

Psychoanalytisches Forum am Mittwoch

Vortrag am 10.5. 2017 im Institut für Psychoanalyse, Tübingen

Ekkehard Gaus

Psychosomatische Medizin- ein psychoanalytischer Blick auf die Entwicklung der letzten 50 Jahre

Erlauben Sie mir eine persönliche Vorbemerkung: Sie hat damit zu tun, warum vermutlich die psychosomatische Medizin in den Mittelpunkt meines beruflichen Lebens gerückt ist.

Als Medizinstudent im vorklinischen Teil des Studiums in Tübingen überließ mir ein befreundeter Kommilitone den medizinischen Büchernachlass seines früh verstorbenen Vaters, Arzt von Beruf, der einen plötzlichen Herzinfarkt erlitten hatte. Auch ich war geschockt. Ich fragte mich, warum man so früh am Herzinfarkt stirbt. Ich hatte schon eine Vorstellung von körperlichen Risikofaktoren, beim Stöbern in den überlassenen Büchern stieß ich auf einige Werke der damals so genannten Heidelberger Schule der **Anthropologischen Medizin** mit Autoren wie V.von Weizsäcker , Siebeck , Krehl, Huebschmann und anderen, die sich mit den Zusammenhängen von Biografie und dem Ausbruch körperlicher Erkrankungen wie Herzinfarkt oder Infektionserkrankungen oder Geschwüren von Magen und Darm beschäftigten- nebenbei bemerkt: damals war der Zusammenhang zwischen Bakterien und Magengeschwür noch nicht bekannt.

Warum gerade jetzt?

Warum gerade hier?

Warum gerade so?

Diese Fragen stellten sich die Vertreter der Anthropologischen Medizin bei ihren Patienten und illustrierten es an beeindruckenden Fallgeschichten. Mein Interesse war geweckt und ich beschäftigte mich im Verlauf meines Studiums neben den naturwissenschaftlichen Grundlagen mit diesen Aspekten der Medizin, aber auch zunehmend den psychologischen und sozialwissenschaftlichen Theorien und insbesondere der Psychoanalyse. Das entsprach auch damals in den 68- er Jahren dem studentischen Zeitgeist , wenn es auch um die Institutionalisierung einer solchen Medizin noch schlecht bestellt war. Aber immerhin war es gelungen, in der neuen Approbationsordnung von 1970, die den Inhalt der medizinischen Lehre an den Universitäten regelte, ein psychosomatisches Pflichtpraktikum im klinischen Teil der Ausbildung und in der Vorklinik Medizinpsychologie und

Medizinsoziologie als zusätzliche Fächer zu verankern mit der Folge, dass entsprechende Institutionen - auch Psychosomatische Abteilungen - für die Lehre nach und nach geschaffen werden mussten.

Mit fortschreitendem Interesse stieß ich dann auf ein schmales Taschenbuch mit dem Titel: : **Grundfragen der psychosomatischen Medizin**. Autor war Professor von Uexküll, ehemals an der Universität Gießen, dann an der neu gegründeten Universität Ulm Leiter der Abt. für Innere Medizin und Psychosomatik, der zu den Begründern der Nachkriegspsychosomatik im westlichen Teil Deutschlands zählt. Das Buch war erstmalig 1963 erschienen im Rowohlt Verlag in der Reihe "Rowohlts deutsche Enzyklopädie". Es befasst sich mit der Theorie und Praxis der Psychosomatischen Medizin. Das Buch ist gewissermaßen der Vorläufer des späteren von Uexküll und einer großen Zahl von Mitarbeitern herausgegebenen dickleibigen Lehrbuches der psychosomatischen Medizin, das viele Auflagen erlebt hat.

Ich habe dieses Büchlein damals als Medizinstudent in Tübingen mit großem Interesse und auch Begeisterung gelesen - es bemühte sich bei aller Komprimiertheit - um eine umfassende Theorie der Heilkunde, wie der Verfasser es nannte. Es hat mich, neben anderen Erfahrungen und Lektüren, dazu angeregt, als externer Student, nämlich dann von München, meinem neuen Studienort aus, am Ulmer Lehrstuhl bei Professor von Uexküll eine Dissertation zu beginnen, die von H. Prof. Köhle, damals in Ulm, später in Köln, betreut wurde. So habe ich mich der im damaligen Fächerkanon der Medizin eher als Exotenfach apostrophierten Psychosomatik in Schritten angenähert .

Zur **Geschichte und Entwicklung der Psychosomatischen Medizin** in den letzten Jahrzehnten:

Mit folgenden **Fragen** möchte ich mich beschäftigen:

- 1. Wie waren die Modellvorstellungen der Psychosomatik über das Zustandekommen von Krankheit vor einem halben Jahrhundert beschaffen? Und : Womit hat sich die psychosomatische Medizin zu Beginn ihrer Einrichtung als wissenschaftliches Fach damals hauptsächlich befasst?**
- 2. Wie waren die Praxis der Psychosomatischen Medizin und das psychosomatische Versorgungssystem damals ?**
- 3. Was ist daraus über die Jahrzehnte geworden? Wie haben sich die Krankheiten, die im Zentrum der Aufmerksamkeit standen , Forschungsmethoden , Betrachtungsweisen und Behandlungsformen geändert?**
- 4. Wie sieht das psychosomatische Versorgungssystem heute aus?**

Des thematischen Umfangs und der ins Auge gefassten langen Zeitperiode wegen muß ich mich in meinem Vortrag auf die Entwicklungslinien und eine Auswahl beschränken. Dem Titel meines Vortrags entsprechend beziehe ich mich in der Darstellung der Konzepte und therapeutischen Methoden auf die **Psychoanalyse** und die davon abgeleiteten **tiefenpsychologischen Verfahren** und befasse mich **nicht** näher mit der **Lerntheorie** und der **Verhaltenstherapie**, die ebenfalls einen wichtigen Platz in der Psychosomatischen Medizin gewonnen haben. Dies stellt keine Wertung dar.

Was war die damalige Ausgangssituation? Dazu ist ein kurzer Blick auf die **Geschichte** des Begriffs Psychosomatik und dessen Werdegang hilfreich.

Psychosomatisches Gedankengut findet sich bei vielen Philosophen und Ärzten bereits in der Antike. Ich erinnere an Namen wie Hippokrates, Plato, Galenos von Pergamon. Im europäischen Mittelalter wurde Krankheit zuhauf mit religiösen Vorstellungen, die sich bws. um Schuld rankten, in Verbindung gebracht („Krankheit ist der Sünde Sold“).

Im 19. Jahrhundert erfolgte durch die vielen Entdeckungen, insbesondere zu den Infektionserkrankungen - ich erinnere an Virchow, Pasteur, R. Koch - eine **naturwissenschaftliche Umwälzung der Medizin**, die bis heute bestimmend ist, aber den Blick auf den einzelnen Kranken einengt.

So können die Einführung psychosomatischer Sichtweisen auch als eine Art **gegenreformatorischer** Impulse verstanden werden.

Wir können in einer entwicklungspsychologischen Perspektive mehrere **Phasen** der **Psychosomatischen Medizin** unterscheiden:

1. eine **spekulative Phase**, die aus der sog. romantischen Medizin hervorgegangen ist. Dafür stehen Namen wie der Psychiater Heinroth zu Beginn des 19. Jahrhunderts, der in seinem Lehrbuch das Zusammenwirken von Seele und Körper betonte und der Gynäkologe, Maler und Philosoph C. G. Carus (1846: Zur Entwicklungsgeschichte der Seele). Ein späterer Vertreter dieser Richtung ist Georg Groddeck, der, als Arzt sehr erfolgreich, ein Sanatorium in Baden-Baden für die höheren Stände betrieb und dessen Erklärung von Krankheit schon damals eine hochspekulative Anmutung hatte. Sie bediente sich hauptsächlich der Symboldeutung, fragte immer nach dem Sinn von Krankheit, sie war aber in ihrem Ansatz antinaturwissenschaftlich und stellte in sehr vereinfachter Form simple, meist gewagte, manchmal originelle Kausalbeziehungen zwischen psychischen Phänomenen und körperlichen Erscheinungen her. Sie hat, neben einigen originellen Anregungen, viel zu Ressentiments gegenüber dem psychosomatischen Fach mit Nachwirkungen bis in die heutige Zeit beigetragen.

2. ist eine **psychophysiologische Phase**, die sich durch das Prinzip der exakten Messung von seelischen und körperlichen Vorgängen auszeichnete, zu unterscheiden.

Sie ist mit Forschern wie Cannon (1929 , Bodily Changes in hunger, fear...) und Selye verbunden, die man als die Urväter der **Stressforschung** ansieht und sie hat die Zusammenhänge von **Stress** und **körperlichen Reaktionen**, beispielsweise im **Hormonhaushalt**, beobachtet.

Zu nennen sind auch Namen wie Heller und der Internist und Psychoanalytiker Felix Deutsch. Letzterer hat auf Anregung Freuds 1922 in seiner Arbeit „Anwendung der Psychotherapie in der Inneren Medizin“ den direkten Bezug zur somatischen Erkrankung hergestellt, einen Bezug, dem S. Freud , der Begründer der Psychoanalyse , letztlich zwiespältig gegenüberstand.

Gustav v. Bergmann , ein berühmter Internist in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts, der an der Charitee' lehrte , äußerte damals die Auffassung, dass „ die Psychoanalyse durchaus zum Rüstzeug der Diagnostik und Therapie des Internisten gerechnet werden muß“, eine Aussage, die sicherlich Lichtjahre von der heutigen Anschauung entfernt ist.

3. ist eine **Phase** fortwährender **Methodenentwicklung** in der Medizin, der Psychologie und den Sozialwissenschaften und deren **Verknüpfung** abzugrenzen.

Von Uexküll schreibt dazu in seinem Bändchen zu den Grundfragen der Psychosomatischen Medizin:

“ Der Forscher auf psychosomatischem Gebiet gleicht einem Mann, der mit seinen Beinen auf zwei verschiedenen Inseln steht und einmal hier, das andere Mal dort seinen Standpunkt sucht.“

Bekanntere Namen aus dieser Phase der Methodenentwicklung, die überwiegend zunächst jenseits des Atlantik erfolgte, sind in den Vereinigten Staaten von Amerika F. Dunbar (1935, Emotions and bodily changes), die das Konzept der **Persönlichkeitsspezifität** bei verschiedenen körperlichen Krankheiten untersuchte.

In einem verfeinerten Ansatz hat F. Alexander, ursprünglich Psychoanalytiker in Berlin, später nach seiner Emigration Leiter einer Forschungsgruppe in Chicago(1951), versucht ,den Sprung vom Seelischen ins Körperliche zu fassen. Er nahm eine **Konfliktspezifität** für die Entstehung verschiedener körperlicher Erkrankungen, zum Beispiel für die Ulcuserkrankung, aber auch andere Erkrankungen wie Schilddrüsenüberfunktion, entzündliche rheumatische Erkrankungen , ein Konzept, das später durch die amerikanischen Psychosomatiker Mirsky und Weiner (1957) durch die Zusammenschau von psychologischer und biologischer Perspektive und elaborierte Messungen verfeinert wurde.

H. Weiner , Internist, Biochemiker und Psychoanalytiker , der mit 6 Jahren Österreich mit seiner Familie verlassen musste, nach einem Aufenthalt in England in New York und später Los Angeles große Forschergruppen leitete,

hat in einer monumentalen Monographie –ein wirklich enzyklopädisches Werk - dann 1977 den Versuch unternommen, diese psychobiologischen Ansätze in seinem Buch „Psychobiology and Human Disease“ zusammenzufassen.

Die amerikanischen Psychosomatiker Weiss und English hatte schon in der Einleitung ihres Lehrbuchs zur Psychosomatik (1948) gefordert:

Psychosomatisch „ bedeutet so nicht, den Körper weniger, sondern nur, die Seele näher zu erforschen.“.

Dies kann man als **als holistischen oder ganzheitlichen** Ansatz bezeichnen, der auch in der deutschen Psychosomatik lange eine große Rolle spielte.

Dem stand und steht die medizinische Praxis oft im Weg. Schon v. Uexküll beklagte die Einteilung des Menschen in Interessensphären, wobei bei körperlichen Beschwerden **organisch/körperlich** auf der einen Seite und **seelisch/funktionell** auf der anderen unterschieden wird. So läuft der Kranke Gefahr, dass sein Leiden in diesen Interessensphären aufgespalten und durch unterschiedliche Behandler und Disziplinen „verarztet“ wird . Dem soll die psychosomatische Betrachtung entgegenwirken . Dabei hat die Erforschung der jeweiligen Lebensgeschichte auch das Ziel , die **individuelle**

Krankheitsdisposition und nicht nur die Umstände des **Krankheitsausbruchs** zu klären.

So unterschied v. Uexküll **Ausdruckskrankheiten** wie zum Beispiel Lähmungen seelischer Ursache von **Bereitstellungskrankheiten** wie dem Bluthochdruck und sogenannte **funktionelle Störungen oder Syndrome**, bsw. schmerzhaften Verkrampfungen von Magen, Darm oder Gallenwegen oder Neigung zum Herzjagen . Dabei ist das **somatische Entgegenkommens**, wie Freud das ursprünglich genannt hat, also der sog. disponierende körperliche Faktor, jeweils unterschiedlich .

Bsw. kann eine Lähmung nach einer Diphtherie, heute ein sehr seltenes Krankheitsbild, als **somatisches** Geschehen eine Schluckstörung verursachen . **Seelisch** verursachte Gangstörungen wie in der berühmten Fallgeschichte . Freuds mit Elisabeth v. R. können aber auch Ausdruck und gewissermaßen misslungenes Handlungsbruchstück Folge unbewusster Konflikte und Motivkonstellationen sein im Sinne eines sog. **Konversionsgeschehens**. Im dargestellten Fall verbinden sich Fürsorge und Strafmotive zu einer Scheinlösung im Sinne einer körperlichen Fehlfunktion mit entsprechenden Konsequenzen.

Bereitstellungskrankheiten hingegen resultieren aus biologisch vorgeformten Abwehr - und Verteidigungsreaktionen, die meist eng mit **Stimmungen** verbunden sind, beispielsweise einer aggressiven Anspannung, wo aber Motive und Möglichkeiten, sich Abfluss zu verschaffen, unzureichend sind oder fehlen , also, um ein Beispiel zu nennen, eine Bereitstellung zu **Abwehr** und **Kampf** ein Dauerzustand geworden ist, aus dem es kein Entrinnen gibt.

Im Unterschied dazu haben wir es bei den **funktionellen Syndromen**, die sich z. B. in Verkrampfungen von Hohlorganen mit begleitenden Schmerzen oder Funktionsstörungen äußern können - wir sprechen heute von **somatoformen Störungen** nach dem gängigen Diagnoseglossar - meist mit einem raschen **Wechsel von unterschiedlichen Bereitstellungen** zu tun. Die Motive sind in der Regel vorhanden, die Umsetzung in eine Handlung kann aber durch entgegenstehende Motive verhindert werden. Es entstehen also Störungen von Funktionsabläufen wie eine Reizblase, die lange anhalten, ohne dass es zu einer organischen Veränderung kommt.

Meist ist dies mit einer **Aufmerksamkeitsfokussierung** auf das entsprechende Organ verbunden, die den Krankheitsprozess unterhält. Dabei ist es oft nicht eine neurotische Fehlhaltung als solche, die zur Krankheit führt, sondern beispielsweise etwas, was wir als **Störung der emotionalen Integration im sozialen Bereich** bezeichnen können, die erst unter bestimmten psychosozialen Umständen (Beispiele sind Arbeitsplatzverlust, sozialer Abstieg, Weggang aus dem Elternhaus, Beginn des Militärdienstes, Heirat, Geburt von Kindern und deren Auszug, Berentung, Tod von Angehörigen, Unfallereignisse und traumatische Erlebnisse usw.) in meist lang anhaltende Beschwerden und letztlich in Krankheit münden.

Damit ist die Verknüpfung zur **sozialen Wirklichkeit** der Individuen und zum **bio-psycho-sozialen Modell**, das als Verdeutlichung der komplexen Zusammenhänge von Körper und Seele und der sozialen Situation des Individuums eine herausragende Bedeutung gewonnen hat, hergestellt. Die **Psychosomatische Medizin in Deutschland** wurde nicht unerheblich beeinflusst durch die Persönlichkeit und die wissenschaftlichen Arbeiten von G. Engel, Internist und Psychiater, der jahrzehntelang als Kliniker und Hochschullehrer in Rochester in den USA wirkte .

G. Engel war es ein großes Anliegen, den „Goliath des biomedizinischen Reduktionismus, der in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts die Oberhand gewonnen hatte“, zu bekämpfen und setzte sein **biopsychosoziales Modell**, ein Ansatz, der vielerorts aufgegriffen, aber auch angegriffen worden ist, dagegen.

Aus anderem Blickwinkel und mit anderer Methodik beschäftigte sich der Psychoanalytiker M. Balint, der aus Ungarn nach London emigrierte, mit der Struktur des Verhältnisses von **Patient und Arzt** und ihrem **Einfluß** auf das **Krankheitsgeschehen**. Sein Buch „Der Arzt, sein Patient und die Krankheit“ war eine wegweisende Lektüre, er untersuchte den personalen ärztlichen Einfluß auf das Behandlungsgeschehen und sprach bsw. von der „Droge Arzt“. Balint hat die Kultur ärztlicher Fort- und Weiterbildung nachhaltig verändert. So ist die Methode der Balint-Gruppen-Arbeit zu einem etablierten Bestandteil der Ausbildung von Psychotherapeuten, Psychosomatikern und Psychiatern geworden und ich darf darauf hinweisen, dass der frühere Inhaber des Lehrstuhls für Psychoanalyse in Tübingen, Prof. Loch, sich –neben vielem anderen– große

und bleibende Verdienste um die Etablierung und Forschung auf dem Feld der Balint-Gruppen erworben hat. Balints Methode zum Verständnis zwischenmenschlicher Prozesse wurde auch in vielen anderen, vor allem sozialen Bereichen angewandt.

Aus dieser Betrachtungsweise heraus entstanden auch vielfältige Versuche, den suggestiven oder **Placebo- Effekt** als Folge einer zwischenmenschlichen Interaktion von der pharmakologischen Wirkung von Medikamenten zu trennen. Allseits bekannt ist, dass die Wirksamkeit eines Pharmakons variiert und von vielen Faktoren, subjektiven und objektiven, abhängt, bsw. der Art der Verabreichung, der Beschaffenheit der Substanz, den wechselseitigen Erwartungen, dem Beziehungsgeschehen zwischen Verabreicher und Patienten. In der aktuellen z. T. kontroversen Diskussion - dies sei an dieser Stelle angemerkt - spielt der Placebo-Anteil an der Wirkung bsw. von Antidepressiva eine besondere Rolle.

Ein wesentlicher **Entwicklungsstrang der Psychosomatik in Deutschland** hat seine Wurzeln in der **inneren Medizin** und der **Neurologie**. Die schon erwähnten Internisten Krehl und Siebeck und der Neurologe Viktor von Weizsäcker in Heidelberg, von Uexküll in Gießen und später in Ulm, Jores in Hamburg und Curtius und Feiereis in Lübeck sind für diese Richtung beispielgebend gewesen.

Die **Psychiatrie** als Wissenschaft und Fachgebiet hat sich in beiden Teilen Deutschlands, wie bekannt, lange abgegrenzt und an einer vorwiegend somatischen Orientierung festgehalten. Erst relativ spät wurde mit der Einrichtung von Psychotherapiestationen an psychiatrischen Kliniken dem Bedürfnis nach einer Behandlung psychisch Kranker über die Pharmakotherapie und die Soziotherapie hinaus Rechnung getragen. Zwischen Psychiatrie und Psychosomatik bestand lange in der BRD wenig Austausch und das Verhältnis der Disziplinen ist bis heute vor allem zwischen den Fachgesellschaften, weit weniger zwischen den praktizierenden Kolleginnen und Kollegen, durch Konkurrenzaspekte geprägt. Die Psychiatrie ist die viel größere und ältere Disziplin, dagegen wird die Psychosomatik als Fach, nicht hinsichtlich ihres Anspruchs, gelegentlich als eigentlich illegitime Mangelgeburt betrachtet.

Der Beitrag der **Psychotherapie** und insbesondere der **Psychoanalyse** war **für die Psychosomatik** bedeutsamer und folgenreicher. Die Grundfrage lautete: **Wie kommt das Seelische ins Körperliche?**

Der Beitrag verbindet sich, von Freud und seinem Konversionsmodell ausgehend, nach dem Krieg mit Vertretern der Psychoanalyse wie Max Schur (1955). Er konzipierte ein entwicklungspsychologisches Modell von **Desomatisierung und Resomatisierung**. Im normalen Entwicklungsprozess des Kindes können körpernahe seelische Empfindungen zunehmend symbolisch, z. B. über Sprache ausgedrückt werden. Unter starken Belastungen und in

Krisen kann es zu Rückschritten, einer Regression und einer Resomatisierung kommen.

A. Mitscherlich (Heidelberg, später in Frankfurt lehrend) entwickelte ein Konzept der „**zweiphasigen Verdrängung**“. Es ging von einer Schwäche der Abwehrorganisation eines Individuums aus, wobei es in einem ersten Schritt zu seelischen Störungen wie Angst oder Depression bei aktualisierten Konflikten oder starken aktuellen Belastungen kommen soll, bei Scheitern dieser Mechanismen in einem zweiten Schritt zu körperlichen Fehlreaktionen und Schädigungen, bsw. einer entzündlichen Darmerkrankung oder Eßstörung. Zu nennen sind in diesem Zusammenhang auch Helmut Thomä ,ursprünglich Heidelberg, später Lehrstuhlinhaber in Ulm, mit seiner Monographie über die Pubertätsmagesucht, die Anorexia nervosa und Horst Eberhard Richter in Gießen über den Beitrag der Familie zu Erkrankungen und die Herzneurose, ebenso viele andere Forscher und universitäre Lehrer.

Welches waren nun die aktuellen und wichtigen Themen in der Psychosomatik vor vier bis fünf Jahrzehnten ?

Besonderes Interesse weckte damals ein Ansatz, der unter dem aus dem Griechischen stammenden Begriff **Alexithymie**, vornehmlich in den USA von den amerikanischen Psychiatern Nemiah und Sifneos kreiert , in Frankreich fast zeitgleich von Marty und de M. Uzan beschrieben und dort als „**pensee´operoaire**“ bezeichnet wurde. Gemeint ist ein bestimmter **Denk- und Empfindensstil** von Individuen, dem eine krankmachende Bedeutung für unterschiedliche , auch psychosomatische Erkrankungen zugemessen wurde. Er beschreibt ein wie auch immer zustandegekommenes Defizit im Sinne einer Persönlichkeitstypologie mit den Merkmalen **konkretistisches Denken, Phantasiemangel; Unvermögen; Gefühle adäquat zu erleben und auszudrücken**. Er ähnelt damit anderen Konstrukten, die einen Zusammenhang von Persönlichkeitstypus und Erkrankung herstellen.

Wissenschaftlich kontrovers war dabei die Frage der Entstehung dieses Mangels, ob erworben oder durch strukturelle Besonderheit bedingt oder aber Auswirkung eines sozialen Artefakts i. S. eines Unterschichtphänomens.

Damals entstand eine ganze Welle von Untersuchungen zur Alexithymie. Wir gehen heute davon aus, dass Merkmale des Alexithymie-Konzeptes nicht einem speziellen Krankheitsmodell entsprechen , sondern wie z.B. ein Mangel an Symbolisierungsfähigkeit als Risikofaktor für Erkrankungen zu betrachten ist, indem er die Regulierung von Emotionen beeinträchtigt.

Eine gewisse Ähnlichkeit besteht auch mit der von dem englischen Kinderarzt und Psychoanalytiker Winnicott beschriebenen Konzept der **Grundstörung**, die eine durch frühkindliche defizitäre Erlebnisse erworbene Schwäche der Integration seelischen und körperlichen Erlebens beinhaltet.

Ein anderer viel beachteter Ansatz ging von groß angelegten epidemiologischen Studien zur Gesundheit im Sinne von **Längsschnittuntersuchungen** aus, am bekanntesten ist die 1948 begonnene Framingham –Studie. Dabei wurden Gesundheitsdaten eines Kollektivs von Menschen aus einer amerikanischen Stadt über Jahrzehnte immer wieder gesammelt, wobei neben den bekannten **körperlichen Risikofaktoren** ein besonderes **Persönlichkeits- und Verhaltensrepertoire** als **riskant** im Hinblick auf das Entstehen einer Erkrankung der Herzkranzgefäße gefunden wurde. Dieses ist durch **Wettbewerbsverhalten, Dominanzstreben, steten Zeitdruck, Ungeduld und Aggressivität** charakterisiert. Es wurde als so genanntes **Typ A-** Verhalten bezeichnet. Die Befunde erwiesen sich aber in späteren Studien in verschiedenen Ländern als nicht eindeutig wiederholbar.

Andere Felder eröffneten sich mit **neuen Behandlungsmethoden**, die das Überleben von Patienten erheblich verbesserten.

Die **Psychosomatische Medizin** und auch die **Konsiliarpsychiatrie** als Spezialdisziplin des psychiatrischen Faches wandte sich in den 70er und 80er Jahren des letzten Jahrhunderts **neuen und eingreifenden Behandlungsmaßnahmen** zu, zum Beispiel der **Intensivbehandlung**, der **Hämodialyse, Transplantationen**, beginnend mit der Nierentransplantation, später der Herztransplantation und der Stammzelltransplantation und auch immer komplizierteren **herzchirurgischen** Eingriffen mit Herzklappenersatz, Bypassoperationen, Resektionen von Gefäßwandausbuchtungen (Aneurysmen), Verfahren, bei denen nicht selten ausgeprägte psychische Störungen, teils vorübergehend, teils lange anhaltend, als Folgen beobachtet werden konnten. Diese waren, wie sich erwies, z. T. im Sinne einer **Krankheitsreaktion** auf die Belastungen zu interpretieren, z. T. **direkte körperliche Folge** der jeweiligen Grunderkrankung oder des therapeutischen Verfahrens. Letztere waren, wie sog. **Durchgangssyndrome** und **sog. organische Psychosen**, meist vorübergehender Natur.

Dem psychosomatischen oder psychiatrischen Konsiliararzt oblag es, nach symptombegünstigenden Faktoren zu suchen und Maßnahmen der Vorbeugung und Behandlung zu treffen, da die beobachteten Erscheinungen einen negativen Einfluß auf die Prognose hatten.

Psychosomatik als klinische Disziplin befasst sich also nicht nur mit den **körperlichen** Folgen seelischen Erlebens, sondern auch mit den **psychischen** Folgen körperlicher Leiden i. S. einer **somatopsychischen** Betrachtung. Dazu gehören z. B. die seelischen Auswirkungen von Tumorleiden, von entzündlichen Darmerkrankungen oder eines Bronchialasthmas, aber auch direkte sog. psychotrope Effekte von Medikamenten, Strahlentherapie etc..

Interessant ist auch die **Frage**, womit sich die psychosomatische Medizin **damals noch nicht oder nur am Rande** beschäftigt hat. Dazu möchte ich einige Beispiele nennen:

Die **Bulimie** als häufige Form der Essstörung war bis zum Ende des siebten Jahrzehnts des letzten Jahrhunderts noch nicht als Krankheitseinheit beschrieben, obwohl schon damals viele unter Beschwerden i. S. einer Ess-Brechsucht litten. Die Betroffenen, überwiegend Frauen, firmierten meist unter dem Etikett depressiver Erkrankungen und verschwiegen aus Scham Essanfälle und Erbrechen oder sie wurden als Sonderformen der Magersucht, die schon lange Eingang in die wissenschaftliche Literatur und Behandlungspraxis gefunden hatte, behandelt.

Traumafolgestörungen waren seit langem aus der Literatur, insbesondere zu Kriegsteilnehmern, bekannt, sie fanden aber wenig Beachtung und es gab damals keine spezifischen Behandlungskonzepte. Es fiel allerdings immer wieder auf, dass, wenn Patienten mit schweren traumatischen Erfahrungen psychotherapeutischen Standardbehandlungen unterzogen wurden, dies zu Verschlechterungen führte. Die sexuelle Traumatisierung, aber auch Traumatisierung durch Gewalt und die emotionale Vernachlässigung wurden in ihrem Ausmaß deutlich durch die Gesellschaft verleugnet.

Ebenso wurde der Frage, **welche Patienten gesund** blieben, **warum** sie gesund blieben, was die speziellen **Voraussetzungen für robuste psychische Gesundheit** waren, wenig nachgegangen.

Was hat sich nun in den letzten Jahrzehnten in der Psychosomatischen Medizin geändert?

Im **biologischen Sektor** sind im bio-psycho-sozialen Modell, von der **Stressforschung** ausgehend, die vielfältigen **Verknüpfungen** zwischen **autonomen Nervensystem, dem endokrinen System und dem Immunsystem** Schritt für Schritt präziser aufgedeckt worden durch die Methoden der **Biochemie**, in wachsendem Maße auch die Verknüpfung mit dem **Zentralen Nervensystem . Bildgebende Methoden**, die in den neunziger Jahren eingeführt wurden wie die funktionelle Kernspintomographie, die Positronenemissionstomographie und andere Verfahren ermöglichten einen besseren Einblick in die Funktionsweise des Gehirns und seine Verbindung zu anderen Systemen. Die Erkenntnisse über die sog. **Epigenetik**, also Vererbung erworbener Eigenschaften über die DNA-Sequenz hinaus, lieferte Zusammenhänge über die Weitergabe von Erlebtem mittels Genexpression auch über Generationen hinweg. Ebenso weiß man viel mehr über die **Neuroplastizität** und bsw. das erfahrungsabhängige Wachstum von Hirnarealen.

Interessant sind auch die Befunde über **Telomere**, d.h. DNA-Proteinkomplexe an den Chromosomenenden, die unter langdauernden und schweren **Stressbedingungen** sich über den normalen Alterungsprozess hinaus schneller verkürzen, was zu einer Einschränkung der Phase möglicher Zellteilung und zu einem höheren Krankheitsrisiko und vorzeitigem Tod führen kann.

Die **Traumaforschung** zeigte als Folge von schweren und anhaltenden Traumatisierungen Veränderungen in neurobiologischen Systemen und Strukturen, so z. B. eine Überaktivität im Mandelkern, (Amygdala), der für die Angstregulation sehr wichtig ist, und eine Abnahme des Volumens des Hippocampus, beide Strukturen im limbischen System des Gehirns zwischen Neocortex und Stammhirn.

Folgen sind auch anhaltende Änderungen hormoneller Regelkreise (Cortisol, Katecholamine, Vasopressin, Oxytoxin), von Neurotransmittern wie Serotonin, Noradrenalin und der Gewichtung der Aktivität des sympathischen, parasymphatischen und enterischen Nervensystem.

Als **zweite** Komponente innerhalb eines **bio-psycho-sozialen** Modells ist die **Psychotherapieforschung** stark ausgeweitet und differenziert worden.

Dabei hat insbesondere die sog. **Bindungsforschung** einen großen Aufschwung genommen. Sie geht auf den englischen Psychiater und Psychoanalytiker Bowlby zurück. Frühe Bindungserfahrungen beeinflussen Krankheitsanfälligkeit und Verletzlichkeit, unter dem Begriff der Vulnerabilität etabliert.

Kategorisierungen der Bindungsqualität, die aus **Beobachtungen** bei **Säuglingen** und Messungen bei Erwachsenen gewonnen werden, erlauben statistische Aussagen zum Auftreten späterer Erkrankungen. Eine **sichere Bindung** vermag so die Stressschwelle zu heben und die Stressreaktion zu verringern. Umgekehrt vermag eine frühe traumatische Bindungserfahrung eine nachhaltige Schwächung des Immunsystems über die ganze Lebensspanne zu bewirken. Traumatisierungen erhöhen das Vorkommen von Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, Diabetes mellitus und Autoimmunerkrankungen. Das spätere Risiko für Depressionen steigt auf das dreifache, für einen chronifizierten Verlauf auf das doppelte.

Es sprengt den Rahmen meines Vortrags, die **Erweiterungen der psychoanalytischen Theorie und Praxis** detaillierter darzustellen. So beschränke ich mich auf einige Entwicklungslinien und Beispiele.

Über die triebtheoretischen Konzepte hinaus sind Narzissmustheorie, objektbeziehungstheoretische Vorstellungen und erweiterte Konzeptionalisierungen über die motivationalen Systeme (Lichtenberg, Stern) von besonderer Wichtigkeit.

Basale zwischenmenschliche Erlebnisse und Fähigkeiten beeinflussen Bindungsorganisation, Selbstkohärenz i. S. eines überdauernden Selbstgefühls, Emotionsregulierung und **Mentalisierungsvermögen**, also die Fähigkeit, sich andere als fühlend, denkend und intentional handelnd vorzustellen.

Die **Mentalisierungstheorie** und die daraus abgeleiteten therapeutischen Konzepte haben sich als sehr hilfreich in der Behandlung schwer gestörter Patienten erwiesen, die z. B. häufig einen Mangel an Einfühlung und Symbolisierungsfähigkeit aufweisen, z. B. Patienten mit sog. Borderline-Erkrankungen (Fonagy u.a. 2002, Bateman u. a. 2006) oder aber chronifizierten somatoformen oder funktionellen Störungen (Lane).

Konflikte greifen zusätzlich in das intersubjektive Erleben und in Beziehungen ein und beeinflussen Selbstkohärenz und motivationale Systeme, die mit dem Körpererleben und Regulationen und Fehlregulationen körperlicher Funktionen gekoppelt sind. Bei Entwicklungsdefiziten, so die Erklärung, wird vom Individuum oft nur die physiologische Reaktion wahrgenommen, sie bleibt gewissermaßen „im Körper stecken“, wird nicht in seelische Inhalte umgewandelt. Psychotherapeutische Behandlung kann dabei auf Techniken abzielen, die das Mentalisieren, insbesondere körperbezogener Zeichen von Affektaktivierung, fördern in einem Sicherheit gebenden Raum, Perspektivenwechsel ermöglichen und dazu anregen, eine Geschichte der individuellen Krankheit, eine Erzählung, ein Narrativ zu formen.

Insbesondere in der **stationären und teilstationären Behandlung** haben **körperorientierte therapeutische** Verfahren und Methoden wie **Kunst- und Musiktherapie** eine wichtige Bedeutung erlangt in einem komplexen und meist als **multimodal** bezeichneten Behandlungskonzept.

Insgesamt ist die Wichtigkeit der mitmenschlichen **Beziehung** in Theorie und Praxis der Psychosomatik unumstritten und hat empirische Bestätigung erfahren, was den Konzepten der Psychoanalyse und Tiefenpsychologie wieder Auftrieb gegeben hat, nachdem insbesondere in der Akademischen Psychologie sich ein Primat verhaltenstherapeutischer Modelle und Verfahren etabliert hat.

Zur **dritten** Komponente des **biopsychosozialen Modells**: Epidemiologische Studien untersuchten z.B. die Auswirkung von Arbeitslosigkeit auf das Entstehen von Herzinfarkten, die nach einer jüngst publizierten Studie größeres Gewicht hat als ein Diabetes mellitus.

Welche anderen wichtigen **Entwicklungen** haben sich in der **klinischen Praxis der Psychosomatischen Medizin** ergeben? Dazu einige Beispiele:

Die Verbindung von Persönlichkeit, biografischer und sozialer Situation mit dem Risiko, einen Herztod zu erleiden, ist mit den Untersuchungen zur **Herzfrequenzvariabilität** und der Verbindung zum **autonomen Nervensystem** verständlicher geworden.

Zudem konnten viele Untersuchungen zeigen, dass **depressive** Erkrankungen in **Entstehung und Verlauf von Herzkrankgefäßleiden** bedeutsam sind. Nach der Literatur steigt das Risiko bei Vorliegen einer Depression für Herzgesunde auf das zwei bis vierfache und zwar in Abhängigkeit von der Schwere der Depression. Patienten, die bereits einen Herzinfarkt erlitten haben, sind im Falle

des Vorliegens einer depressiven Erkrankung erheblich gefährdeter, einen erneuten Infarkt zu erleiden bzw. daran zu versterben, unabhängig von den sonst vorliegenden biomedizinischen Risikofaktoren. Es besteht eine Dosis-Wirkungs- Beziehung. Je schwerer die Depression, umso höher das Risiko. Dabei liegt die **Häufigkeit von Depressionen nach Herzinfarkt** zwischen 16 und 25 %. Unklar ist dabei bislang, ob es sich bei der Depression um einen **kausalen Risikofaktor** im Sinne einer Ursache- Wirkungsbeziehung oder schlicht um einen **prognostischen Indikator** handelt. Möglich ist, dass koronare Herzerkrankung und Depression z. B. im Sinne einer zugrundeliegenden **Entzündungshypothese**- eine gemeinsame Herkunft aufweisen, es sich beispielsweise um den Ausdruck einer **Stresserkrankung** als gemeinsamer Endstrecke handelt. Interessanterweise gibt es auch einen Zusammenhang von **Depression und Diabetes mellitus**. Auch hier wird eine gemeinsame Entzündungshypothese diskutiert.

Depression bedeutet also ein **Risiko** im Hinblick auf **koronare** Leiden bei **Gesunden** und **Koronarkranken**. Die Auswirkungen medikamentöser und psychotherapeutischer Depressionsbehandlung auf Komplikationen und Todesrate sind derzeit noch unklar. Die Wirksamkeit hinsichtlich Besserung des depressiven Zustandsbildes und der Lebensqualität einschließlich Rehabilitationsergebnis sind hingegen vielfach nachgewiesen.

Auch beim **Reizdarmsyndrom** konnten die Zusammenhänge von zentralem und autonomem Nervensystem gezeigt werden, bei Betroffenen besteht in der Regel eine größere Reagibilität auf Stressoren. Überhaupt sind die Zusammenhänge von Beschaffenheit des Darms und von Vorgängen im Darm mit der seelischen Phänomenen zunehmend deutlich geworden- man spricht mitunter auch von Darmgehirn , wobei wir eine sehr große Anzahl an Nervenzellen im gastrontestinalen System haben. Umgekehrt konnten bildgebende Verfahren bei Patienten mit Reizdarm, einem ungefährlichen, aber oftmals sehr quälendem Leiden, unter dem sehr viele Menschen leiden, eine verstärkte Aktivität in bestimmten Hirnzentren nachweisen. Klinisch fällt auch z.B. auf , dass unter den Betroffenen vorangegangene Traumatisierungen häufiger sind als im Bevölkerungsdurchschnitt. Das Reizdarmsyndrom ist ein besonderer Schwerpunkt der hiesigen Psychosomatischen Universitätsklinik (Prof. Enck).

Ein Krankheitsbild, das in der internationalen Klassifikation von Krankheiten gar nicht als Diagnose auftaucht, hat in der Praxis der Medizin in den letzten Jahrzehnten eine große Ausbreitung erfahren: Das **Burn-Out-Syndrom** , das emotionales Ausgebranntsein, körperliche Schwäche und oft auch kognitiven Leistungsverlust beinhaltet, wird meist dem Stress bei der Arbeit zugeschrieben und in den Medien, aber auch in der Politik, breit diskutiert. Es ist ein sehr umstrittenes Konzept, vor allem, weil es eine Überlappung mit den Depressionen und einen einseitigen Bezug zur Arbeitswelt aufweist. Dies kommt zwar vielen tatsächlich oder vermeintlich Betroffenen entgegen, ist aber

nicht immer therapeutisch förderlich und verstellt gelegentlich den Blick auf das Vorliegen einer schweren depressiven Erkrankung. Es sollte auch nicht außer acht bleiben, dass der krankmachende Faktor weniger die reale Arbeitsbelastung ist als ein Mangel an Zufriedenheit mit der Arbeitssituation, ausbleibende Gratifikation, Konfliktsituationen bei der Arbeit bis zum Mobbing u.a..

Ein wichtiges Feld der psychosomatischen Forschung und Klinik sind die **chronischen Schmerzsyndrome mit psychischen Anteilen**, unter denen zahlreiche Menschen leiden und die oft mit dem Auftreten depressiver und Angstbeschwerden vergesellschaftet sind. Auch hier geht es um zentral vermittelte und morphologisch darstellbare Schwellenänderungen, die darüber entscheiden, ob Schmerzen fortauern, als schwer bis unerträglich empfunden werden und nicht selten zu einem **Schmerzmittelmißbrauch** führen. Ein erheblicher Teil der Früberentungen sind auf diese Krankheitsbilder, die nicht selten eine ungünstige Prognose haben und ein erhebliches gesellschaftspolitisches Problem darstellen, zurückzuführen.

Vergleichende Therapiestudien an vielen, meist universitären Zentren wurden und werden durchgeführt, z. B. mit Patientinnen mit Anorexia nervosa (ANTOP- Studie), in der die Auswirkungen tiefenpsychologischer, verhaltenstherapeutischer und optimierter hausärztlicher ambulanter Behandlung vergleichend untersucht wurde unter Koordination der Psychosomatischen Universitätskliniken Tübingen (Prof. Zipfel) und Heidelberg (Prof. Herzog).

Spezielle **störungsspezifische tiefenpsychologische Therapieverfahren** wurden für folgende Behandlungsgruppen entwickelt und in Studien überprüft: **Essstörungen, Depression allgemein und mit Koronarerkrankung, somatoforme Störungen und soziale Phobie.**

In den Fokus der Betrachtung rückte auch die Frage, warum manche Menschen trotz zum Teil widriger Lebensumstände gesund bleiben. Wir sprechen hier vom Vorliegen einer sog. **Resilienz** im Sinne besonderer Widerstandsfähigkeit, was für körperliche und seelische Krankheiten untersucht wurde und ebenso wie die Frage des Entstehens von Krankheit unter bio-psycho-sozialen Aspekten verständlicher wird. So sind z. B. das Vorhandensein eines dichten sozialen Netzes, das Leben in festen Beziehungen und auch die aktive Zugehörigkeit zu einer Religionsgemeinschaft Garantien für ein Mehr an Gesundheit. Zu diesen Fragestellungen entstand unter dem Begriff der **Salutogenese** (Antonovsky) ein großes Forschungsfeld mit vielen Untersuchungen.

Wie stellte sich die psychosomatische Versorgung vor einigen Jahrzehnten dar ?

Psychosomatische Abteilungen waren vor 5 Jahrzehnten an vielen, wenn auch nicht allen **Universitätskliniken** vertreten .Es gab nur einige wenige Abteilungen an **Allgemeinkrankenhäusern** und **Psychotherapiekliniken** mit Krankenhausstatus in der Bundesrepublik. Die **stationäre psychosomatisch-psychotherapeutische** Versorgung fand überwiegend im **Reha-Bereich** statt in Kliniken der Rentenversicherungsträger und in Privatkliniken. Hier entwickelte sich , angetrieben durch damals erhebliche finanzielle Verlockungen und Fehlen staatlicher restriktiver Einflüsse, ein expandierender Sektor nach den Gesetzen des Marktes.

Die **ambulante** Versorgung war äußerst grobmaschig. Allgemeinärzte und Psychiater waren in der Regel für Psychotherapie nicht ausgebildet und betrieben diese auch nicht. Die Einführung der **Zusatztitel Psychotherapie 1957 und Psychoanalyse 1978** erbrachte eine allmähliche Besserung. Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und analytische Psychotherapie waren seit 1967 als **Richtlinientherapie** Bestandteil der kassenärztlichen Versorgung, erst später ergänzt durch die Verhaltenstherapie.

Psychologen arbeiteten im Delegationsverfahren bis zur Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes, als dessen Folge zunehmend mehr Psychologen als Niedergelassene tätig wurden, wodurch die ambulante Versorgungslage besser wurde.

Wie sieht das psychosomatische Versorgungssystem heute aus?

Sein **Tätigkeitsfeld** bezieht sich auf eine große Zahl an Patienten.

So klagen ca. 20 % der Bevölkerung in einem 1-Monats-Zeitraum über psychische und psychosomatische Beschwerden.

Ca. 40 % der Anträge auf vorzeitige Erwerbsminderungsrente werden wegen psychischer und psychosomatischer Krankheitsbilder gestellt.

20 % der Arbeitsunfähigkeitstage entfallen auf diese Leiden.

Es gibt etwa **5000** überwiegend niedergelassene **Fachärzte für**

Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in den alten und neuen Bundesländern. Das Spektrum für Psychotherapie hat sich auch bei den niedergelassenen Ärzten für **Psychiatrie und Psychotherapie** erweitert, **der fachbezogene Zusatztitel Psychotherapie** wurde eingeführt.

Es sind über **15.000 niedergelassene Psychologen** in der Versorgung tätig.

Nach einem 80- stündigen Curriculum kann die **psychosomatische**

Grundversorgung seit 1987 von Allgemeinärzten und Fachärzten in der Praxis bei allerdings unzureichender Honorierung dieses Teils ihrer Arbeit ausgeübt werden . **55 000** Ärzte haben dazu die Befähigung und Erlaubnis.

Daneben hat sich das Angebot der **Beratungsstellen** erheblich erweitert , auch im Sinne von Spezialambulanzen, z. B. für Traumatherapie.

Die Zahl **psychosomatischer Krankenhausbetten** liegt bei etwa **7000**, dazu kamen **tagesklinische** Behandlungsplätze, davon viele in Allgemeinkrankenhäusern und in Universitätskliniken. Nahezu alle Kliniken und Abteilungen dieser Art halten **Konsiliarangebote** vor. Neben den Krankenhausbetten der Psychosomatik und der weit höheren Zahl in der Psychiatrie finden sich **16.000** Betten in psychosomat. **Rehakliniken**. Der größte Quantensprung ereignete sich in der psychosomatischen Versorgung in der Onkologie. Mit der Einrichtung **zertifizierter Zentren** für Tumorpatienten ist ein **psychoonkologisches** Angebot obligatorisch geworden.

Der sogenannten **integrierten psychosomatischen Behandlung** im Krankenhaus, die somatische und psychologische Therapie jeweils in einer Institution vereint und dem **Idealtypus des biopsychosozialen Ansatzes** am ehesten entspricht, ist durch die neuen Entgeltsysteme die finanzielle Basis weitgehend entzogen worden. Entsprechende Einrichtungen können sich derzeit i. d. R. nur durch Quersubventionierung finanzieren.

Denn der ganzheitliche psychosomatische Ansatz widerspricht diametral der **Logik der Ökonomie**, die, wie der Freiburger Medizinethiker G. Maio anmerkt, sich aus ihrer ursprünglichen Dienstrolle in der Medizin verabschiedet und sich mit der Administration verselbständigt hat in einer markt- und gewinnorientierten Gesundheitswirtschaft.

Sie ist nicht –so Maio– an einer Gesamtbetrachtung des kranken Individuums interessiert, sondern, ihrer immanenten Logik folgend, an einer Optimierung der Arbeitsprozesse, einer Fragmentierung der Versorgung, weil dies, analog industriellen Fertigungsverfahren, ressourcenschonender ist und an einer Formalisierung der Arbeitsabläufe. Dazu kommt ein – unter der Flagge der Qualitätssicherung– meist immenser Dokumentationsaufwand. Die Abrechnungssysteme verschärfen die Situation und begünstigen die Entwicklung, dass dem einzelnen Arzt oder „Gesundheitserbringer“ immer weniger Zeit für den Kranken bleibt.

Als **Fazit möchte ich** zusammenfassen:

Die **Psychosomatische Medizin** ist als **Spezialdisziplin** mittlerweile gut etabliert mit Überschneidungen zum psychiatrischem Gebiet. Als **Grundlagenfach** mit dem erwähnten **ganzheitlichen** Anspruch ist sie wie die meisten anderen Disziplinen erheblichen ökonomischen Zwängen und Pressionen ausgesetzt, die eine idealtypische Verwirklichung ihrer Ansprüche weitgehend verunmöglichen. Dies wird auch in anderen Fächern, wie z.B. der Inneren Medizin, der Kinderheilkunde oder der Allgemeinmedizin, zunehmend als schweres Manko erkannt, weil dem **Gespräch** unter den realen durch die Ökonomie diktierten Umständen zu wenig Platz eingeräumt wird.