

# Zur Frage: Was Psychosomatik eigentlich sei und wohin sie gehöre?

R. Schild

Eine Ergänzung und Kritik des Leserbriefs von Dr. med. U. Aemissegger «Wohin gehört die psychosomatische Therapie? Zur aktuellen Debatte über die medizinische und die delegierte Psychotherapie sowie die Psychosomatik?» [1].

Dem Autor «brennt es schon lange unter den Nägeln», endlich eine Antwort auf seine eingangs gestellten Fragen zu bekommen. Neben den Fragen im Titel ist dies «Was Psychosomatik eigentlich sei und wohin sie gehöre?». Auf der einen Seite steht für den Autor so selbstverständlich «der Mensch als psychosomatisches Wesen» da, auf der anderen Seite muss er diese «zweigeteilte Einheit» bei seinen Patienten als «ein Chaos von Gefühlen, Empfindungen, Vermutungen und Beschwerden» erleben. Die Begegnung mit dem Chaos und «das Aushalten des noch nicht Durchscheinenden und noch Unklaren» sei die Hauptaufgabe in der Grundversorgung. Es sei dies auch im wahrsten Sinne des Wortes eine «personenzentrierte Medizin» [2, 3]. Der Autor sieht sich dann auch konfrontiert mit den daraus sich ergebenden Schwierigkeiten mit «möglichen Fragestellungen» (nicht Diagnosen!) organzentrierter oder auch psychiatrisch-psychotherapeutischer Art. Oft aber bleibe der Patient «zwischen diesen beiden Polen hängen», wenn er Abklärungen verneint oder torpediert. Für Herrn Aemissegger «kreist der Patient dann weiter in der Psychosomatik und der Grundversorger muss ihn aushalten und schützen vermittelt der Kunst eines Begleitenden.».

Im Falle einer psychotherapeutischen Betreuung bleibe die Psychosomatik ein Bereich, der sich ausserhalb des spezialisierten Raumes ereigne und abspiele und damit der Grundversorger Anlaufstelle bleibe. Im besten Falle würden beide nebeneinander sich ergänzen. – Zum Fazit des Autors: ich stimme mit ihm überein, der Grundversorger sollte der erste und auch wichtigste Ansprechpartner des Patienten betreffs dessen, was der Autor als «Psychosomatik» bezeichnet, sein und auch bleiben. Auch dass dies «personenzentriert» geschehe, aufwendig und anspruchsvoll sei, steht ausser Zweifel. Es wird dies vom Autor auch in seinem Text eindrücklich in seiner Betroffenheit dargestellt. Auch dass eine Überweisung dieses Verhältnis nicht auf-

hebt, liegt in der Sache selbst. Der Autor weist ja auch auf «Personenspezifität» hin, wobei die Spezifität nicht nur den Patienten, sondern, und zwar besonders, seinen Grundversorger betrifft. Die angedeutete «Ergänzung» für nachfolgende Spezialisten kann mit dem Austausch von personenspezifischen Erfahrungen für alle Beteiligten von Nutzen sein.

Welche Fragen hat nun der Autor sich selbst beantwortet und welche nicht? Und wie wir zu seinen Antworten stehen, werden wir in den nachfolgenden Ausführungen darzustellen versuchen. Wie oben beschrieben, gehen wir mit seiner Antwort auf die Zugehörigkeit der «psychosomatischen» Therapie einig.

Nicht dargestellt wurde, was der Autor mit der «Debatte über die medizinische und die delegierte Psychotherapie sowie die Psychosomatik» meint. Auch die zentrale Frage im Text: «Was Psychosomatik eigentlich sei?» wird nicht beantwortet. Ich vermute, dass der Autor mit seinem Fazit auch die restlichen Fragen beantwortet zu haben glaubt. Dennoch scheint mir bis zum Schluss eine restliche Unsicherheit durchzuschimmern, die ich durch die Füllung von Begriffen füllen möchte.

Psychosomatik – auch psychosomatische Medizin – beinhaltet alle Bezüge und Interaktionen der Dreiecks Arzt, Patient und dessen Kranksein, wobei das letztere unter einem weiteren Dreieck zu betrachten ist: Psyche, Soma und Sozietät. Der Begriff «Psychosomatik» umfasst all diese Inhalte, er bringt aber keine Hinweise für eine entsprechende Abklärung von Zusammenhängen und eventuell notwendigen Interventionen. Das Instrument für Abklärung und Intervention ist die Medizinische Psychologie. Der Begriff «Psychologie» weist darauf hin, dass es sich bei seiner Verwendung nicht um krankhafte Befunde handelt, sondern psychologische Instrumente und Verhaltensweisen verwendet werden, um eine gegenseitige Beziehung aufzubauen, unter deren Schutz Aussagen gemacht und Empfindungen und Gefühle gezeigt werden können; oder eben je nach Verlauf eben nicht, oder zumindest nicht so schnell, wie von beiden Seiten gewünscht und Herr Aemissegger so schön beschreibt: «Bleibt der Patient [und Arzt = Ref.!] zwischen den beiden Polen hängen oder

Korrespondenz:  
Dr. med. Rolf Schild  
Sänggenstrasse 8  
CH-8118 Pfaffhausen

verneint oder torpediert ... und kreist dabei weiter in der Psychosomatik» (für uns: medizin-psychologischen Problemen). Herr Aemissegger weist auch hier wieder schön auf die Kunst (!) des Begleitens, Aushaltens und Schützens hin. Die Psychologie in der Medizin ist eigentlich eine Psychologie des «Alltags» [3–6], die gezielt und adaptiert zur Schaffung einer Atmosphäre gegenseitigen Vertrauens, Verstehens und Einfühlens in der Arzt-Patient-Beziehung und weiteren sozialen Bereichen verwendet wird oder werden sollte. Diese Aspekte werden auch als «Beziehungsmedizin» bezeichnet. Dass diese «Arbeit» von Arzt und Patient nie beendet sein wird, da durch das ärztliche Procedere (Diagnostik/Therapie) und das begleitende Patientenverhalten die Dynamik der Beziehung immer neu gefordert wird. Herr Aemissegger illustriert das mit folgendem Hinweis: «Auch wenn eine psychiatrisch-psychotherapeutische Begleitung [Therapie?] erfolgt, ist die Psychosomatik [!] doch ein Bereich, der sich immer wieder ausserhalb dieses spezialisierten Raumes ereignet und abspielt [1]».

Es ist also – nach meiner Darstellung – nicht so, dass sich zwei Therapien begegnen, die «nebeneinander» oder «sich ergänzend» bestehen müssen, da medizinische Psychologie eben zunächst keine diagnostischen noch therapeutischen Ansprüche hat. Mit den Worten «primär» oder «zunächst» möchte ich andeuten, dass die medizinische Psychologie im Dialog mit dem Patienten mit der Zeit spezielle, krankseinsrelevante Erkenntnisse (diagnostisch) und daraus resultierende Verhaltensänderungen (therapeutisch) resultieren können [7].

Psychosomatik und psychosomatische Therapie von Herrn Aemissegger gehören nach unserem Verständnis deshalb unter den Begriff der medizinischen Psychologie subsumiert. Sie heisst «medizinisch», da sie innerhalb der ärztlichen Begegnung mit dem Patienten stattfindet, und Psychologie, da es sich primär nicht um Abklärung krankhaften Verhaltens handelt. Wie bereits oben erwähnt, treten erst in zweiter Linie auch «diagnostische» und auch «therapeutische» Aspekte ins Blickfeld, wenn das Arzt-Patient-Arzt-Verhältnis, unter anderem, gestört ist. Hier ist nun der Arzt als der «Stärkere», d. h. «geschulte» (z. B. durch Balint-Gruppen), aber besonders durch den Einsatz seiner «Person» und echter Motivation und Vorbildfunktion gefordert [2]. Es ist dies der einzige Weg aus dem von Herrn Aemissegger beschriebenen «Chaos». Das medizin-psychologische Rüstzeug muss von allen Ärzten [4, 5] jeglicher Couleur und hierarchischer Ordnung gefordert werden. Hierzu

wäre – wie schon oben erwähnt, und auch zur Erfüllung bestehender Ausbildungsvorschriften – ein Obligatorium für die Teilnahme an einer Balintgruppe [8] unter einem psychoanalytisch ausgebildeten Kollegen für alle klinisch tätigen Ärzte (Klinik/Praxis) die beste Lösung. Das heutige Angebot [9] ist erstens freiwillig und bildet schliesslich im Effekt weitere «Psychotherapeuten» aus (s. Programm) [9]. Gemäss unserer Darstellung ist dies aber nicht der Sinn von Psychosomatik oder medizinischer Psychologie. Diese soll nach unseren Überlegungen ein psychologisch-psychodynamisches Denken (!) – und entsprechendes Begegnen und Handeln – in den Praxisalltag einfließen lassen und den Kollegen befähigen, eventuell unter Mithilfe im Balint-Kreis, die Indikationsstellung und mögliche Therapie an einen wenn möglich ärztlichen Psychotherapeuten zu delegieren [3, 5, 10, 11].

Die Hauptaufgabe eines so konfrontierten Kollegen liegt nicht in der Übernahme einer psychotherapeutischen Intervention, sondern – unter Anwendung seiner medizin-psychologischen Fähigkeiten und des daraus entstehenden «personenspezifischen» Vorgehens – in der Motivierung des Patienten für ein Verständnis psychosozialer (!) Aspekte seines Krankseins [2–5]. Dabei handelt es sich stets um ein Engagement sowohl für den Arzt als auch den Patienten, ihre eigene Person in einem echten Dialog zweier zunächst ungleich-gleicher Parteien einzubringen und wenn nötig, sich auch in Frage zu stellen (zu können!). Beide Seiten wollen «etwas» von der andern und müssen «etwas» dafür geben. Die Art der Offenlegung dieser Ansprüche verlangt eine grosse Sensibilität in den ersten Begegnungen. Psychosomatik ist ein inhärentes Geschehen, ein Geschehen, das sich meist erst im Kranksein deutlich manifestiert – für den Volksmund und den Laien jedoch eine Selbstverständlichkeit (z. B. «Es liegt mir auf dem Magen»). Psychosomatik und psychosomatische Therapie im Leserbrief von Herrn Aemissegger gehören unserer Auffassung nach in den Bereich der medizinischen Psychologie. Therapie in diesem Umfeld ist keine Therapie im üblichen Sinne, sondern ein gegenseitiges Ringen um Verständnis und Verstehen des anderen. Der allgemeine Begriff Psychosomatik und die psychosomatische Medizin werden bereits in den Anfängen des neunzehnten Jahrhunderts [2] erwähnt und Mitte des zwanzigsten Jahrhunderts unter anderem von F. Alexander [2] wieder aufgenommen. Franz Alexander glaubte noch, verschiedenen Krankheiten, eben sogenannten «psychosomatischen», ein spezifisches psychisches Profil zuzuordnen zu können. Unsere heutige Ansicht der

psychosomatischen Zusammenhänge ist nicht mehr krankheitsspezifisch, sondern personenspezifisch, d.h. jedes Kranksein hat seinen psychologischen Anteil, der aber je nach Person verschieden sein kann. In diese Rubrik gehören nun die Begriffe «Psychosomatik» und «Psychosomatische Therapie» [10, 11]. Die Abklärung der Schwere und eventueller Therapiebedürftigkeit liegt noch beim Grundversorger, der im aufgebauten Vertrauen (medizinische Psychologie) psychologisch-psychosomatische Aspekte des Krankseins dem Patienten am besten vermitteln kann. Die eigentlichen psychotherapeutischen Interventionen gehören aber in die Hände eines Facharztes, am besten eines ärztlichen Psychotherapeuten mit psychoanalytischer Ausrichtung. Es demonstriert dies wieder die Wichtigkeit medizin-psychologischen Verstehens des Grundversorgers als «Motivierungskünstler zu Gunsten des Patienten».

Wir möchten nochmals festhalten: Psychosomatik, Psychosomatische Medizin sind eigentlich Oberbegriffe für das Zusammenspiel von Arzt und Patient in ihren Begegnungen (s. oben: «geben und nehmen» und Bildung von «Atmosphäre» usw.) mittels des «Instrumentes» Medizinische Psychologie zum Aufbau einer tragenden Beziehung, aber auch zur Weiterverwendung dieses Instrumentes für die Abklärung und Gewichtung pathogener krankmachender, psychosozialer Aspekte im aktuellen Kranksein des Patienten (Psychosomatik/Psychosomatische Medizin/Psychosomatische Krankheiten und psychosomatische Therapie im engeren Sinne). Der Einsatz medizin-psychologischen Verhaltens – nicht nur wie früher gesagt «Alltagspsychologie» – enthält für den Grundversorger neben einem grossen persönlichen Einsatz auch eine grosse Verantwortung betreffs Einschätzung und Gewichtung des psychosozialen Teils in Diagnose und Therapie des Patienten. Auch hier ist – besonders in Zweifelsfällen – die Diskussion in einer Balint-Gruppe von grosser Bedeutung.

Psychosomatik im weitesten Sinne ist eigentlich kein Fachgebiet, sondern eine Selbstverständlichkeit in unserem täglichen ärztlichen Denken und Handeln und dürfte deshalb als Zusatztitel auch nicht bestehen. Psychosomatik

im engeren Sinne (Medizinische Psychologie) ist ein ärztliches Verständnis für den Patienten in dessen Kranksein und die nähere und weitere Umgebung sowie auch des Arztes von sich selbst, besonders – aber nicht nur – in der Erstbegegnung von Arzt und Patient.

Psychosomatik in all ihren Facetten wie Medizinischer Psychologie, aber auch psychosomatischer Ätiopathogenese und Therapie, ist ein zu integrierendes Denkmodell für jeden praktizierenden Arzt und auch Forscher in Klinik und Praxis [3–5, 7, 11, 12].

## Literatur

- 1 Aemissegger U. Wohin gehört die psychosomatische Therapie? Schweiz Ärztezeitung 2003; 84(31):1609.
- 2 Schild R. Menschenmedizin, was heisst das? Schweiz Ärztezeitung 2003;84(19):978-81.
- 3 Adler RH. Nur eine Art logisch zu denken. Interview. NZZ, 8. 4. 2001.
- 4 Isler H. Der Alltag und die Kopfschmerzen. Schweiz Ärztezeitung 2000;81(22):1162-4.
- 5 Bibring GL, Kahana RJ. Lectures in Medical Psychology. An introduction to the care of Patients. New York, International University Press; 1968.
- 6 Schild R. Einführung in die Psychologie des somatisch Kranken. Internes Weiterbildungspapier. Zürich: Universitäts-Rheumaklinik; 1969.
- 7 Schild R. Kreuz und Rückenschmerzen als psychosomatisches Geschehen. Verh Dtsch Ges Rheumatol 1980;6:210-2.
- 8 Honegger R. Frech denken – vorsichtig handeln. Schweiz Ärztezeitung 1998;79(6):202-5.
- 9 Kursprogramm: Psychosomatik, Psychosoziale Medizin 2003–2004. IHM Institut für humanwissenschaftliche Medizin, Zürich.
- 10 Schulz KH, Kugler J, Schedlowski M (Hrsg.). Psychoneuroimmunologie. Bern: Hans Huber; 1997.
- 11 Hübschmann H. On transference in the treatment of organic diseases. Psychother Psychosom 1979; 31:288-93.
- 12 Winterstein H. Zur Problematik der Einfühlung und des Psychologischen Verstehens. Wien: Imago; 1932. Band XVII.