

# Prof. Wolfgang Tress hielt Antrittsvorlesung

Prof. Dr. Wolfgang Tress, seit April 1990 Lehrstuhlinhaber für das Fach Psychotherapie und Psychosomatik und zugleich Direktor der Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik der Heinrich-Heine-Universität — Rheinische Landesklinik, stellte sich am 9. November 1990 mit einer öffentlichen Antrittsvorlesung über „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie zwischen Anthropologie und Empirie“ in der Universität vor.

„Schon die Morgenröte unserer abendländischen Welt gab erste Konturen psychosomatischer Betrachtung und Erfahrung zu erkennen, so wie sie noch heute gelten. Heraklit sagt im 45. Fragment von den Grenzen der Seele, daß wir im Gehen sie nicht ausfindig machen können, auch wenn wir jegliche Straße abschritten, so tief ist ihr Sinn. Und im Fragment 67a lesen wir, daß gleich einer Spinne, die einen zerrissenen Faden ihres Netzes unverzüglich wieder herstellt, auch die Menschenseele bei der Verletzung irgendeines Körperteiles rasch dorthin wandere, ungehalten über die Verletzung des Körpers, mit dem sie in einem bestimmten Verhältnis fest verbunden sei.

Plutarch überliefert die Kunde von dem um 400 v. Chr. lebenden Sophisten Antiphon, der die Kunst der Leidlosigkeit ersonnen habe. Damit betrieb er die erste, historisch verbürgte psychotherapeutische Praxis. Eine Aufschrift auf seinem Haus in Korinth verkündete, er verstünde Depressive durch Worte zu heilen. Allerdings erachtete der Sophist Antiphon diese Methode bald als unter seiner Würde und kehrte zu seiner ursprünglichen Kunst, der Rhetorik, zurück. Und Platon schließlich zeichnete die Grundlinien unserer psychosomatischen Medizin und Psychotherapie. Er verlangt im Kritias vom Arzt, nicht nur den Leib zu behandeln, sondern zugleich auch die Seele, weil die Sorgfalt sich auf das Ganze zu richten habe. Viel weiter zurückreichen die Traditionen der animistisch-archaischen Heilkunst. Ihr nicht zuletzt verdankt die Psychosomatische Medizin so manche, indes oft verschwiegene Inspiration.

Wagen wir sogleich den Sprung in das 17. Jahrhundert, zu seinen geistigen Heroen, Descartes und Leibniz. Descartes, der große Rationalist, sah den Körper von der Seele bewegt und die Seele unter der Einwirkung des Körpers. Dennoch seien Körper und Seele durch unterschiedliche Begrifflichkeiten zu erfassen, die nicht beide gleichzeitig zur Anwendung kommen können. Dieser methodische Dualismus hat in der Folge die Entwicklung naturwissenschaftlicher Modelle begünstigt, entwarf doch Descartes den Körper als Maschine. Oft wird bis heute übersehen, wie der methodische Dualismus den Mißverständnissen eines ontologischen Dualismus den Weg gebahnt hat und immer noch bahnt.

Die Monadenlehre von Leibniz andererseits ging aus von einer prästabilierten Harmonie von Körper und Geist, wonach raum- und körperlose Urelemente, die Monaden eben, das Seelische in untrennbare Einheit mit kör-



Prof. Dr. Wolfgang Tress

perhaften Teilchen bringen. Dieses Prinzip proklamierte Leibniz für alle Stufen des Seins und bahnt so auch die Idee der unbewußten Vorstellungen.

Im Geiste der Aufklärung und im Zuge der Säkularisierung nach der französischen Revolution erlebten die Einzelwissenschaften eine erste Blüte. Das Prinzip der Autorität war abgeschüttelt. Mathematische Modelle fanden Anwendung auch auf andere Wissenszweige. Das Seelenleben dachte man als die Synthese aus Grundelementen, etwa aus Empfindungen und Assoziationen. Die Aufklärung mit ihrem kompromißlosen Programm der empirischen Analyse und theoretischen Synthese geriet zum geistigen Rückgrat der westlichen Welt mit ungeheuren Auswirkungen auf die Wissenschaften und somit auf die Medizin. Allein es fehlt ihr die historische Perspektive. Daher erblühten im späten 18. und frühen 19. Jahrhundert konträrpunktisch auch die Anthropologien, welche seelisches Verhalten, Umgebungsfaktoren und Lebensweise wieder zu einer Gesamtschau des Menschen zusammenführten.

Vor allem die romantischen Strömungen formten eine kulturelle Reaktion gegen die Aufklärung. Der Romantiker suchte im geheimnisvollen Grunde der Natur auch das Fundament der eigenen Seele. Daher der starke Sinn für alle Manifestationen des Unbewußten, für die Träume, die Geisteskrankheiten und die Parapsychologie, letztlich für die verborgenen Mächte des Schicksals. Natur ist sichtbarer Geist, Geist hingegen unsichtbare Natur, eine Vorstellung, deren Patenschaft für den Gestaltkreis eines Viktor von Weizsäcker oder den Situationskreis eines Thure von Uexküll kaum übersehen werden kann. Auch bei Sigmund Freud begegnen uns typisch romantische Ordnungsversuche, so daß Gesetz der Polaritäten. Handelte die Romantik von den Gegensätzen des Tages und der Nacht, der Kraft und der Materie, der Schwerkraft und des Lichtes, so geht es dem Vater der Psychoanalyse um Lust und Unlust, Aktivität und

Passivität, um Subjekt und Objekt, um Eros und Thanatos.

Aber zurück zum Gang der Dinge. Spannend genug disputierten im ideengeschichtlichen Übergang des romantischen Denkens zur naturwissenschaftlichen Medizin die sogenannten Somatiker und Psychiker über das eigentliche Wesen der seelischen Erkrankungen.

Johann Christian August Heinroth verstand Seelenkunde als einen Leib und Seele zugleich umfassenden Begriff. In seinem Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens von 1818 erscheint erstmals beiläufig, dort nämlich, wo Heinroth die Behandlung der Schlaflosigkeit erörtert, das Adjektiv „psychisch-somatisch“. Später formulierte er „psychisch-ärztlich“, „psychisch-krankhaft“ oder einfach „anthropologisch“. Heinroth postulierte als Hauptgrund der Geisteskrankheiten die Sünde. Dasselbe begreifen wir heute als Schuldgefühle. Seelische Krankheit liest sich für Heinroth als Einschränkung infolge von Ichsucht und diverser Leidenschaften, Gesundheit indessen als der Weg der freien Vernunft und des Gewissens hin zu Gott.

Der eigentliche Arzt der Romantik aber war Gustav Carus, zugleich Maler, Tierpsychologe und Physionomiker. In seinem Buch „Psyche“ von 1846 erklärte er das Unbewußtsein zum Schlüssel der Erkenntnis vom Wesen der bewußten Seelentätigkeit, wobei Unbewußtsein somatische und seelische Vorgänge gleichermaßen umschließt. Carus schenkte der Psychotherapie und Psychosomatik ferner eine erste Lehre tiefenpsychologischer Kommunikation, indem diverse Schichten des Bewußtseins verschiedene Formen zwischenmenschlicher Beziehungen ermöglichen, so vom Bewußtsein zum Bewußtsein, vom Bewußtsein zum Unbewußtsein, vom Unbewußtsein zum Bewußtsein und schließlich von einem Unbewußtsein zum anderen.

Zur selben Zeit entwarf Arthur Schopenhauer den Menschen als irrationales Wesen, gelenkt von inneren Kräften, dem eigentlichen Willen, den der Mensch nicht kennt und wovon er kaum ahnt. Es ist dies der Wille zur Selbsterhaltung und der noch weit stärkere zur Fortpflanzung. Im Geschlechtstrieb findet das Leben seine stärkste Bejahung, und, so Schopenhauer, im Konflikt mit ihm ist kein Motiv so stark, daß es des Sieges gewiß sein dürfe. Das Geschlechtsverhältnis sei der allzeit bereite Stoff zu allen Anspielungen und zum Scherz, sei die unerschöpfliche Quelle des Witzes. Thomas Mann äußerte sich beeindruckt davon, wie sehr Schopenhauers Beschreibung des Willens und des Intellekts dem entsprechen, was später Freud als die Persönlichkeitssphäre des Es und des Ich beschrieb. Auch die Traumpsychologie sowie die exponierte Stellung der Sexualität in den philosophischen Entwürfen von Schopenhauer antizipieren in erstaunlichem Maße die ersten Konzeptionen der Psychoanalyse.

Und endlich Friedrich Nietzsche! Fußend auf Schopenhauer sah er den Menschen getrieben vom Willen zur Macht, darin aber sich selbst und seine Mitmenschen ständig täu-

schend. „Bei allem, was ein Mensch sichtbar werden läßt, kann man fragen, was soll es verbergen? Wovon soll es den Blick ablenken? Denn jeder ist sich selbst der Fernste, weil der wesentliche Teil des Individuums in seinem Unbewußten liegt. Wenn die Leidenschaften, die Traumphantasien oder der Irrsinn walten, dann begegnet der Mensch seiner und der ganzen Menschheit Vorgeschiedene.“ Nietzsche beschreibt den Willen zur Macht als menschlichen Grundtrieb, der alle möglichen Ausgestaltungen erfährt, von illusorischer Befriedigung über Ersatzentladungen und die Hemmung oder gar die Wendung gegen die eigene Person bis hin zur Sublimierung.

Da nämlich der Mensch notwendig in Gemeinschaft mit seinesgleichen lebt, muß er die Entladung seiner Triebe nach außen verhindern. Er wendet sie statt dessen nach innen. Die eigene Person wird Ziel hyperkritischer Kommentare und schmerzlicher Schuldvorwürfe unseres Gewissens. Das Gewissen bewahrt all das auf, was in den Jahren der Kindheit von uns regelmäßig als moralisch gut gefordert wurde, und zwar seitens der Personen, die wir verehrten oder fürchteten. Es ist nicht die Stimme Gottes in der Brust des Menschen, sondern vielmehr die verinnerlichte Stimme von nur wenigen bedeutsamer Menschen, die uns zum Verzicht auf direkte Befriedigung der Triebe anhielten und uns so der Zivilisation zuführten.

Die Rede, meine Damen und Herren, ist nicht vom Unbehagen in der Kultur, jener epochalen Schrift der Kulturkritik aus der Feder Sigmund Freuds, sondern von Friedrich Nietzsche, dessen Gedanken gleich jenen von Schopenhauer wie manch anderer über die kulturelle Avantgarde des Fin de siècle die theoretischen Formationen der frühen Psychoanalyse erreichten. Es wäre daher redundant, nun auf den anthropologischen Gehalt der Lehren Sigmund Freuds einzugehen. Wie Nietzsche erkennt Freud in unseren Worten und Taten den Niederschlag unbewußter Triebe und Triebkonflikte. Wie für Nietzsche ist das Unbewußte ein Reich der wilden, atavistischen Begierden, die aus früheren Stadien des einzelnen wie der Menschheit stammen, keinen legalisierten Ausdruck finden und nur in den Ausbrüchen der Leidenschaften, in Träumen und Geisteskrankheiten offenbar werden.

Und doch, gleichsam im Schatten seiner monumentalen Anthropologie als Tiefenpsychologie, eröffnete Sigmund Freud der psychosomatischen Medizin und Psychotherapie einen neuen Weg zu ihrem Gegenstand. Schon gleich zu Anfang seiner klinischen Schriften zur psychotherapeutischen Behandlung der Anna O. durch J. Breuer spricht Freud beiläufig von einer talking cure, also einer Behandlung durch Sprechen. Aber, und das war die Revolution: Nicht der Arzt spricht und der Patient hört zu, sondern umgekehrt, der Patient spricht und entfaltet dabei seine subjektive Erlebnissphäre. Der Arzt aber nimmt diese Worte bewahrend in sich auf. Im Übergangsraum zwischen den beiden Protagonisten entwickelt sich eine Sprachverwirrung auf vielen Ebenen. Endlich aber übersetzt der Arzt die Klage des Patienten in bisher Unausgesprochenes, in vermeintlich Unausprechliches. So kommt dem abgelehnten kindlichen Leben im Patienten — erstmals vielleicht — Würde und Wert zu. Seine bislang verworfene Kindlichkeit steigt in den Rang dessen,

was erwachsene Menschen zu Recht miteinander bereden und bedenken dürfen, aber auch miteinander austragen und ertragen können. Solche Entwicklungsschritte muß zunächst der Arzt in sich selbst zurückgelegt haben, um sodann seinem Patienten in einem gleichen Prozeß Begleiter und Gegenüber sein zu können.

Die grundlegenden Entwicklungen der frühen Psychoanalyse vollzogen sich außerhalb der Alma mater. Im engeren Bereich der Universität und erst recht der Medizinischen Klinik lag während der ersten zwei bis drei Jahrzehnte unseres Jahrhunderts die anthropologische Forschung darnieder. Die radikal-naturwissenschaftliche Zellulärpathologie *Virchows* und die Bakteriologie eines *Pasteur* und *Koch* hatten die Psyche aus Krankheitslehre und Klinik verbannt. Seelische Phänomene fanden allenfalls noch als Folge körperlicher Veränderungen wissenschaftliche Beachtung. Freilich zählten psychosomatische und somatopsychische Zusammenhänge weiterhin zur unverzichtbaren Grundlage der allgemeinärztlichen Wahrnehmung und Einstellung. Akademisch aber formulierten nur vereinzelte Kliniker die Gegenposition, so die Internisten F. *Krauß* mit einer Pathologie der Person oder Ludolf von Krehl, der die psychophysische Einheit der konkreten Person in den Satz faßte: „Krankheit als solche gibt es nicht, wir kennen nur kranke Menschen.“ Für ihn ist es der Patient als Subjekt, der sein Krankheitsgeschehen entscheidend mitgestaltet. Gustav *Bergmann* stiftete dann den Begriff der „funktionellen Pathologie“ und verwies auf den fließenden Übergang zwischen reversiblen funktionellen Organstörungen und irreversiblen somatischen Läsionen.

Von *Siebeck* begründete die medizinische Biographik und leitete damit über zur eigentlichen herausragenden Gestalt der Heidelberger psychosomatischen Schule, zu Viktor von *Weizsäcker*. In seiner Lehre mißt das Subjekt den Ereignissen Bedeutung zu. Ereignisse werden zu erlebten Situationen in der sinnvollen oder sinnbrüchigen Abfolge einer Lebensgestalt. So verstanden ist Psychosomatik in Behandlung und Theorie nicht bloßes Aneinanderreihen von Aussagen einer positivistischen Naturwissenschaft und einer ebenso positivistischen Psychologie. In der neuen Perspektive der medizinischen Anthropologie erhält das Leiden am Leibe einen Sinn im Leben des Menschen. Das stößt heilsame Einsichten an für die weitere leib-seelische Entwicklung. In der Konzeption des Gestaltkreises gelang es Viktor von Weizsäcker, die subjektive Erlebnissphäre bis in die Physiologie, bis in biologische Vorgänge der Sinnesleistungen und der Motorik hinein aufzuzeigen. Subjektivität nämlich steht schon am Anfang jeder Wahrnehmung und jeder Bewegung. Sie wählt aus, was durch Wahrnehmen und Bewegen festgestellt und ergriffen wird.

Ein fortlaufendes und wechselseitiges Erscheinen der Seele im Körper wie des Körpers in der Seele, diese Kreisfigur leib-seelischer Verbundenheit: das ist die Lehre des Gestaltkreises. Er bringt auf den Begriff, wie leidenschaftliche Lebensbewegungen eines Menschen sich auch an seinem Magen, seinem Darm oder seiner Lunge zu äußern vermögen. Damit erhob von Weizsäcker die unbewußten Leibphantasien und ungelebte Lebenswürfe zu pathoplastischen Krankheitsmomenten. Gleichzeitig entzieht sich

das Subjekt der Objektivierung und konturiert sich erst im Umgang, in der Gegenseitigkeit von Arzt und Patient. Ihr Miteinander-Umgehen, jener Gestaltkreis der Arzt-Patient-Beziehung, wird zur Grundlage von Diagnostik und Therapie. Um den kranken Menschen in seiner Besonderheit zu erfahren und damit zu einer bio-psycho-sozialen Gesamtdiagnose zu kommen, muß folglich der Arzt sich mit dem Patienten in einen Umgang, in ein Handgemenge einlassen und ihn, den Patienten, so am eigenen Leibe und im eigenen Leben erfahren.

Viktor von Weizsäcker hat die anthropologische Medizin neu begründet, ohne eine eigene Schule zu bilden. Gleichwohl prägte er die psychosomatische Medizin im deutschen Kulturraum nach dem Zweiten Weltkrieg. Der Geist Viktor von Weizäckers lebt weiter, exemplarisch etwa in den Arbeiten eines Thure von *Uexküll*, dem deutschen Nestor der psychosomatischen Medizin. In seinem Entwurf des *Situationskreises* geht es um Merken und Wirken, Bedeutungserteilung und Bedeutungsverwertung, um sinnvolles Wahrnehmen und bewirkendes Handeln. Lebende Systeme reagieren in bio-semiotischer Sicht nicht mechanistisch auf Ursachen, sie verkehren vielmehr untereinander mit Hilfe bedeutungstragender Zeichen. Gesundheit ist mithin nicht selbstverständlich, sondern prozessual ständig neu zu schaffen. Bleibt der Prozeß dahinter zurück, ist der Mensch bereits krank.

Der amerikanische Psychosomatiker George *Engel* proklamiert nun systemische Funktionskreise für jedes Niveau der Zeichenverwertung von der biochemisch-elektrophysiologischen Ebene über die gesamtorganismische, die seelische bis zur sozialen. Sein bio-psycho-soziales Modell anerkennt auf der einen Seite die Eigenständigkeit der Phänomene auf jeder der verschiedenen Systemebenen. Keine darf auf die andere reduziert werden. Dennoch stehen die autonomen Systemebenen miteinander in Verbindung, und zwar über historische, lebensgeschichtlich entstandene Bedeutungskoppelungen. Krankheit in dieser Sicht meint ungelöste Problemsituationen und deren Folge auf einer, mehreren oder allen Ebenen des hierarchischen Systems, von intrazellulären bis zu sozialpsychologischen *Austauschprozessen*.

Soweit die anthropologische Entwicklung der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie, deren jüngste systemtheoretische Früchte neben der klinischen Anschauung und der therapeutischen Erfahrung wesentlich auf die empirischen Forschungen beruhen. Sie reichen von Tierexperimenten bis zu Studien am gesunden und kranken Menschen und machen sich die gesamte Methodenvielfalt der empirischen Wissenschaft zu eigen, von der Endokrinologie, Immunologie, über detaillierte Videoanalysen von Arzt-Patient-Interaktionen bis zur Epidemiologie.

1970 fand unser Fach dann Aufnahme in die Approbationsordnung für Ärzte und damit in den Kanon der an den Medizinischen Fakultäten etablierten Fächer. Nun waren lehr- und lernbare Begriffsdefinitionen gefordert. Traditionellerweise bestimmen sich die klinischen Fächer der Medizin entweder über eine Gruppe von Organen und deren Erkrankungen wie z. B. die Hals-Nasen-Ohren, die Augen- oder die Frauenheilkunde, oder sie bestimmen sich über besondere therapeutische Verfahren, so die Innere Medizin oder

die Chirurgie. Die Psychosomatische Medizin und die Psychotherapie tut beides. Sie erklärt sich zuständig für die psychogenen Erkrankungen und deren Behandlung auf dem Wege der Psychotherapie.

Die Rede von den *psychogenen Erkrankungen* dient als nosologischer Oberbegriff für die Gruppe der Psychoneurosen, der Persönlichkeitsstörungen und der psychosomatischen Erkrankungen. Ohne auf die Problematik des Krankheitsbegriffs hier näher eingehen zu können, meinen wir mit psychogenen Erkrankungen Normabweichungen des inneren und äußeren Verhaltens und/oder körperlicher Funktionen und Strukturen, die in einem ätiologischen Sinn ganz wesentlich aus den vergangenen und aktuellen psychosozialen Lebensumständen einer Person erwachsen, und zwar vermittelt über psychische Prozesse und deren körperliche Korrelate, etwa in den Bereichen des Zwischenhirns oder des Hippokampus. Es geht also um Normabweichungen des inneren und äußeren Verhaltens und/oder körperlicher Funktionen und Strukturen, also um Normabweichungen in der Dimension des Körperlichen, der Dimension des seelischen Befindens und Erlebens, wobei insbesondere depressive Verstimmungen, Ängste und Zwänge zu nennen wären, und schließlich in der dritten Dimension um neurotisches zwischenmenschliches Verhalten, einschließlich der Süchte, also um das, was man gerne als den guten oder nicht so guten Charakter eines Menschen bezeichnet.

Wer aber leidet an einer psychogenen Erkrankung? Jeder, dem das öfteren das Herz etwas stärker und schneller klopft, der einmal unter Spannungskopfschmerzen leidet oder dem ein Ärger auch einmal auf den Magen oder auf den Darm schlägt? Dem eine ängstliche Anspannung auf die Blase

drückt? Der einmal verstimmt ist, sich ängstigt oder zu tief ins Glas schaut, oder mit den Kollegen, Freunden oder seinem Partner einen Konflikt austragen muß? Wissen wir doch spätestens seit den Einsichten Freuds in die Struktur des Traums und in die Psychopathologie des Alltags, daß die Rede vom gesunden und vom neurotischen Leben auf Abstufungen eines Kontinuums verweist und gerade keine kategorialen Unterscheidungen meint. Nicht zuletzt deshalb berührt die Beschäftigung mit der Psychosomatischen Medizin und der Psychotherapie jeden einzelnen immer auch ganz persönlich, was wiederum nicht selten die nüchterne Bestandsaufnahme und rationale Erwägungen erschwert.

Gerade die spröde *Epidemiologie* bietet hier eine Möglichkeit, die Verhältnisse objektiv anzugehen, wozu sich uns in Mannheim im Rahmen eines Sonderforschungsbereichs ideale Möglichkeiten boten. Wir haben zweimal im Abstand von drei Jahren 600 nach Zufall ausgelesene Bürger dieser Stadt mit Hilfe eines halbstandardisierten, strukturierten Interviews im Sinne einer biographischen Anamnese untersucht. Die allererste und wichtigste Fragestellung betraf die aktuelle Häufigkeit, die Prävalenz psychogener Störungen: Wer ist zum Zeitpunkt der Untersuchung durch psychogene Beschwerden entweder körperlich und/oder in seinem seelischen Befinden und/oder in seinen sozialen Beziehungen und in seinem charaktertypischen Verhalten so weitgehend beeinträchtigt, wie es für Patienten in unseren psychosomatischen Ambulanzen und auf den psychotherapeutischen Stationen typisch ist?

Sie sehen mir bitte nach, wenn ich Sie in dieser Stunde nicht mit den trockenen Details unserer Forschungsinstrumente behelligen möchte. Die Ergebnisse, die sich auch in der

Zweituntersuchung nach drei Jahren bestätigten, sind freilich immer wieder so frappant, daß man an einen Untersuchungsfehler glauben möchte: 26% nämlich unserer repräsentativen Stichprobe, also ein Viertel, müssen als aktuelle Fälle von psychogener Erkrankung gelten.

Unter diesen Fällen psychogener Erkrankungen sind sozial schwächere Bevölkerungsschichten und unabhängig davon Frauen überrepräsentiert. Unerwartet wenig Bedeutung kam der Tatsache zu, ob jemand vor dem Krieg, unmittelbar danach oder in der Blüte des Wirtschaftswunders seine Kindheit erlebte.

Die epidemiologische Befragung zeigt ferner, daß die große Mehrheit unserer Probanden mit psychogenen Krankheitsbildern immer wieder einmal und viele auch recht häufig mit einem, oft aber mit mehreren Ärzten in Kontakt treten. Vermutlich wird keine andere professionelle Gruppe von den psychogen Kranken so regelmäßig und häufig in Anspruch genommen wie die ärztliche. Das bestätigt unsere hohe Bedeutung und Verantwortung für eine sachgerechte Diagnostik und Therapie gerade auch der psychogenen Erkrankungen.

Die wiederholte Untersuchung der Probanden im Abstand von drei Jahren eröffnet uns schließlich ein wenn auch begrenztes Fenster auf den Verlauf psychogener Syndrome im Vergleich zu Gesunden. Ich will aus der Menge der Verlaufsbefunde lediglich hervorheben, daß die Quote der insgesamt akut psychogen kranken Menschen in der Bevölkerung gleichgeblieben ist. Nach drei Jahren sind zu 80% dieselben Menschen auch weiterhin krank, ein Befund, der endgültig die wissenschaftliche Falschmeldung von der Spontanremission neurotischer Erkrankungen entlarven dürfte. Verständlich wird aber

ebenfalls die Herkunft dieser Falschmeldung, denn nach drei Jahren haben 75% der Probanden die aktuelle klinische Leitsymptomatik gewechselt: der Herzneurotiker erscheint nun alkoholkrank, der vormalige Kopfschmerzpatient imponiert jetzt neurotisch depressiv. Trafen wir damals eine pathologische Partnerschaftskonstellation an, so müssen wir heute nach der Trennung eine entzündliche Darmerkrankung vermerken.

Unter *Verlaufsaspekten* gerät damit die nosologische Aufteilung psychogener Krankheiten in Psychosomatosen, Psycho-neurosen und Persönlichkeitsstörungen sehr ins Wanken. Statt dessen empfiehlt uns die Sachlage, wie eingangs angekündigt, von dem übergeordneten Begriff der psychogenen Erkrankungen auszugehen, d. h. von seelisch bedingten und mitbedingten Krankheitsbildern, die uns einmal mehr im Leiblichen, dann eher im seelischen Erleben und sehr häufig gleichzeitig auch im zwischenmenschlichen Verhalten begegnen, wobei der Einzelfall im Laufe der Zeit mit einiger Wahrscheinlichkeit seine klinische Akzentuierung mehrfach ändert. Somit spricht die Epidemiologie der Verläufe psychogener Erkrankungen bei aller notwendiger Spezialisierung auch in der Psychosomatik zugleich für eine verstärkte psychotherapeutische Fortbildung der Ärzteschaft insgesamt. Wir müssen unsere Studenten und die Kolleginnen und Kollegen in Fort- und Weiterbildung für die Besonderheiten psychogener Krankheiten sensibilisieren und sie mit der hier adäquaten anthropologisch-biographischen Grundeinstellung, Diagnostik und Basistherapie vertraut machen, und zwar jenseits spezieller, schulisch ausgerichteter Behandlungslehren.

Ferner findet sich auch kein Argument für zeitgenössische Bestrebungen, die Versorgung psychogener Kranker aus der Verantwortung der Ärzte zu entlassen. Gerade die so wesentlich mitbetroffene Symptomebene des Körpers, jene partielle Ausdrucks-gemeinschaft des sog. Organikers und des sog. Neurotikers, die Viktor von Weizsäcker immer wieder nachdrücklich hervorhob, sie käme derart zu kurz.

Oft hat nur der niedergelassene Arzt die Chance, psychosomatische Syndrome noch unorganisiert in statu nascendi zu erkennen und zu behandeln. Hierzu bedarf es freilich der psychosomatischen Orientierung.

Ich nähere mich damit dem zweiten Bestimmungselement meines Faches, der *Psychotherapie* als Festlegung auf eine bestimmte *Behandlungsmodalität*. Nach einer vielzitierten Definition meint Psychotherapie

- einen bewußt geplanten interaktionellen Prozeß,
- zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen,
- die in einem Konsensus (möglichst zwischen Patient, Therapeut und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden, und zwar
- mit psychologischen Mitteln (durch Kommunikation meist verbal, aber auch a verbal),
- in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel (Symptom-Minimalisierung und/oder Strukturveränderung der Persönlichkeit), und das
- mittels lehrbarer Techniken auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens.

Psychotherapie wäre also die von einer Krankheitslehre abgeleitete Art und Weise der Kommunikation zur Behandlung von seelisch bedingten Krankheitszuständen. Für einige Jahrzehnte erfolgte die Vermittlung psychotherapeutischer Kompetenz von erfahrenen Lehrern an die nachfolgende Generation ausschließlich auf dem Wege der klinischen Unterrichtung und Anleitung. Derweil konnte die *empirische Psychotherapieforschung* in aller Unbeholfenheit nur den Befund zutage fördern, alle Psychotherapie sei hilfreich für ca. 2/3 der Patienten. Mittlerweile hat auch dieser Sektor beachtliche Fortschritte aufzuweisen, wie sie heute vornehmlich von der internationalen Mitgliedschaft der Society for Psychotherapy Research zusammengetragen werden. Zu den herausragenden Persönlichkeiten zählen u. a. Lester Luborsky, Hans Strupp und Lorna Smith Benjamin.

*Luborsky* etwa erforschte in Erweiterung des Menninger Foundation Research Project mit vielfältigen Verfahren die Gesetzmäßigkeit erfolgreicher und erfolgloser psychodynamischer Therapien. Ein zentrales Konzept seiner Arbeitsgruppe wurde bald das der positiven *therapeutischen Allianz*. Es gelang nachzuweisen, daß bei einer schon in der dritten Sitzung deutlich positiven Arzt-Patient-Beziehung ein glücklicher Ausgang der Behandlung vorgersagt werden kann. Das zweite kurative Moment analytischer Psychotherapie liegt in der Akkuratess, mit welcher der Therapeut die zentralen zwischenmenschlichen Konflikte seines Gegenüber ausformuliert. Dann nämlich konfrontiert der Therapeut seinen Patient im Klima der Gewogenheit mit dessen selbstschädigenden Erlebnis- und Beziehungsmustern.

Auf eine ebenfalls lange Erfolgsstrecke kann die Forschungsgruppe um *Hans Strupp* an der Vanderbilt-Universität in Nashville zurückblicken. Diese Autoren akzentuieren ebenfalls die Bedeutung einer schon früh in der Therapie realisierten guten Arbeitsbeziehung zwischen Patient und Therapeut. Strupp fand allerdings, daß analytische Psychotherapeuten sich behandlungstechnisch recht rigide verhalten. Daher fordert Strupp, daß tiefenpsychologische Therapeuten zu lernen hätten, dynamische Fokalziele zu formulieren, die Umstände der Therapie dem Patienten anzupassen und die Entwicklung einer aktiven, guten Arbeitsbeziehung von Anfang an mit speziellen Maßnahmen zu fördern. Aversive Gefühle des Patienten sind sofort aufzugreifen. Und schließlich müssen wir Therapeuten uns darum bemühen, unsere eigenen feindseligen Gefühle gegenüber dem Patienten konstruktiv zu verwenden. Nur dann kann der zentrale Konflikt des Patienten innerhalb der therapeutischen Beziehung wohlwollend erlebt und bearbeitet werden. Daraus folgt unmittelbar als Aufgabe für die Psychotherapieforschung, zunächst mit empirischen Mitteln sehr akribisch zu beschreiben, was in den einzelnen Therapien tatsächlich vor sich geht.

Derartigen Programmen stehen glücklicherweise auch vielversprechende Forschungsinstrumente zur Seite, etwa die von *Lorna Smith Benjamin* entwickelte Strukturale Analyse Sozialen Verhaltens, ein Verfahren, das sowohl den verbalen Austausch im therapeutischen Gespräch, zusammen mit der Sprachmelodie, wie auch die Gestik der Beteiligten in mehrfacher Weise berücksichtigt. Wir erhalten derart einen tiefen Einblick

in die „funktionelle Histologie“ des psychotherapeutischen Geschehens. Hans Strupp sagt voraus, daß diese Methode bald integraler Bestand der Ausbildung zum Psychotherapeuten sein wird. Sie erlaubt nämlich eine sofortige Rückmeldung dazu, inwieweit die Therapeut die Kommunikationen des Patienten so beantwortet, wie er es theoretisch und technisch beabsichtigte. Vor allem hat der Therapeut zu vermeiden, Feindseligkeiten des Patienten mit eigenen unterschwelligen Vorwürfen und Anklagen zu retournieren. Gerade hinsichtlich dieses Kriteriums der unterschwelligen Feindseligkeit unterscheiden sich dieselben Therapeuten erheblich in ihrem Verhalten gegenüber verschiedenen Patienten.

So lautet die Frage längst nicht mehr, ob Psychotherapie wirke. Genauso wenig fragen wir, ob die Innere Medizin oder die Orthopädie hilfreich sind. Statt dessen haben wir zu klären, wie und warum welche psychotherapeutischen Strategien wem helfen.

Diese Orientierung führt die Forschung zu kleinen lokalen Modellen von tückischen, sich ständig wiederholenden, fehlangepaßten Interaktionsstrukturen als den Brennpunkten in der Ätiologie und Persistenz psychogener Störungen. Daraus erwachsen uns gewichtige Hinweise für die zukünftige psychotherapeutische Fort- und Weiterbildung, sowohl von primär somatisch tätigen Ärzten, wie auch von Fachkollegen. Besonderes Gewicht messe ich dabei der psychosomatischen Grundversorgung zu, einem ärztlichen Aufgabenbereich, der nach wie vor auch in solchen Großstädten de facto brachliegt, in denen sich bereits spezialisierte Therapeuten in genügender Zahl niedergelassen haben.

In der psychosomatischen Grundversorgung versuchen wir, uns den Patienten als leib-seelische Person in ihren historischen und aktuellen Lebenszügen zu vergegenwärtigen und derart die subjektive Bedeutung der jeweiligen psychogenen Leitsymptomatik in ihrem Mitteilungsscharakter zu entschlüsseln.

Am Ende solcher und vergleichbarer Anstrengungen, so meine Hoffnung, steht in nicht allzu ferner Zukunft ein psychodynamisch orientiertes Aus-, Fort- und Weiterbildungsmodell für den psychosomatisch engagierten Arzt mit klar formulierten Selbsterfahrungs- und Lernschritten. Damit wäre das Feld der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie als Teil der ärztlichen Heilkunde zukunftsweisend bestellt. Für unsere Zeit hätten wir so auf die Herausforderung der psychogenen Erkrankungen tragfähige Antworten gefunden.“