

B. Vorwort oder: Zur Komplexität des Faches «Psychosomatik» oder: Was dürfen unsere Leser erwarten

ADOLF-ERNST MEYER

ARTHUR JORES hatte viele Talente; er war aber auch ein eminent pragmatischer Mensch. Wenn Falldiskussionen in subtile Erwägungen vorstießen, ob ein Symptom mehr Abwehr- oder mehr Trieb-Charakter aufweise, oder wie integriert die «inneren Objekte» bei diesem Kranken seien, konnte er solches zum praktischen Punkt bringen, indem er sagte: «Und was *tun* wir jetzt mit dem Patienten?» Folgerichtig hießen die beiden Veröffentlichungen, die wahrscheinlich – innerhalb seiner vielen Monographien – die breiteste Rezeption bei Ärzten fanden, «Praktische Endokrinologie» und «Praktische Psychosomatik».

Als sich uns die Frage stellte, ob wir JORES-Schüler (zusammen mit JORES-Enkeln) diese Monographie für eine dritte Auflage überarbeiten und herausgeben sollten, waren wir uns rasch einig, daß wir diesen praktisch-pragmatischen Aspekt möglichst erhalten wollten. Dafür allerdings mußten wir uns daran orientieren, daß seit der zweiten (und letzten) Auflage dieses Buches (1981) sich die beruflichen Konkretisierungen von Psychosomatik erheb-

lich verändert hatten und damit auch die Interessenlage unserer potentiellen Leser.

Der Deutsche Ärztetag hat 1992 zwei neue Facharztbezeichnungen geschaffen, einen für «Psychotherapeutische Medizin» und den anderen für «Psychiatrie und Psychotherapie». Erhalten blieben die Zusatzbezeichnungen »Psychotherapie« und «Psychoanalyse», ferner der Fachkundenachweis «Psychosomatische Grundversorgung». Erhalten blieb ferner «Psychosomatik und Psychotherapie» als Lehr- und Prüfungsfach innerhalb des Medizinstudiums mit entsprechenden Abteilungen an allen bundesrepublikanischen Medizinhochschulen.

Außerdem ist hochwahrscheinlich, daß es bald ein Gesetz geben wird, welches den Heilberuf des «Psychologischen Psychotherapeuten» neu schaffen wird. Danach werden sich Psychologen, unter der Voraussetzung vorgeschriebener postgraduierter Weiterbildung, an der Krankenkassenversorgung als Psychotherapeuten beteiligen können.

Diese verwirrende Vielfalt, welche kennzeichnend für die Bundesrepublik ist und sich

dergestalt in keinem andern Land findet, kann nur anhand ihrer historischen Entwicklung verstanden werden, was hier kurz nachgezeichnet wird, wobei zwischen (a) dem psychotherapeutischen, (b) dem holistischen und (c) dem integriert-psychosomatischen oder integriert-medizinischen Ansatz differenziert wird. Alle drei Ansätze stehen im unvereinbaren Widerspruch zum Grund-Credo der naturwissenschaftlichen Medizin:

«Brücke und ich, wir haben uns verschworen, die Wahrheit geltend zu machen, daß im Organismus keine andern Kräfte wirksam sind, als die gemeinen physikalisch-chemischen; daß, wo diese bislang nicht zur Erklärung ausreichen, mittels der physikalisch-mathematischen Methode entweder nach ihrer Art und Weise der Wirksamkeit im konkreten Fall gesucht werden muß, oder daß neue Kräfte angenommen werden müssen, welche, von gleicher Dignität mit den physikalisch-chemischen, der Materie inhärent, stets auf nur abstoßende oder anziehende Componenten zurückzuführen sind.» (DU BOIS-REYMOND, 1918, S. 108, geschrieben als 24jähriger Medizinstudent im Mai 1842).

a) Der *psychogenetisch-psychotherapeutische Ansatz* beginnt in und nach dem Ersten Weltkrieg mit der Ausweitung der psychoanalytischen Therapie von den Neurosen auf Organ-Krankheiten.

1917 erscheint GRODDECKs «Psychische Bedingtheit und psychoanalytische Behandlung organischer Leiden», welchem sich 1922 Felix DEUTSCH, der den Ausdruck «psychosomatisch» wieder aufnahm, mit «Über das Anwendungsgebiet der Psychotherapie in der Innern Medizin» anschließt. Im selben Jahr veröffentlicht Edoardo WEISS die psychoanalytische Behandlung eines Asthmakranken.

Nach dem Ersten Weltkrieg passiert etwas historisch sehr Eigenartiges: die (allerdings begrenzte) Rezeption, welche die Psychoanalyse in den Medizinhochschulen der Weimarer Republik überhaupt erreichte, fand sie in der Inneren Medizin, also mit ihrem psychosomatischen Ansatz, und nicht in der Psychiatrie. Den wenigen Ausnahmen, z. B. KRETSCHMER; SOMMER oder MAUZ, standen erbitterte Gegner wie BUMKE, HOCHÉ oder DE CRINIS gegenüber. Dies ist keine Selbstverständlichkeit, denn (a) gehört Psychotherapie affinitäts-gemäß zur Psychiatrie, (b) haben gleichzeitig mit der oben beschriebenen Ausdehnung der Psychoanalyse in die innere

Medizin weit renommiertere Analytiker (ABRAHAM, FREUD, C.G. JUNG) diese auf psychiatrische Krankheiten angewendet, und (c) wurde die Psychoanalyse von der Psychiatrie anderer Länder durchaus – wenn auch unterschiedlich intensiv – übernommen.

Die USA erwiesen sich als besonders aufnahmebereit, die Hochschulpsychiatrie der Schweiz, Hollands, Frankreichs, Ungarns und Skandinaviens übernahm mit Vorbehalten. Diejenige Österreichs zollte mehr dem internationalen Ansehen FREUDs einen gewissen Tribut als seiner Sache. Dagegen haben die kaiserliche und die Weimarer Psychiatrie der Psychoanalyse eine Ablehnung entgegengebracht, die sich in dieser Intensität in keinem andern Land fand.

Gemessen an ihren Konzeptualisierungen war allerdings von den deutschen Protagonisten der Hochschulpsychosomatik bis 1945 (KREHL, v. BERGMANN, v. WEIZSÄCKER) nur WEIZSÄCKER stark psychoanalytisch orientiert (aber nicht intensiv psychotherapeutisch), die anderen vertraten mehr eine holistisch-allgemeinpsychologische Psychosomatik.

Pikanterweise wurde die psychoanalytische Psychosomatik auch innerhalb der Psychoanalyse selber abgelehnt. FREUD schrieb nämlich – und sein Einfluß auf die Psychoanalytiker war damals noch viel gewichtiger als heute:

«Von solchen (scl. psychosomatischen) Untersuchungen mußte ich die Psychoanalytiker aus erzieherischen Gründen fernhalten, denn Innervationen, Gefäßerweiterungen und Nervenbahnen wären zu gefährliche Versuchungen für sie gewesen, sie hatten zu lernen, sich auf psychologische Denkweisen zu beschränken.» Brief FREUDs an V. v. WEIZSÄCKER 1932.

Erstaunlich ist die Geringschätzung FREUDs sowohl hinsichtlich der Standfestigkeit der psychoanalytischen Theorie gegenüber der Physiologie wie auch von der Flexibilität und Diskriminationsfähigkeit seiner Schüler. Diese Schmuddelkindposition der Psychosomatik in der Psychoanalyse änderte sich – zwar nur vorübergehend, aber immerhin für gut zwei Dekaden – durch ALEXANDER (1950), der eine Theorie entwickelt hatte, in welcher er für sieben Körperkrankheiten, die sogenannten «Heiligen Chicago Sieben», je einen bestimmten unbewußten Konflikt beschrieb, welcher diese Krankheiten jeweils (mit)deter-

minierte. Damit hatte ALEXANDER genau das getan, was FREUD für derart gefährlich hielt: Er hatte Psychoanalyse und Physiologie zusammengebracht.

Zum Beispiel führte beim Ulcus-duodeni-Kranken der unbewußte Wunsch nach Nährend-Versorgtwerden zu einer «Scheinfütterungs»-Physiologie des Magens, wie sie aus PAWLOWSchen Experimenten bekannt war, und über diese zu einer «Andauung» der Magenschleimhaut. Oder die unbewußte Erwartung eines Hypertonikers, sich nächstens gegen einen Angriff körperlich wehren zu müssen, führte zu einer ergotropen Hochstellung des Blutdrucks, was v. UEXKÜLL (1963) später sehr treffend «Bereitstellungs-Krankheit» nannte.

Da in dieser Theorie die jeweilige Art der physiologischen Veränderungen mit der Wunschrichtung des zugehörigen unbewußten Konflikts oder auch dessen Abwehr (oder beidem) biologisch verstehbar verbunden war, benannte Alexander diese Konflikte als «spezifische».

Da Psychoanalytiker explizit für die Behandlung unbewußter Konflikte ausgebildet waren, konnten sie sich in der ALEXANDER-Theorie zu Hause fühlen – verführerischer noch, diese legte ihnen nahe, das Feld «Psychosomatik» für sich zu beanspruchen. Dadurch, daß ALEXANDER nur bestimmte Krankheiten als «psychosomatische» erklärte (deren schließliche Zahl er offen ließ), für welche damit dann Psychoanalytiker zuständig wurden, bestärkte er Psychosomatik als Spezialdisziplin.

Diese Akzeptation durch «die» Psychoanalyse war deswegen vorübergehend, weil sich zum einen zeigte, daß das Gros psychosomatisch Kranker sich für die Behandlung mit hochfrequenter Langzeit-Psychoanalyse zumeist als nicht motiviert oder nicht geeignet oder beides erwies, und sich zum anderen zu ALEXANDERS Spezifitätstheorie erhebliche Ausnahmen und Inkonsistenzen fanden, auf welche dieses Buch an allen notwendigen Stellen eingeht.

Der bisherige Überblick ist «Geschichte von ihrem Ergebnis her geschrieben», d. h., aus einer Vielzahl von «psychosomatischen» Ansätzen wurde nur auf diejenigen fokussiert, die sich schließlich durchgesetzt haben. Un-erwähnt bleiben Richtungen wie Neo-Vitalis-

mus, Medizinische Anthropologie, ferner die praktisch wichtige Gruppe, die vorwiegend mit Hypnose arbeitete, und die Bewegung, welche sich unter dem Etikett «Ganzheitsmedizin» um die Zeitschrift «Hippokrates» sammelte (s. SCHULTZ, 1982).

Zeitgleich mit der erwähnten Aufwertung der psychoanalytischen Psychosomatik kam es in der Bundesrepublik zu folgender Entwicklung: Die großen Fortschritte in der medizinischen Diagnostik erlaubten immer sicherer, organisch-strukturelle Läsionen als Ursache für Sich-Krank-Fühlen zu finden oder aber auszuschließen. Der Erfolg der sozialen Marktwirtschaft weitete qua sozial die Krankenkassenleistungen aus und ermöglichte qua Wirtschaftserfolg deren Finanzierung, wodurch Kranke immer spezialisiertere ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen konnten.

Bis in die sechziger Jahre unverändert blieb jedoch die Ablehnung der – nun bundesrepublikanischen – Psychiater gegen Psychoanalyse oder psychodynamische Psychotherapie, was erhebliche Konsequenzen hatte.

Zum einen erwarben sich BRD-Psychiater nur ausnahmsweise Kompetenzen in Psychotherapie, zum anderen behielten sie dadurch ihre Rolle als Ärzte für Geisteskranke mit entsprechender hoher Prestige-Barriere.

Aus letzterem folgte, daß sich entsprechend Kranke vorwiegend an Allgemeinärzte oder Internisten um Hilfe wandten – unter Berufung auf ihre Erschöpfung, ihre Tachykardie, Schweißausbrüche usw. Es war die hohe Zeit der Diagnose «Vegetative Dystonie». Die selbstkritischen und menschenkennenden unter diesen Ärzten motivierten solche Kranken gegen erheblichen Widerstand, einen Psychiater aufzusuchen. Ihre Patienten kamen wie Bumerange zurück, der psychiatrische Konsilbericht lautete sinngemäß: «Kein Anhaltspunkt für eine Psychose. Wir empfehlen Bellergal.»

Dies bewog eine Reihe führender Internisten, z. B. CURTIUS, HEILMEYER, JORES, SEITZ, v. UEXKÜLL dazu, in den fünfziger und frühen sechziger Jahren eigene Psychotherapeutische Abteilungen einzurichten, oder – bei Einverständnis ihrer Fakultät – eigenständige Kliniken. Gegenüber der Vorkriegs-Ära gab es einen gewichtigen Unterschied: HEILMEYER ausgenommen waren diese Pioniere alle selber praktizierende Psychotherapeuten. Davon un-

abhängig und früh gegründete MITSCHERLICH mit Rockefeller-Fund-Unterstützung die Psychosomatische Klinik in Heidelberg.

Sintemal diese Abteilungen über psychotherapeutische Kompetenz verfügten, welche in «der» Psychiatrie nicht vorhanden war, wurden in jenen keineswegs nur (aber auch) Psychosomatosen behandelt, sondern auch (teilweise sogar häufiger) Neurosen und Charakterprobleme sowie funktionelle Sexualstörungen. Dennoch hießen diese Institutionen durchwegs «psychosomatisch» und dies aus mindestens zwei Gründen. Zum einen aus Rücksicht auf die und in Abgrenzung von den psychiatrischen Kollegen. Zum andern *gewann der Begriff «Psychosomatik» einen gewissen prestige-schonenden Tarn- und Deck-Charakter*, den alle Beteiligten (Patienten, Angehörige, Zuweisende und Ausübende) gerne nutzten. Die zweite Hälfte der Benennung, nämlich «Somatik» verlieh auch Phobien oder Schweißausbrüchen den Ernst einer «richtigen» Krankheit, und außerdem vermittelte das Epitheton «psychosomatisch» das Charisma eines schwerverständlichen und deshalb umso bedeutungsvolleren Leidens.

b) Die *holistische Tradition* wird im Vorwort des ersten Psychosomatik-Lehrbuchs (WEISS u. ENGLISH, 1943) explizit gemacht: «Psychosomatik ist ... so alt wie die Kunst des Heilens selber. Sie ist keine Spezialität, sondern eine Sehweise, die für alle Aspekte von Medizin und Wundarznei gilt. Es geht nicht darum, das Soma weniger, sondern darum, die Psyche mehr zu studieren.»

In der Tat findet man diese Konzeptualisierung bereits über 2000 Jahre früher in PLATOS Dialog des Charmides: «Wie Du ein Auge nicht behandeln kannst, ohne den ganzen Kopf zu behandeln, kannst Du den Kopf nicht behandeln, ohne den ganzen Menschen zu behandeln.»

Der Unterschied zur ALEXANDERSCHEN Konzeption besteht darin, daß hier nicht bestimmte Krankheiten als «psychosomatisch» ausgezeichnet werden, sondern daß *die «psychosomatische Sehweise» für die gesamte Medizin gilt*.

Dieser holistische Ansatz ist eine «gute Utopie», d. h. eine, die im Prinzip richtig ist, aber an der Begrenztheit menschlicher Mög-

lichkeiten scheitert. Auch PLATO begrenzt sich, nämlich auf den «ganzen Menschen», womit er noch «größere» psychosoziale Ganzheiten unberücksichtigt läßt: Familie, Arbeitskollektiv, Freundeskreis, Glaubensgemeinschaft, Sippe, Nation usw.

Realiter erlauben uns die Begrenztheit von Zeit und Ressourcen nicht einmal, regelmäßig bei jedem unserer Kranken ein EKG oder eine Thoraxaufnahme zu machen, es sei denn, dies sei angezeigt.

WEISS und ENGLISH haben nicht explizit formuliert, auf welche Weise das von ihnen geforderte «die Psyche mehr zu studieren» zustande kommt, aber ihre Fallbeispiele zeigen, daß dies durch konsiliarische Hinzuziehung eines psychoanalytisch kompetenten Psychiaters geschieht, was bald als Consultation-Liaison-Psychiatrie (s. u.) bezeichnet wurde.

Bei solchem Vorgehen hängt die Verwirklichung der holistischen Konzeption in der Praxis von der Kompetenz der primärversorgenden Ärzte ab, Indikationen zu erkennen, aufgrund derer sie entweder selber psychologisch untersuchen oder einen «Psycho-Experten» zuziehen sollen.

c) Dies konsequent zu Ende gedacht, führt zum Modell der «Integrierten Psychosomatik» oder besser «Integrierten Medizin», wie es v. UEXKÜLL vertritt (s. z. B. 1992). Da grundsätzlich, wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß, bei jeder Krankheit (und nicht nur bei den sogenannten psychosomatischen) psychosoziale Faktoren eine therapiebedürftige oder prognoserelevante Rolle haben können (von AIDS, s. Kap. IV.M, über Hämolyse, s. Kap. IV.E.2 oder Krebs, s. Kap. IV.I, bis zu Zahnmedizin, s. Kap. IV.S) und außerdem die Verantwortung, bzw. das Erkennen, ob und wann psychologisch zu untersuchen ist, beim primärversorgenden Arzt liegt, *müssen alle Ärzte über psychosomatische oder psychosoziale Grundkompetenzen verfügen*. Psychosomatik ist eine Grunddimension moderner, eben integrierter, Medizin, und solche Kenntnisse sind ebenso unverzichtbar wie solides Wissen in Anatomie/Pathoanatomie, Physiologie/Pathophysiologie, Pharmakologie/Pharmakotherapie. Integrierte Medizin verlangt, daß in der Lehre und in der ärztlichen Weiter- und Fortbildung

die Vermittlung von psychosozialen Kompetenzen ganz erheblich verstärkt werden muß.

Die nächste Entwicklungsphase der BRD-Psychosomatik beginnt in den späten sechziger Reichtumsjahren, in welchen vier völlig divergente Faktoren wirksam wurden:

1. Annemarie DÜHRSEN wies in einer Großuntersuchung nach, daß psychoanalytische Psychotherapie zu erheblichen Kostensenkungen hinsichtlich Hospitalisierung führt (DÜHRSEN, 1962). Das bewog die Krankenkassen, Kostendeckung für analytische Psychotherapie in einem Umfang zu übernehmen, wie dies in keinem andern Lande der Fall ist.
2. In einer jener idiosynkratischen geschichtlichen Wenden, die sich marxistischer Betrachtung entziehen, sogar dann, wenn der Marxismus davon profitiert, gab es einen Studentenaufstand, und dieser wählte sich als Guru Herbert MARCUSE, und mit diesem eine Kombination von Marxismus und Psychoanalyse.
3. Der Reichtum der sechziger Jahre schien eine radikale Reform und Verbesserung des Medizinstudiums zu erlauben, ja zu gebieten. Der Zeitgeist und objektive Daten verlangten, daß dabei die psychosoziale Seite der Medizin ein stärkeres Gewicht erhalten mußte. Die neue *Ärztliche Approbationsordnung (ÄAppO)* von 1970, unter richtungweisender Mitwirkung von v. UEXKÜLL, führt Medizinische Soziologie, Medizinische Psychologie und Psychosomatik/Psychotherapie als Lehr- und Prüfungsfächer ein. Durch die erweiterte Benennung «Psychosomatik und Psychotherapie» wurde ein Stück weit Flagge gezeigt, nämlich, daß die Hauptkompetenz dieser Abteilungen in Psychotherapie bestand. Daneben blieb die Bezeichnung «Psychosomatik» erhalten und sollte signalisieren, daß auch Körperkrankheiten behandelt würden.

Es läßt sich auch vermuten, daß damit eine doppelte Abgrenzung erreicht werden sollte (durch «Psychotherapie» von der Internmedizin und durch «Psychosomatik» von der Psychiatrie), um damit Autonomie von der manchmal einengenden Umarmung durch eines der beiden Mutterfächer zu erreichen.

Mit dieser ÄAppO wurde Integrierte Medizin ein Stück weit verwirklicht – aber eben nur ein Stück, denn wenn man diese neuen Fächer mit dem alten, nämlich Psychiatrie, zusammenzählt, beträgt deren Lehranteil kärgliche 7 Prozent. Verglichen mit den hohen Prävalenzwerten (etwa 20 % in Allgemeinpraxen, etwa 30 bis 50 % in Spitalabteilungen, s. u.), ist dies sicher zu wenig. Jedoch gab die ÄAppO der BRD-Psychosomatik einen wichtigen Entwicklungsschub. An praktisch allen Medizinhochschulen wurden entsprechende Abteilungen, mit Lehr-, Fortbildungs- und Forschungs-Kapazitäten, eingerichtet.

Aus zwei Gründen wurde danach allerdings nur der Sprung vom Elend in die Armut geschafft, was nicht wenig ist – aber zu wenig. (i) Die Reformen der ÄAppO waren gegen Artikel 12 des Grundgesetzes: «Alle Deutschen haben das Recht, Beruf, Arbeitsplatz und Ausbildungsstätte frei zu wählen.» Zumindest interpretierten die Verwaltungsgerichte dies so. Aus Artikel 12 folge, daß eine Vermehrung des Lehrpersonals vorrangig der Zulassung von mehr Studienbewerbern zu dienen habe und nicht einer Qualitätsverbesserung des Studiums, z. B. durch Ausbildung in Kleingruppen und am Krankenbett. (ii) Die erste Ölkrise verwandelte den Reichtum der sechziger Jahre in die Knappheit der siebziger Jahre, und der geplante Aufbau fand nur teilweise statt, was naturgemäß die neu einzurichtenden Fächer überproportional traf.

4. Von 1950 bis 1990 ist die Bettenzahl für Psychosomatisch / Psychoneurotisch-Kranke von etwa 500 auf 8299 gestiegen (Stand 1989). Allerdings befinden sich von letzteren nur 1253 in Akutkrankenhäusern, dagegen 7046 (also gut fünf mal so viel) in sog. Psychosomatischen Fachkliniken, wo der Aufenthalt ganz überwiegend von Rentenversicherungsträgern (also der BfA und den damals 11 LVAen) für Rehabilitation bezahlt wird. Die steile Zunahme betrifft somit überwiegend die letzteren (MEYER et al., 1991). Zusätzliche Daten ermöglichen, diese eigenartige Diskrepanz zu verstehen.

(a) Ungeachtet eines deutlichen Stadt-Landunterschieds in der Bevölkerungsprävalenz von psychosomatisch-psychoneurotischen Störungen verschwindet diese Differenz in den Praxen niedergelassener Ärzte für Allgemeinmedizin fast völlig: 21 bis 23 Prozent der dortigen Patienten zeigen sich behandlungsbedürftig in diesem Bereich. (Die Punktprävalenzen in Akutkrankenhäusern liegen mit 28 bis 42 % noch etwas hö-

her.) (b) In der sogenannten EVaS-Studie (Erhebung über die Versorgung im ambulanten Sektor; SCHACH et al., 1989) fanden «psychiatrisch erfahrene Lehrbeauftragte» für Allgemeinmedizin sogar 30 Prozent. Zu denken gibt, daß die Praxeninhaber selber nur 3 bis 4 Prozent ihrer Patienten (also etwa ein Zehntel) analog einstuften. Dies verweist auf einen unzureichenden Ausbildungsstand in psychosomatischen Kompetenzen dieser primärversorgenden Ärzte. (c) Die Anamnesedauern sind hoch: Je nach Stichprobe sind zwischen 16 und 67 Prozent der betreffenden psychosomatisch/psychoneurotisch Kranken über fünf Jahre und zwischen 8 und 47 Prozent über zehn Jahre krank gewesen, bis sie (oft erstmals) einem Experten für Psychotherapie vorgestellt wurden.

Diese drei Datengruppen (vollständiger in MEYER et al., 1991) zusammengenommen machen wahrscheinlich, daß die unverhältnismäßig hohe Zahl von Psychosomatikbetten für Rehabilitation zum Teil durch Chronifizierung bewirkt ist: Eine große Zahl von Neurotisch-Psychosomatisch-Kranken erhält so lange keine oder nur somatische Behandlung, bis ihre Arbeitsfähigkeit ernsthaft gefährdet ist und eine Berentung beantragt oder erwogen wird.

Damit ist – nach §7 RehaG – gesetzlich vorgeschrieben zu prüfen, ob diese Berentung durch Rehabilitationsmaßnahmen vermieden werden kann. Die hierfür durchgeführte gründliche diagnostische Abklärung ergibt in 20 Prozent (U. KOCH, mündliche Angabe) eine Anzeige für psychosomatische Rehabilitation, welche – angesichts der Chronifizierung und der oft geringen Motivierung – nur als stationäre Behandlung einigermaßen aussichtsreich erscheint.

Sintemal Vorbeugen besser ist als Heilen und Heilen besser als Rehabilitieren, weist die eben geschilderte Entwicklung auf kostenträchtige Versäumnisse in der psychotherapeutischen Primär- und Sekundär-Versorgung: Statt früh und ambulant wird spät und stationär behandelt. Dieses Problem ist erkannt, und im Kassenarztsystem wurden Korrekturen eingeleitet: Ärzte können sich für «Psychosomatische Grundversorgung» fort- oder im Hinblick auf die Zusatzbezeichnung «Psychotherapie» weiterbilden und danach entsprechende Leistungen abrechnen. Aus ökonomischen Gründen werden diese Maßnahmen allerdings solange keinen großen Erfolg haben, als ihre Vergütungen nicht deutlich höher sind gegenüber denjenigen für nie-

dergelassene Psychotherapeuten, welche erheblich niedrigere fixe Praxiskosten haben.

Ebenfalls ab den sechziger Jahren entwickelte sich die *Verhaltenstherapie*, welche sich grundsätzlich von den bisher bestehenden Psychotherapieformen dadurch unterscheidet, daß ihr Grundmodell sich auf die Regelmäßigkeiten des Lernens stützt, wie jene aufgrund von Tierexperimenten von der akademischen Psychologie entdeckt worden waren, und damit das Konzept der Unbewußtheit weder kennt noch benötigt (genauer in Kap. II.A. und III.E.). Die Verhaltenstherapie erzielt gute Wirkungsnachweise und ist heute als eigenständige Methode in die Psychotherapieversorgung integriert.

In der BRD findet somit psychosomatische Therapie in zwei erheblich unterschiedlichen Formen statt. Im *stationären Setting* kommt der Patient in die therapeutische Gemeinschaft einer «totalen Institution», er begegnet einer Mehrzahl von Therapeuten und erlebt hochfrequent (manchmal mehrmals täglich) multimethodische Interventionen: Einzel und Gruppe, verbale und mehr körperbezogene (wie Konzentrative Bewegung oder Feldenkrais oder Autogenes Training usw.) und regelmäßig auch Gestaltungs-Therapie (Malen, Plastizieren, Musik und/oder Tanz) – das Ganze aber nur für wenige Wochen.

Solche Settings böten ideale Voraussetzungen für differentielle Prozeß-Effizienz-Psychotherapieforschung. Leider werden sie dafür bisher kaum genutzt.

Im *ambulanten Setting* hat er einen Therapeuten, welcher ihn mit seiner Methode ein- oder mehrmals pro Woche für jeweils eine Sitzung behandelt, dies aber über mindestens mehrere Monate.

Ein Blick in andere Länder, in denen – wie oben geschildert – die Psychotherapie bei der Psychiatrie verblieben ist und kein davon getrennter psychotherapeutisch-psychosomatischer Versorgungsbereich entstand, macht die Besonderheit der BRD-Entwicklung deutlich. In allen anderen Ländern konnten Spezialeinrichtungen für stationäre Psychotherapie mit ihren eigenständigen therapeutischen Möglichkeiten und ihren besonderen Indikationen nur als Ausnahmen entstehen, welche entweder speziell die sogenannten «Eßstörungen»

(d. h. Anorexie und Bulimie, nicht etwa Fettsucht) behandeln oder schwer psychisch kranke Nicht-Psychotiker (z. B. solche mit dissozialen oder suizidalen Problemen). Spezieller psychosomatische Aktivitäten finden innerhalb der *Consultation-Liaison-Psychiatrie* (= CLP) statt, also durch konsiliarische Betreuung von Somatisch-Kranken. CLP-Psychiater verfügen über gute psychiatrische und pharmakotherapeutische Kompetenzen, diejenigen für Psychotherapie schwanken stark. CLP ist deswegen ein breites und heterogenes Feld, in welchem die Diagnose organischer Verwirrheitszustände und von psychischen Nebenwirkungen von Somatotherapie sowie effiziente Psychopharmakotherapie häufiger vorkommt als Psychotherapie.

Spätestens ab 1975, dem Zeitpunkt der »Enquête zur Lage der Psychiatrie«, wurde der BRD-Psychiatrie voll bewußt, daß sie mit der Psychotherapie einen zentral wichtigen Teilbereich ihres Faches abgegeben hatte. Der damalige Versuch einer »Heimholung« mißglückte, die »Enquête« beschrieb einen zweiteiligen Versorgungsstrang: den psychiatrischen und den psychotherapeutisch-psychosomatischen.

Ein erneuter Versuch, diesmal mit Hilfe der Facharztbezeichnungen, die Psychotherapie in das Mutterland »Psychiatrie« zurückzuholen, führte zu einem Teilerfolg: Zwar schuf der Ärztetag 1992 einen Facharzt »Psychiatrie und Psychotherapie«, aber gleichzeitig auch einen für »Psychotherapeutische Medizin«.

Die Abgrenzung dieser beiden Fächer ist nur in der Theorie klar. Das erste würde sich um die Psychotherapie von Psychosen und von Borderline-Syndromen, von neurotischen Depressionen und Angstzuständen kümmern, die »Psychotherapeutische Medizin« um die Vielzahl von somatoformen Störungen (insbesondere auch die chronischen Schmerzsyndrome), von funktionellen und von Somatopsychosomaten.

Nicht alle unsere Autoren übernehmen ENGELS Gruppierung der »Somatopsychosomaten« (ENGEL 1970, S. 461), in welcher er Krankheiten wie z. B. Asthma bronchiale, Colitis ulcerosa, Ulcus duodeni, Neurodermitis zusammenfaßt, weil diese im Unterschied z. B. zu Hyperventilationstetanie, zu Herztodhypo-

chondrie oder zu Konversionen »echte« organische, also pathologisch-anatomische Veränderungen aufweisen. Diese Zweiteilung ist zweckmäßig, weil Somatopsychosomaten sich noch in weiteren Punkten unterscheiden, z. B. darin, daß wir bei ihnen Kranke ohne nennenswerte (außer krankheitsreaktiver) Psychopathologie finden können (wogegen alle Mitglieder der genannten funktionalen Psychosomaten psychische Störungen aufweisen), oder ferner in ihrer schlechteren Psychotherapie-Reversibilität.

Dieser bundesrepublikzentrierte Überblick der ideengeschichtlichen und berufspolitischen Entwicklung von »Psychosomatik« (ab 1922) über »Psychosomatik und Psychotherapie« (ab 1970) bis zu »Psychotherapeutische Medizin« sowie »Psychiatrie und Psychotherapie« (ab 1992), zusammen mit der Darstellung der derzeitigen Psychotherapie-Versorgungssituation, belegt erhebliche Defizite der psychosozialen Kompetenzen der Ärzte, welche sich leidenverlängernd und kostentreibend auswirken. Eine Verbesserung, die rasch sein möchte, muß sich vorrangig auf die Gruppe der Primärversorgungsärzte (Ärzte für Allgemeinmedizin sowie niedergelassene Spezialisten mit Primärversorgungsfunktionen) konzentrieren, somit auf die Fortbildung in »Psychosomatischer Grundversorgung«.

Sich darauf zu beschränken, wäre kurzsichtig und hieße, diese Defizite erst entstehen zu lassen, um sie hinterher zu beheben. Flankierend muß deshalb auch die Weiterbildung der Krankenhausärzte und zeitlich davor die Ausbildung der Medizinstudenten in »Psychotherapeutischer Medizin« erheblich intensiviert werden.

An diesen großen Kreis in der »Körpermedizin« Tätiger, ob Studenten, Primärversorger oder Psychotherapeuten, richtet sich unser Buch. Schließlich, aber nicht zuletzt, wird auch der zukünftige Psychologische Psychotherapeut, gerade weil dafür nicht prioritär ausgebildet, von den hier zusammengetragenen Informationen über die Möglichkeiten und Grenzen der Psychotherapeutischen Medizin profitieren.

In diesem Sinne haben wir die Darstellung von Neurosenlehre und Psychopathologie knapp gehalten und statt dessen die psychotherapeutischen Aufgaben und Möglichkeiten in der Medizin – von AIDS bis Zahnheilkunde – mit besonderem Gewicht dargestellt.

Literatur

- ALEXANDER F: Psychosomatic medicine. Norton, New York 1950
- DEUTSCH F: Über das Anwendungsgebiet der Psychotherapie in der Innern Medizin. Wiener Med Wschrift 72, 809–816, 1922
- DU BOIS-REYMOND E (Hrsg.): Jugendbriefe von Emil Du Bois-Reymond an Eduard Hallmann. Dietrich Reimer, Berlin 1918
- DÜHRSEN A: Katamnestiche Ergebnisse bei 1004 Patienten nach analytischer Psychotherapie. Z Psychosom Med 8, 94–113, 1962
- ENGEL GL: Psychisches Verhalten in Gesundheit und Krankheit. Ein Lehrbuch für Ärzte, Psychologen und Studenten. Huber, Bern/Stuttgart 1970
- GRODDECK G: Psychische Bedingtheit und psychoanalytische Behandlung organischer Leiden. Hirzel, Berlin 1917
- JORES A: Praktische Psychosomatik. 2. Aufl. Huber, Bern/Stuttgart 1981
- MEYER A-E, RICHTER R, GRAWE K, SCHULENBURG V.D. J-M, SCHULTE B, SCHWEDLER J-J: Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes. Bundesministerium für Jugend, Frauen, Familie und Gesundheit, Bonn 1991
- SCHACH E, SCHWARTZ FW, KEREK-BODDEN HE: Die EVaS-Studie. Dt. Ärzte-Verlag, Köln 1989
- SCHULTZ U: Fragmente zur Geschichte der deutschen Psychosomatik von 1920–1945 (1). Protokoll-dienst der Evangelischen Akademie Bad Boll, 23/82, 170–188, 1982
- UEXKÜLL T v.: Grundfragen der psychosomatischen Medizin. Rowohlt, Hamburg 1963
- UEXKÜLL T v. (Hrsg.): Integrierte Psychosomatische Medizin. 2. Aufl. Schattauer, Stuttgart/New York 1992
- WEISS E, ENGLISH OS: Psychosomatic medicine. The application of psychopathology to general medicine. Saunders, Philadelphia/London 1943