaltender Rationalisierungs- und Modernisierungsprozesse derzeit einem tiefgreifenden Wandel unterworfen, der für Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken im allgemeinen und rheumatische Erkrankungen im besonderen wenig Gutes verheißt. Im folgenden gilt mein Augenmerk vor allem den möglichen emotionalen Beeinträchtigungen und den biomechanischen oder Streßbelastungen - die m.E. allein schon ein erhebliches und zunehmendes Gefährdungspotential für rheumatische und andere Volkskrankheiten darstellen (vgl. V. EBERSTEIN 1991) - nur insofern, als sie für den emotionalen Bereich bedeutsam erscheinen. Was die unter allen drei Belastungsgesichtspunkten besonders problematischen Arbeitsplätze in den unteren Rängen der Betriebshierarchie mit repetitiven

Teilarbeiten und/oder körperlicher Schwerarbeit, geringen Qualifikationsanforderungen und Handlungsspielräumen betrifft, so nehmen sie keineswegs in dem Maße ab, wie man dies von der Automatisierung von Arbeitsvollzügen erhofft hat: einerseits bleiben viele dieser Arbeitsplätze weiter bestehen, andererseits entstehen neue „Restarbeitsplätze“, wo „Automatisierungslücken“ durch menschliche Arbeitskraft solange gefüllt werden, als eine Technisierung noch nicht möglich oder angesichts niedriger Löhne nicht wirtschaftlich ist. Bei dieser Gruppe bleiben die oben geschilderten emotionalen Belastungen nicht nur bestehen, sondern sie verschärfen sich unter dem Druck von Rationalisierungs- und Modernisierungsprozessen noch, vor allem durch die Gefahr, im eigenen Betrieb „wegrationalisiert“ zu werden und auf dem externen Arbeitsmarkt keine Wiedereinstiegschancen zu haben.

Historisch neu ist aber, daß nun auch Beschäftigte in den mittleren und höheren Rängen der Betriebshierarchie negative Folgen des wirtschaftlich-technischen Wandels in erheblichem Umfang zu spüren bekommen. Für besonders gravierend halte ich folgende Probleme, die tendenziell *alle* Beschäftigten betreffen und auf die bislang, wenn überhaupt, vorwiegend unter Streßgesichtspunkten und im Hinblick auf Emotionalität lediglich von BADURA/PFAFF (1989) programmatisch Bezug genommen wird:

- (1) Zunehmender *Leistungsdruck* - bedingt u.a. durch Personalreduzierung in vielen Unternehmen, ein sich ausbreitendes „Kostenstellenwesen“, zunehmende Transparenz von Produktionsabläufen durch Neue Organisationstechnologien mit einem immens gesteigerten Kontrollpotential und nicht zuletzt durch abnehmende Arbeitsmarktchancen („Arbeitslosigkeit als Drohpotential“).
- (2) Zunehmender *Anpassungsdruck* als Folge des hohen Tempos im Wandel der Arbeitsbedingungen, der den Betroffenen außerordentliche Anpassungsleistungen - bis hin zur Änderung von Lebensentwürfen - abverlangt. Die Mobilitäts- und Flexibilitätszumutungen an die Beschäftigten werden allerdings nur selten durch eine entsprechende Personalpolitik gestützt, die die objektiven Voraussetzungen dafür bereitstellt. So ist häufig etwa trotz massiven Zwangs zum Um- und Neulernen („Wer nicht mit der Zeit geht, geht mit der Zeit“; SCHUMANN et al. 1990, 66) die betriebliche Weiterbildungspolitik defizitär, vor allem für die ohnehin wenig Qualifizierten, deren inner- wie außerbetriebliche Arbeitsmarktchancen besonders schlecht sind.

- (3) Dies kann unter dem zunehmenden *Selektionsdruck* das berufliche Aus bedeuten. Nicht nur bei Kündigungen und Neueinstellungen, auch bei innerbetrieblichen Umsetzungen, Auf- und Abstiegsprozessen verschärft sich die Auslese nach Gesichtspunkten von Anpassungs- und Leistungsfähigkeit, Qualifikation und Belastbarkeit, Loyalität und Verausgabungsbereitschaft. Dabei wirkt eine doppelte Konkurrenz zwischen internen und externen Arbeitsmärkten und innerhalb von Belegschaften, die häufig befördert wird durch Personalabbau, Rekrutierung externer gut qualifizierter „QuereinsteigerInnen“ und neue „Lean“-Organisationskonzepte, bei denen Hierarchien abgebaut und gewohnte Karrierewege wegrationalisiert werden.
- (4) Zunehmende *Arbeitslosigkeit und Arbeitsplatzrisiken* für immer mehr Beschäftigte: von Arbeitslosigkeit sind in Deutschland immer mehr Personen betroffen, bei immer längerer durchschnittlicher Dauer pro Arbeitslosigkeitsphase, und das Risiko arbeitslos zu werden, ist für viele Beschäftigte stark angestiegen. Das für sie funktionale Bemühen der Betriebe, Entlassungen durch Umsetzungen möglichst zu vermeiden, führt andererseits zur Abschottung betrieblicher Arbeitsmärkte und für die schon Arbeitslosen zur Erhöhung der (Wieder-)Einstrittsschwelle.

Diese und andere Probleme wirken zusammen und verstärken sich gegenseitig. Bei vielfach verringerten Handlungsspielräumen und verschärften Sanktionsdrohungen gehen Möglichkeiten zur individuellen und kooperativen Streßbewältigung, zu Gegenwehr und gegenseitiger Hilfestellung verloren und verstärken sich Tendenzen zur Konkurrenz zwischen den Beschäftigten. Da häufig auch Stellenwechsel als Strategie verbaut ist, muß man durchhalten und sich arrangieren. Viele sehen dann keine andere Möglichkeit, als sich selbst noch mehr unter Druck zu setzen, über die eigenen Leistungsgrenzen hinaus bis zur Erschöpfung zu arbeiten und Gesundheitsrisiken in Kauf zu nehmen. Dadurch verstärken sich biomechanische und Streßbelastungen, etwa weil unphysiologische Haltungen noch länger und angespannter eingenommen, stereotype Bewegungen pro Zeiteinheit häufiger ausgeführt werden und die zentrale Erregung in Streßreaktionen sich verstärkt, während zur Regeneration und Befriedigung persönlicher Bedürfnisse im Arbeitsprozeß immer weniger Zeit bleibt.

Die emotionale Seite ist durch *Ängste und Unsicherheiten* gekennzeichnet, die einerseits „Motor“ solcher Verhaltensweisen sind und andererseits die Funktions- und

Leistungsfähigkeit beeinträchtigen und damit in einem Teufelskreis das Angstpotential weiter erhöhen können: Angst vor der Undurchschaubarkeit der Neuen Technik bei ungenügender Qualifikation, Angst vor Fehlern, Ausschußproduktion und Produktionsstillständen bei oft hohen Sachwerten, Angst, den gestiegenen Leistungserwartungen nicht gewachsen zu sein, Angst vor sozialem Abstieg und erzwungener beruflicher Mobilität. Dazu dürfte die Frustration wichtiger Bedürfnisse bei vielen erheblichen *Widerwillen und Aggressionen* auslösen: gegen zunehmenden Leistungsdruck bei verringerten Bewältigungsmöglichkeiten, gestiegene Fremdkontrolle und eingeschränkte Möglichkeiten zur Verwirklichung eigener Interessen und Bedürfnisse in der Arbeit sowie zu beruflichem Aufstieg. Vor allem Leistungsdruck und Fremdkontrolle können auch bei „RationalisierungsgewinnerInnen“ den an sich erfreulichen und sicher gesundheitsförderlichen Zugewinn an Status, Qualifikationsanforderungen und Verantwortung, Interessantheit und Vielseitigkeit der Arbeit beeinträchtigen.

Die *Möglichkeiten zur Affektäußerung* im Betrieb dürften angesichts verstärkter Sanktionspotentiale und der zunehmenden Tendenz, vor allem auch an höherqualifizierten Arbeitsplätzen Motivation und Arbeitseinsatz „des ganzen Menschen“ für den Betrieb zu vereinnahmen, immer mehr abnehmen. Die These, daß in einer neuen „postmodernen“ Emotionskultur Prinzipien der Affektkontrolle an Bedeutung verloren haben und das Ausleben von Emotionen eher akzeptabel ist (beispielsweise GERHARDS 1988, 24), dürfte auf den Erwerbsarbeitsbereich nicht zutreffen. Im Gegenteil: „die zunehmende Bedeutung emotionaler Konstruktionsformen“ für moderne Organisationen (ebd., 262) bedeutet für die Beschäftigten gerade nicht, daß sie ihre Emotionen freier ausleben können, sondern daß sie sich in widersprüchlicher Weise stärker an die Arbeit binden sollen, bei gleichzeitig verstärktem Zwang zur Unterdrückung „negativer“ Emotionen.

Das massivste Drohpotential stellt ohne Frage der mögliche *Arbeitsplatzverlust* dar. Die Angst vor Arbeitslosigkeit bzw. bei bereits Arbeitslosen die Angst davor, keinen oder keinen den eigenen Qualifikationen und Ansprüchen angemessenen neuen Arbeitsplatz zu finden, spiegelt in einer Gesellschaft, die das „autonome bürgerliche Subjekt“ über seine Fähigkeit zur eigenen Reproduktion definiert, eine der größten Bedrohungen der Individualität wieder - jedenfalls solange es nicht zu produktiven Umorientierungen von Identitätsentwürfen und im gesellschaftlichen Umgang mit Arbeitslosigkeit kommt. Nicht nur die materielle Reproduktion, sondern auch soziales Ansehen und persönliche Identität (vor allem die männliche) sind durch den Verlust der Erwerbsarbeit gefährdet: durch

die Einschränkung geldvermittelter Bedürfnisbefriedigung und Handlungsspielräume, den Verlust von sozialer Anerkennung bis hin zur Diskriminierung, den Verlust des Gefühls der eigenen Wichtigkeit in der Gesellschaft, von Befriedigungsmöglichkeiten durch eigene Produktivität, von Kontakten und Anregungen, alltäglichen Zeit- und Sinnstrukturen, evtl. auch von Macht über andere in der „Ernährerrolle“ und vor allem von Kontrollmöglichkeiten über das eigene Leben, von Selbstbewußtsein und Unabhängigkeit, die, wie auch immer ideologisch, zur Definition des „autonomen“ bürgerlichen Subjekts gehören.

Es wird deshalb bereits die Antizipation von Arbeitslosigkeit bei den (noch) Beschäftigten in der Regel massive Zukunftsängste und ohnmächtige Wut darüber hervorrufen, auf die eigenen Lebensbedingungen keinen Einfluß nehmen zu können, wenn - u.U. - nach vehementer Gegenwehr - die Befürchtung zur Realität wird. Bei den Arbeitslosen selbst dürfte diese Mischung aus Angst, Wut und Ohnmacht nach Dauer und Phase der Arbeitslosigkeit jeweils unterschiedliche Akzente aufweisen und in vielen Fällen in einen Zustand von Resignation, Hilflosigkeit und Depression übergehen. „Die Hoffnungslosigkeit der Arbeitslosen und deren Gefühl, Spielball fremder Mächte zu sein, findet sich in nahezu jeder Veröffentlichung zum Thema Arbeitslosigkeit“ (FRESE/MOHR 1978, 288). Das heißt nicht, das Vorkommen konstruktiver und positiv erlebter Auseinandersetzung mit Arbeitslosigkeit zu leugnen. Allerdings ist diese nach Befunden von KRONAUER et al. (1993, 221 ff.) sehr selten und an die Gewißheit gebunden, unbeschadet aus der Arbeitslosigkeit wieder herauszukommen; auch an der Autonomie von „konsequenten Aussteigern“, wie sie in niederländischen großstädtischen Arbeitslosenkulturen gefunden wurden, melden diese Autoren Zweifel an.

Nicht nur für die meisten Arbeitslose sondern auch für zahlreiche (noch) Beschäftigte werden die unter kapitalistischen Wirtschaftsbedingungen ohnehin beschränkten Möglichkeiten zur *Kontrolle über die eigenen Lebensbedingungen* und *Verwirklichung der eigenen Subjektivität* im Arbeitsprozeß immer mehr abnehmen, wenn Modernisierungs- und Rationalisierungsprozesse in der eingeschlagenen Richtung weitergehen. Die damit verbundenen Verunsicherungen, Kränkungen und Frustrationen enthalten ein immenses Angst- und Aggressionspotential, das nur deshalb weitgehend unsichtbar bleibt, weil die Betroffenen sich zu massiver Affekthemmung gezwungen sehen. Dabei werden wohl die auch sonst unterprivilegierten Statusgruppen am meisten, zunehmend aber auch Beschäftigte in mittleren und höheren Positionen belastet sein. Die Frage, inwieweit Frauen und Männer sich aufgrund geschlechtsspezifischer Sozialisationsverläufe,

sozialer Geschlechterstereotype, Erwerbsarbeitsmuster und Zugehörigkeit zu unterschiedlichen Arbeitsmarktsegmenten in bezug auf objektive Zumutungen und subjektive Wahrnehmungs- und Verarbeitungsformen unterscheiden, bedarf eigener Untersuchungen.

Im Hinblick auf mögliche Präventionsmaßnahmen wäre es schon ein Fortschritt, wenn emotionale Belastungen überhaupt *wahrgenommen* würden, sowohl in den Betrieben wie in der Forschung. Solange Gefährdungspotentiale in der Arbeitswelt überwiegend in physikalisch-chemischen und auf Leistungsaspekte verengten Streßbelastungen gesehen werden - so wichtig diese unter Präventionsgesichtspunkten auch sind und so sehr mit Verbesserungen in diesen Bereichen auch das emotionale Risikopotential bereits erheblich gemindert werden kann - wird die Verdrängung von „negativen Emotionen“, zu denen sich die Betroffenen unter dem Druck ihrer Abhängigkeit gezwungen sehen, lediglich noch einmal wissenschaftlich verdoppelt und damit der Verdinglichung von Menschen und der Verharmlosung von Unterdrückungszusammenhängen ungewollt Vorschub geleistet.

Leitvorstellung einer nicht nur auf die Eindämmung von rheumatischen Erkrankungen sondern auf umfassende seelische und körperliche Gesundheit ausgerichteten Prävention muß die Vision einer menschengerechten Arbeit und eines ausreichenden Arbeitsplatzangebotes für alle sein. Prävention muß dann nicht nur „negativ“ auf die Beseitigung von Gesundheitsrisiken ausgerichtet sein sondern „positiv“ auf die Herstellung von Bedingungen, die Prozesse der „Salutogenese“, der Erzeugung von Gesundheit, ermöglichen, indem sie Raum für körperliche, psychische und soziale Herausforderungen und Identifizierungschancen bieten.

MERGNER (1983) hat Dimensionen einer solchen subjektzentrierten Sichtweise, die dem „ganzen Menschen“ gilt, benannt: „Abwechslungsreichtum von Anforderungen, Wechsel von Anspannung und Entspannung im Sinne von Arbeit und Erholung sowie Herausforderung und Entlastung, Persönlichkeitsentwicklung durch Bewältigung von Herausforderungen, Gewinnung von emotionaler Stabilität aus individuellen (und kollektiven; B.v.E.) Erfolgserlebnissen und sozialer Bestätigung, zwischenmenschliche Kommunikation, Zeitbedürfnisse in bezug auf Eigenzeiten, biologische und soziale Rhythmen, Möglichkeit subjektiver Aneignung und Strukturierung von Lebens- und Arbeitswelt in ihrer räumlichen Dimension, bezogen auf den Arbeitsgegenstand und Arbeitsmittel sinnvolle, mit Sinn erfüllbare taktile, optische und akustische Reize, Anspruch, als Mensch und nicht als 'Rädchen', Nummer, Objekte behandelt zu

werden" (nach: MÜLLER 1985,124). Damit, so Müller (ebd.), „wird sowohl der expertokratische Anspruch der Arbeitswissenschaft und der Arbeitsmedizin als auch das betriebliche Herrschaftsverhältnis grundsätzlich in Frage gestellt“.

Wie hat doch vor nunmehr bereits zehn Jahren in der vielzitierten Ottawa-Charta die Weltgesundheitsorganisation so unnachahmlich knapp wie treffend formuliert: „sichere, anregende, befriedigende und angenehme Arbeits- und Lebensbedingungen“ müssten das Ziel von (Gesundheits-)Politik sein. Um Gesundheit - einschließlich eines gesunden Halte- und Bewegungsapparates - wenn schon nicht „für alle“ so doch für die meisten zu ermöglichen, müssten - einmal mehr - kapitalistische Wirtschaftsbedingungen in Frage gestellt werden.

Literatur

- ALEXANDER, F. (1950): Psychosomatic Medicine (deutsch: Psychosomatische Medizin. Grundlagen und Anwendungsgebiete. 3. Aufl. Berlin/New York 1977).
- ANTONOVSKY, A. (1987): The Salutogenetic Perspective: Toward a New View of Health and Illness. In: *Advances* 4, 47-55.
- BADURA, B. (1990): Zum Problem der Gefühlsregulierung in der modernen Gesellschaft. In: *Zeitschrift für Soziologie* 19, 317-328.
- BADURA, B.; PFAFF, H. (1989): Stress, ein Modernisierungsrisiko? Mikro- und Makroaspekte soziologischer Belastungsforschung im Übergang zur postindustriellen Zivilisation. In: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 41, 644-668.
- BECK, D. (1975): Die Persönlichkeitsstruktur bei psychosomatischen Schmerzzuständen am Bewegungsapparat. In: WEINTRAUB, A. et al. (Hg.): *Psyche und Rheuma: Psychosomatische Schmerzsyndrome des Bewegungsapparates*. Basel/Stuttgart, 180-186.
- BECKER-SCHMIDT, R.; BRANDES-ERLHOFF, U.; KARRER, M.; KNAPP, G.A.; RUMPF, M.; SCHMIDT, B. (1982): Nicht wir haben die Minuten, die Minuten haben uns. *Zeitprobleme und Zeiterfahrungen von Arbeitermüttern in Fabrik und Familie*. Bonn.
- BECKER-SCHMIDT, R.; BRANDES-ERLHOFF, U.; RUMPF, M.; SCHMIDT, B. (1983): *Arbeitsleben - Lebensarbeit. Konflikte und Erfahrungen von Fabrikarbeiterinnen*. Bonn.
- BIGOS, S.J.; BATTIE, M.C.; SPENGLER, D.M.; FISHER, L.D.; FORDYCE, W.E.; HANSSON, T.H.; NACHEMSON, A.L.; WORTLEY, M.D. (1991a): A Prospective Study of Work Perceptions and Psychosocial Factors Affecting the Report of Back Injury. In: *Spine* 16,1-6.
- BIGOS, S.J.; BATTIE, M.C.; FISHER, L.D. (1991b): Methodology for Evaluating Predictive Factors for the Report of Back Injury. In: *Spine* 16,669-670.
- BONGERS, P.M.; DE WINTER, C.R.; KOMPIER, M.A.J.; HILDEBRANDT, V.H. (1993): Psychosocial Factors at Work and Musculoskeletal Disease. In: *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health* 19, 297-312.
- BOROWSKI, B. (1981): *Einseitige Körperhaltung am Arbeitsplatz*. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Unfallforschung, Forschungsbericht Nr. 289. Dortmund.
- BRACKERTZ, D. (1981): Schmerzhaftes Muskelverspannungen und schmerzhaftes Sehnenansätze. In: *Rheumatische Erkrankungen - Entstehungsbedingungen - Behandlung - Wiederherstellung*. *WidO-Materialien* 9. Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen. Bonn, 109,128.
- CREMERIUS, J. (1955): Rheumatische Muskel- und Gelenkerkrankungen als funktionelles Geschehen. In: CREMERIUS, J.: *Zur Theorie und Praxis der Psychosomatischen Medizin*. Frankfurt/M. 1978, 226-251.
- DABROWSKI, H.; MARSTEDT, G.; MERGNER, U. (1989): *Mehr als Monotonie und Zeitdruck. Soziale Konstitution und Verarbeitung von psychischen Belastungen im Betrieb*. Opladen.
- DELIUS, L. (1975): Diskussionsbeitrag in: WEINTRAUB, A.; BATTEGAY, R.; BECK, D.; KAGANAS, G.; LABHARDT F.; MÜLLER, W. (Hg.): *Psyche und Rheuma: Psychosomatische Schmerzsyndrome des Bewegungsapparates*. Basel/Stuttgart, 198-199.

- EBERSTEIN, B. V. (1991): Neue Technologien und Zivilisationskrankheiten. In: ABHOLZ, H.-H. et al. (Hg.): Jahrbuch für Kritische Medizin 17: Rationierung der Medizin. ArgumentSonderband AS 196. Hamburg/Berlin, 131-166.
- ELKELES, T. (1994): Arbeitswelt und Risiken für Rückenschmerzen - Potentiale für arbeitsweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, P 94-205. Berlin.
- ELKELES, T.; LENHARDT, U.; ROSENBROCK, R. (1994): Betriebliche Prävention von Rückenschmerzen. In: ROSENBROCK, R.; KÜHN, H.; KÖHLER, B.M. (Hg.): Präventionspolitik. Gesellschaftliche Strategien der Gesundheitssicherung. Berlin, 160-187.
- ELLING, A. v. (1989): Arbeit und körperlicher Verschleiß der Bewegungsorgane. Ansätze und Perspektiven zur Prävention. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz, Fb 575. Bonn.
- ENGEL, G.L.; SCHMALE JR., A.H. (1969): Eine psychoanalytische Theorie der somatischen Störung. In: Psyche 23, 241-261; wiederabgedruckt in: OVERBECK, G. & H (Hg.): Seelischer Konflikt und körperliches Leiden. Reader zur psychoanalytischen Psychosomatik. Reinbek 1978, 246-268.
- ENZMANN, D. KLEIBER, D. (1989): Helfer-Leider. Streß und Burnout in psychosozialen Berufen. Heidelberg.
- FRESE, M.; MOHR, G. (1978): Die psychopathologischen Folgen des Entzugs von Arbeit: Der Fall Arbeitslosigkeit. In: FRESE, M.; GREIF S.; SEMMER, N. (Hg.): Industrielle Psychopathologie. Bern/Stuttgart/Wien, 282-338.
- FREUD, S. (1930): Das Unbehagen in der Kultur. Gesammelte Werke, Bd. 14, Frankfurt a.M. 1963, 419-506.
- FRICZEWSKI, F. (1982a): Beanspruchung als psychophysische Verarbeitung von Belastungen. In: FRICZEWSKI, F.; MASCHEWSKY, W.; NASCHOLD, F.; WOTSCHACK, P. WOTSCHACK, W. (Hg.): Arbeitsbelastung und Krankheit bei Industriearbeitern. Frankfurt a.M./New York, 323-327.
- FRICZEWSKI, F. (1982b): Arbeitswissenschaften und Psychosomatik. In: FRICZEWSKI, F.; MASCHEWSKY, W.; NASCHOLD, F.; WOTSCHACK, P. WOTSCHACK, W. (Hg.): Arbeitsbelastung und Krankheit bei Industriearbeitern. Frankfurt a.M./New York, 437-454.
- FRICZEWSKI, F. (1988): Sozialökologie des Herzinfarkts. Untersuchungen zur Pathologie industrieller Arbeit. Berlin.
- FRICZEWSKI, F.; MASCHEWSKY, W.; NASCHOLD, F.; WOTSCHAK, P.; WOTSCHAK, W. (1987): Herz-Kreislauf-Krankheiten und industrielle Arbeitsplätze. Frankfurt a.M./New York.
- GERHARDS, J. (1988): Soziologie der Emotionen. Fragestellungen, Systematik und Perspektiven. Weinheim/München.
- HARRER, G. (1975): Affekt und Muskelspannung. In: WEINTRAUB, A.; BATTEGAY, R.; BECK, D.; KAGANAS, G.; LABHARDT, F.; MÜLLER, W. (Hg.): Psychosomatische Schmerzsyndrome des Bewegungsapparates. Basel/ Stuttgart, 58-67.
- HERRMANN, J.M.; SCHONECKE, O.W.; GEIGGES, W. (1990): Fibromyalgie. In: v. UEXKÜLL, TH.: Psychosomatische Medizin. 4. Auflage. München/Wien/Baltimore, 829-834.

- HOCHSCHILD, A.R. (1990): Das gekaufte Herz. Zur Kommerzialisierung der Gefühle. Frankfurt a.M./New York.
- HODAPP, V.; BONGARD, S.; HEINRICHS, A.; OLTMANN, K. (1993): Theorie und Messung der Ärgeremotion: Ein experimenteller Ansatz. In: HODAPP, V.; SCHWENKMEZGER, P. (Hg.): Ärger und Ärgerausdruck. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle, 11-33.
- HOEFERT, H.-W. (1995): Der biologische und der zivilisatorische „Körper“ - Knochen, Muskeln und Psyche. In: HOEFERT, H.-W.; KAGELMANN, H.J.; ROSEMEIER, H.P. (Hg.): Rheuma und Rückenschmerz. Berlin/München, 9-14.
- HOFFMANN, R.-W. (1975): Arbeitsqual und industrielle Aggression. In: OSTERLAND, M. (Hg.): Arbeitssituation, Lebenslage und Konfliktpotential. Festschrift für Max E. Graf zu Solms-Roedelheim. Frankfurt a.M./Köln, 107-123.
- HOFFMANN, R.-W. (1981): Arbeitskampf im Arbeitsalltag. Formen, Perspektiven und gewerkschaftliche Probleme des verdeckten industriellen Konflikts. Frankfurt a.M./New York
- HOLMES, T.H.; WOLFF, H.G. (1952): Life, Situations, Emotions, and Backache. In: Psychosomatic Medicine 14,18-33.
- JANKE, W. (1986): Angst: Definition und somatische Grundlagen. In: JANKE, W.; NETTER, P. (Hg.): Angst und Psychopharmaka. Methoden und Ergebnisse pharmakopsychologischer, pharmakopsychiatrischer und verhaltenspharmakologischer Forschung. Stuttgart/Berlin/Köln/Mainz, 19-42.
- JERVIS, G. (1974): Die Lage der Arbeiter und Neurosen. In: JERVIS, G.; MASTRANGELI, G.; Rozzi, R.: Psychotherapie als Klassenkampf. Berlin, 5-39.
- KARMAUS, W.; RITZ, B. (1990): Rheuma durch Büroarbeit? Relevanz und Ergebnisse einer Forschungsperspektive. In: KARMAUS, W. et al.: Arbeitsbedingte rheumatische Erkrankungen in der Verwaltung. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz, Fb 608. Bonn, 6-18.
- KNAPP, G.-A. (1981): Industriearbeit und Instrumentalismus. Zur Geschichte eines Vorurteils. Bonn.
- KRONAUER, M.; VOGEL, B.; GERLACH, F. (1993): Im Schatten der Arbeitsgesellschaft. Arbeitslose und die Dynamik sozialer Ausgrenzung. Frankfurt a.M./New York.
- KÜTEMEYER, M. (1981): Hexenschuß und Bandscheibenvorfall. In: Rheumatische Erkrankungen - Entstehungsbedingungen - Behandlung - Wiederherstellung. WIdO-Materialien 9. Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen. Bonn, 85-108.
- KÜTEMEYER, M.; SCHULTZ, U. (1990): Lubago-Ischialgie-Syndrome. In: V. UEXKÜLL, TH.: Psychosomatische Medizin. 4. Auflage. München/Wien/Baltimore, 835-847.
- LAMPL-DE GROOT, J. (1965): Über Verlaufsformen von Abwehr und Entwicklung. In: Psyche 19,465-476 (Orig. 1957).
- LEVI, L. (1971): The Human Factor - and the Inhuman. In: LEVI, L. (Ed.): Society, Stress and Disease. Oxford Medical Publications, Oxford.
- MARX, K. (1968): Ökonomisch-philosophische Manuskripte aus dem Jahre 1844, MEW Ergänzungsband, 1. Teil. Berlin.

- MAYER, H. (1983): Das Streßmodell als Erklärungsprinzip. In: HAHN, P. (Hg.): Psychosomatik, Band 1. Weinheim/Basel, 227-264.
- MERGNER, U. (1983): Kann die Arbeitssoziologie einen eigenständigen Beitrag zur Analyse von Belastungen und Beanspruchungen durch Arbeit leisten? Unveröffentlichtes Manuskript. Göttingen.
- MILTNER, W. (1986): Rheuma. In: MILTNER, W.; BIRBAUMER, N.; GERBER, W.-D.: Verhaltensmedizin. Berlin/Heidelberg/New York/Tokyo, 309-333.
- MOHR, G. (1991): Fünf Subkonstrukte psychischer Befindensbeeinträchtigungen bei Industriearbeitern: Auswahl und Entwicklung. In: GREIF, S.; BAMBERG, E.; SEMMER, N. (Hg.): Psychischer Streß am Arbeitsplatz. Göttingen/Toronto/Zürich, 91-119.
- MÜLLER, R. (1985): Der „amputierte“ Mensch - Kritik des Belastungs-Beanspruchungskonzepts der traditionellen Arbeitswissenschaft und der Arbeitsmedizin. In: WSI Mitteilungen 38,239-246.
- NAJMAN, J.M. (1980): Theories of Disease Causation and the Concept of a General Susceptibility: A Review. In: Social Science and Medicine 14a, 231-237.
- OPPOLZER, A. (1992): Kurzpausen für Kassiererinnen. Zur menschengerechten Gestaltung der Kassenarbeit. Köln.
- OSTERHOLZ, U. (1991): Gegenstand, Formen und Wirkungen arbeitsweltbezogener Interventionen zur Prävention muskulo-skelettaler Beschwerden und Erkrankungen. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, P 91-202. Berlin.
- OTTE, P. (1986): Ätiologie und Pathogenese der Arthrose. In: GERLACH, U.; MATTHIAS, H.H.; WIRTH, W. (Hg.): Knorpelschaden - Knorpelschutz. Colloquia rheumatologica 28. München
- RABE-KLEBERG, U. (1986): Geduld - oder die „besondere Eignung“ von Frauen für Frauenberufe. In: Frauenforschung 1/2,5-20.
- REICH, W. (1969): Die Funktion des Orgasmus. Köln.
- SCHMIDT, M. (1982): Rheumatische Erkrankungen und körperliche Belastungen am Arbeitsplatz. In: SCHMIDT, M.; MÜLLER, R.; VOLZ, F.-R.; FUNKE, U.; WEISER, R. (Hg.): Arbeit und Gesundheitsgefährdung. Materialien zur Entstehung und Bewältigung arbeitsbedingter Erkrankungen. Frankfurt a.M., 27-59.
- SCHMIDT, T.H.; ADLER, R.; LANGOSCH, W.; RASSEK, M. (1990): Arterielle Verschlusskrankheiten: koronare Herzkrankheit, Apoplexie und Claudicatio intermittens. In: V. UEXKÜLL, TH. (Hg.): Psychosomatische Medizin. 4. Auflage. München/Wien/Baltimore, 651-696.
- SCHULTZ-HENCKE, H. (1951): Lehrbuch der analytischen Psychotherapie. Stuttgart.
- SCHUMANN, M.; BAETHGE-KINSKY, V.; NEUMANN, U.; SPRINGER, R. (1990): Breite Diffusion der Neuen Produktionskonzepte - zögerlicher Wandel der Arbeitsstrukturen. Zwischenergebnisse aus dem „Trendreport - Rationalisierung in der Industrie“. In: Soziale Welt 41,47-69.
- SCHWENKMEZGER, P. (1990): Ärger, Ärgerausdruck und Gesundheit. In: SCHWARZER, R. (Hg.): Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch. Göttingen/Toronto/Zürich, 295-310.

- THEORELL, T.; HARMS-RINGDAHL, K.; AHLBERG-HULTEN, G.; WESTIN, B. (1991): Psychological Job Factors and Symptoms from the Locomotor System - a Multicausal Analysis. In: Scandinavian Journal of Rehabil. Medicine 23,165-173.
- THOMAS, K. (1964): Die betriebliche Situation der Arbeiter. Stuttgart.
- TRAUE, H.C. (1989): Gefühlsausdruck, Hemmung und Muskelspannung unter sozialem Streß. Verhaltensmedizin myogener Kopfschmerzen. Göttingen/Toronto/Zürich.
- TRAUE, H.C. (1991): Gehemmte Expressivität, Arousal und soziale Unterstützung. In: HAISCH, J.; ZEITLER, H.-P. (Hg.): Gesundheitspsychologie. Zur Sozialpsychologie der Prävention und Krankheitsbewältigung. Heidelberg, 345-360.
- TRAUE, H.C.; KESSLER, M. (1995): Rückenschmerz: Ätiologie und Chronifizierung zwischen Psychologie und Medizin. In: HOEFERT, H.-W.; KAGELMANN, HJ.; ROSEMEIER, H.P. (Hg.): Rheuma und Rückenschmerz, Berlin/München, 83-104.
- V. UEXKÜLL, TH. (1990): Die Einführung der psychosomatischen Betrachtungsweise als wissenschaftstheoretische und berufspolitische Aufgabe. Gedanken zum Problem der ärztlichen Verantwortung. In: V. UEXKÜLL, TH. (Hg.): Psychosomatische Medizin. 4. Aufl. München/Wien/Baltimore, 1272-1288.
- V. UEXKÜLL, TH.; WESIACK, W. (1990): Wissenschaftstheorie und Psychosomatische Medizin, ein bio-psycho-soziales Modell. In: V. UEXKÜLL, TH. (Hg.): Psychosomatische Medizin. 4. Aufl. München/Wien/Baltimore, 5-38.
- V. UEXKÜLL, TH.; WESIACK, W. (1991): Theorie der Humanmedizin. Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns. 2. Aufl. München/Wien/Baltimore.
- ULICH, E.; CONRAD-BETSCHARDT, H.; BAUSCH, C. (1989): Arbeitsform mit Zukunft: ganzheitlich-flexibel statt arbeitsteilig. Grundlagen und 7 Fallstudien aus der Maschinenindustrie. Bern/Frankfurt a.M./New York/Paris.
- WALBOT, H.G. (1993): Soziale Bedingungen von Ärger und Ärgerausdruck. In: HODAPP, V.; SCHWENKMEZGER, P. (Hg.): Ärger und Ärgerausdruck. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle, 113-142.
- WEINTRAUB, A. (1975): Psychosomatische Schmerzsyndrome des Bewegungsapparates und ihre Konfliktspezifität. In: WEINTRAUB, A.; BATTEGAY, R.; BECK, D.; KAGANAS, G.; LAB-HARDT, F.; MÜLLER, W. (Hg.): Psyche und Rheuma: Psychosomatische Schmerzsyndrome des Bewegungsapparates. Basel/Stuttgart, 153-165.
- WEINTRAUB, A. (1977): Die Grenzen der psychosomatischen Kreuzschmerzanalyse. In: Medizinische Welt 28,948-952.
- WITTENBORG, A. (1981): Schulter-Arm-Schmerzen. In: Rheumatische Erkrankungen - Entstehungsbedingungen - Behandlung - Wiederherstellung. WIdO Materialien 9. Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen. Bonn, 129-143.

Arbeitsgruppe Public Health

Public Health ist Theorie und Praxis der auf Gruppen bzw. Bevölkerungen bezogenen Maßnahmen und Strategien der Verminderung von Erkrankungs- und Sterbewahrscheinlichkeiten durch Senkung von (pathogenen) Belastungen und Förderung von (salutogenen) Ressourcen. Public Health untersucht und beeinflusst epidemiologisch faßbare Risikostrukturen, Verursachungszusammenhänge und Bewältigungsmöglichkeiten. Solche Interventionen sind sowohl vor als auch nach Eintritt von Erkrankungen bzw. Behinderungen von gesundheitlichem Nutzen. Insofern erstreckt sich der Gegenstandsbereich von Public Health sowohl auf Prävention als auch auf Krankenversorgung. Wissenschaftlich ist Public Health eine Multidisziplin, politisch-praktisch sollen die daraus herleitbaren Entscheidungskriterien und Handlungspostulate in nahezu alle gesellschaftlichen Gestaltungsbereiche und Politikfelder integriert werden. Im Vergleich zum dominanten Umgang des Medizinsystems mit gesundheitlichen Risiken und Problemen beinhaltet Public Health tiefgreifende Veränderungen der Wahrnehmungs-, Handlungs- und Steuerungslogik für die daran beteiligt«! Professionen und Institutionen. Die Arbeitsgruppe Public Health untersucht fördernde und hemmende Bedingungen für Entstehung, Entwicklung und Wirkungen der mit Public Health intendierten sozialen Innovation.

Mitglieder der Arbeitsgruppe:

Dipl.-Chem. Barbara Maria Köhler, Ph.D.

Priv.-Doz. Dr. rer.pol. Hagen Kühn

Dr. rer.med. Uwe Lenhardt, Dipl.-Pol.

Dipl.-Soz. Dorothea Muthesius

Dr. phil. Doris Schaeffer

Prof. Dr. rer.pol. Rolf Rosenbrock (Leiter)

Dipl.-Phil. János Wolf

