

Jürg G. Kollbrunner
Die Reanimation der Psychosomatik

Das Anliegen der Buchreihe BIBLIOTHEK DER PSYCHOANALYSE besteht darin, ein Forum der Auseinandersetzung zu schaffen, das der Psychoanalyse als Grundlagenwissenschaft, als Human- und Kulturwissenschaft und als klinische Theorie und Praxis neue Impulse verleiht. Die verschiedenen Strömungen innerhalb der Psychoanalyse sollen zu Wort kommen, und der kritische Dialog mit den Nachbarwissenschaften soll intensiviert werden. Bislang haben sich folgende Themenschwerpunkte herauskristallisiert:

Die Wiederentdeckung lange vergriffener Klassiker der Psychoanalyse – wie beispielsweise der Werke von Otto Fenichel, Karl Abraham, W.R.D. Fairbairn, Sándor Ferenczi und Otto Rank – soll die gemeinsamen Wurzeln der von Zersplitterung bedrohten psychoanalytischen Bewegung stärken. Einen weiteren Baustein psychoanalytischer Identität bildet die Beschäftigung mit dem Werk und der Person Sigmund Freuds und den Diskussionen und Konflikten in der Frühgeschichte der psychoanalytischen Bewegung.

Im Zuge ihrer Etablierung als medizinisch-psychologisches Heilverfahren hat die Psychoanalyse ihre geisteswissenschaftlichen, kulturalistischen und politischen Ansätze vernachlässigt. Indem der Dialog mit den Nachbarwissenschaften wiederaufgenommen wird, soll das kultur- und gesellschaftskritische Erbe der Psychoanalyse wiederbelebt und weiterentwickelt werden.

Stärker als früher steht die Psychoanalyse in Konkurrenz zu benachbarten Psychotherapieverfahren und der biologischen Psychiatrie. Als das anspruchsvollste unter den psychotherapeutischen Verfahren sollte sich die Psychoanalyse der Überprüfung ihrer Verfahrensweisen und ihrer Therapie-Erfolge durch die empirischen Wissenschaften stellen, aber auch eigene Kriterien und Konzepte zur Erfolgskontrolle entwickeln. In diesen Zusammenhang gehört auch die Wiederaufnahme der Diskussion über den besonderen wissenschaftstheoretischen Status der Psychoanalyse.

Hundert Jahre nach ihrer Schöpfung durch Sigmund Freud sieht sich die Psychoanalyse vor neue Herausforderungen gestellt, die sie nur bewältigen kann, wenn sie sich auf ihr kritisches Potenzial besinnt.

BIBLIOTHEK DER PSYCHOANALYSE

HERAUSGEGEBEN VON HANS-JÜRGEN WIRTH

Jürg G. Kollbrunner

Die Reanimation der Psychosomatik

Kritische Bestandsaufnahme
und Zukunftsperspektiven

Psychosozial-Verlag

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten
sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Originalausgabe

© 2010 Psychosozial-Verlag

Walltorstr. 10, D-35390 Gießen

Fon: 06 41 - 96 99 78 - 18; Fax: 06 41 - 96 99 78 - 19

E-Mail: info@psychosozial-verlag.de

www.psychosozial-verlag.de

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form
(durch Fotografie, Mikrofilm oder andere Verfahren)
ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert
oder unter Verwendung elektronischer Systeme
verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Umschlagabbildung: Andenkenladen in Assisi © Jürg G. Kollbrunner

Umschlaggestaltung & Satz: Hanspeter Ludwig, Gießen

www.imaginary-art.net

Druck: Majuskel Medienproduktion GmbH, Wetzlar

www.majuskel.de

Printed in Germany

ISBN 978-3-8379-2064-2

Inhalt

Vorwort	13
Einleitung	17
A Die Krankheit der Psychosomatik	25
1. Die scheinbare Erfolgsgeschichte der Psychosomatik	25
2. Alarmierende Symptome	35
2.1 <i>Definitionsbeschwerden</i>	35
2.2 <i>Verwirrende Adjektive</i>	39
2.3 <i>Zerstückelung der Nosologie</i>	40
2.4 <i>Die unübersichtliche Vielfalt ätiologischer Konzepte</i>	42
2.5 <i>Verschleiernde Begriffe</i>	43
2.6 <i>Die Missachtung der kulturellen Relativität des Gesundheitsbegriffs</i>	54
3. Die epidemiologische Verunsicherung	58
3.1 <i>Die Häufigkeit psychischer und psychosomatischer Störungen bei Erwachsenen</i>	62
3.2 <i>Die Häufigkeit psychischer und psychosomatischer Störungen bei Kindern</i>	69
4. Somatoforme Störungen: Eine missglückte Kategorisierung	75
4.1 <i>Konfusion durch »Somatisierungsstörung« und »Hypochondrie«</i>	82
4.2 <i>Konfusion durch »Konversion«</i>	83
4.3 <i>Konfusion durch den Begriff der »somatoformen Störung« selbst</i>	87

5.	Das »biopsychosoziale Modell« als falsche Versprechung	89
5.1	<i>Formen der unbemerkten Verstärkung der Leib-Seele-Spaltung</i>	89
5.2	<i>Die rätselhafte Attraktivität des biopsychosozialen Modells</i>	90
6.	Akademische Hindernisse des Verstehens	98
6.1	<i>ICD-10 und DSM IV als Instrumente der Führung und Verführung</i>	98
6.2	<i>Die Falle der akademischen Persönlichkeitspsychologie</i>	99
6.3	<i>Der Kampf gegen das Konzept des »Unbewussten«</i>	104
6.4	<i>Erstarrte tiefenpsychologische Konzepte</i>	109
7.	Verleugnete Grenzen der Evidenzbasierten Medizin	114
7.1	<i>Peer-Review, Impact Factor und der Einfluss der Medizinalindustrie</i>	116
7.2	<i>Auswüchse der Verhaltenstherapie</i>	121
8.	Unkritische Verwendung neurowissenschaftlicher Erkenntnisse	124
8.1	<i>Die angstmotivierte »Neuropsychotherapie« von Klaus Grawe</i>	126
9.	Hemmungen der Hausärzte und Allgemeinmediziner	134
9.1	<i>Ärztliche Verärgerung und dahinter verborgene Ängste</i>	135
9.2	<i>Geringe Erkennungsraten psychischer und psychosomatischer Störungen aufgrund von unzulänglicher Gesprächsführung</i>	138
9.3	<i>Alibi-Diagnosen</i>	141
9.4	<i>Missbräuchliche Verwendung der Chirurgie</i>	143
9.5	<i>Weitere Folgen: Leiden, Kosten und Vertrauensverlust</i>	146
9.6	<i>Strukturelle Faktoren</i>	148
10.	Hemmungen der Psychosomatiker und Psychotherapeuten	149
10.1	<i>Verunsicherung durch die rasante Entwicklung der Neurowissenschaften</i>	150
10.2	<i>Abspaltungstendenzen</i>	158
10.3	<i>Überforderung oder Unterforderung der Patienten</i>	160
10.4	<i>Die Biografie-Angst: Opfer oder Täter?</i>	163
10.5	<i>Berufspolitische Grabenkämpfe</i>	165
11.	Die Medikalisierung des Lebens	168

11.1	<i>Grundsätzliche Kritik an der westlichen Medizin</i>	169
11.2	<i>Die Technisierung der Medizin als Flucht vor Beziehung</i>	171
11.3	<i>Die Geburt der Risikofaktoren: Framingham, das Rauchen und die Prävention</i>	176
11.4	<i>Der Aufschwung der Pharmaindustrie</i>	183
11.5	<i>Die zweifelhafte Wissenschaftlichkeit von Pharmastudien</i>	186
11.6	<i>Der »relative Nutzen« als Mogelpackung</i>	189
11.7	<i>Surrogatparameter und das Tabu der »poor metabolizers«</i>	192
11.8	<i>Die Erweiterung von Definitionen, Grenzwerten und Indikationen</i>	194
11.9	<i>Das Erfinden neuer Krankheiten</i>	198
11.10	<i>Eine institutionalisierte Hypochondrie</i>	205
12.	<i>Fehlentwicklungen bei der Behandlung bestimmter Krankheiten</i>	206
12.1	<i>Rückenschmerzen und Schleudertrauma</i>	206
12.2	<i>Spannungskopfschmerz und Migräne</i>	209
12.3	<i>Fibromyalgie und Chronisches Müdigkeitssyndrom</i>	213
12.4	<i>Reizdarmsyndrom, chronische Unterbauchbeschwerden, Zwölffingerdarm- und Magengeschwür</i>	216
12.5	<i>Bronchialasthma</i>	221
12.6	<i>Allergien und der Trick der »Atopie«</i>	224
12.7	<i>Das Beispiel der Neurodermitis</i>	226
12.8	<i>Stottern, funktionelle Dysphonien und das Geheimnis der fokalen Dystonie</i>	232
12.9	<i>Das Globusgefühl und die »Halssymptomatik ohne Stimmbefund«</i>	235
12.10	<i>Hyperkinetisches Syndrom, ADS und ADHS</i>	237
12.11	<i>Die Behandlung der Depression und der Sieg der Psychopharmaka</i>	243
12.12	<i>Magersucht, Fettsucht und die Verwirrung um die gesunde Ernährung</i>	247
12.13	<i>Koronare Herzkrankheiten: Angina pectoris und Herzinfarkt</i>	249
12.14	<i>Krebserkrankungen und die Selbstbeschränkung der Psychoonkologie</i>	253
12.15	<i>Schwangerschaft, Geburt und die Reproduktionsmedizin</i>	268
12.16	<i>Die verblasste Ritualisierung des Sterbens</i>	274

B	Die Behandlung der Psychosomatik	279
13.	Der Konstruktivismus als Ordnungsprinzip des Denkens	280
13.1	<i>Realität, Wirklichkeit und der Konstruktivismus</i>	280
13.2	<i>Die adaptive Funktion des Konstruktivismus</i>	282
13.3	<i>Die Überprüfbarkeit konstruktivistischer Erkenntnis</i>	285
13.4	<i>Die Vorzüge konstruktivistischen Denkens</i>	287
14.	Das Wunder des Lebens	295
14.1	<i>Die Komplexität des Stoffwechsels</i>	295
14.2	<i>Die Relativierung der Bedeutung des Zentralnervensystems</i>	299
15.	Immunologie: Materielle Noxen sind nicht allmächtig	304
15.1	<i>Erkenntnisse aus der Stressforschung</i>	305
15.2	<i>Neue Einsichten aus der Psychoneuroimmunologie</i>	308
16.	Neuroplastizität: Das Ende der Leib-Seele-Debatte	311
16.1	<i>Reizbewertung, Lernen, Gedächtnis und Denken</i>	313
16.2	<i>Interneurale Reizleitung und die Psychopharmaka</i>	315
16.3	<i>Neuroplastizität und die Psychotherapie</i>	318
16.4	<i>Der Abschied von der Leib-Seele-Debatte</i>	322
16.5	<i>Unberechtigte Exklusivitätsansprüche: Bewusstsein, Geist und freier Wille</i>	329
17.	Epigenetik: Das Ende der Anlage-Umwelt-Debatte	333
17.1	<i>Gene können allein gar nichts</i>	334
17.2	<i>Der alte Zopf der Zwillingsforschung</i>	337
17.3	<i>Die komplexe Welt der Genregulation</i>	340
17.4	<i>Die Bedeutung der sozialen Umwelt: Deprivationsstudien</i>	343
17.5	<i>Der Abschied von der Anlage-Umwelt-Debatte</i>	347
17.6	<i>Können Erfahrungen sogar Gene verändern?</i>	351
18.	Emotionsforschung: Das Ende der Kognitions-Emotions-Debatte	352
18.1	<i>Emotionen im Dickicht der Begriffe</i>	353
18.2	<i>Neurophysiologie der Gefühle</i>	354
18.3	<i>Der Abschied von der Kognitions-Emotions-Debatte</i>	356
19.	Die Erlebniswelt der Gefühle	356
19.1	<i>Freude und Lust</i>	357

19.2	<i>Angst, Wut, Trauer und Schmerz</i>	358
19.3	<i>Der Ausdruck von Gefühlen als Tor zu hoher Lebensqualität</i>	365
19.4	<i>Stimmungsansteckung, Imitation, Empathie und Intuition</i>	371
20.	<i>Die Kraft der sozialen Bindung</i>	374
20.1	<i>Soziale Bindung bei Säugetieren</i>	375
20.2	<i>Früheste Bindungsspuren beim Menschen</i>	378
20.3	<i>Menschliche Bindungstypen</i>	382
20.4	<i>Zur Epigenetik und Neuroendokrinologie der Bindung</i>	389
20.5	<i>Bindung in sozialer Vererbung</i>	393
21.	<i>Die Priorität von Beziehungen</i>	396
21.1	<i>Beziehung in der Entwicklung der Lebewesen</i>	396
21.2	<i>Die Bedeutung menschlicher Beziehungen</i>	399
21.3	<i>Menschliche Gemeinschaft als Quelle von Gesundheit</i>	405
21.4	<i>Einsamkeit und ihre gesundheitlichen Folgen</i>	406
21.5	<i>Chronische Beziehungskonflikte und ihre gesundheitlichen Folgen</i>	409
21.6	<i>Die Weisheit der nativen, primitiven Medizin</i>	412
22.	<i>Eine Neubewertung des Placeboeffekts</i>	413
22.1	<i>Alternativmedizin, Komplementärmedizin und das Dritte</i>	423
23.	<i>Die Rehabilitierung des Heilens</i>	427
23.1	<i>Effektive Therapie ist Beziehungstherapie</i>	429
23.2	<i>Beziehungstherapie für Singles und Einzelgänger?</i>	434
24.	<i>Eine neue Durchlässigkeit des Berufsgruppendenkens</i>	436
24.1	<i>Die Verabschiedung der ärztlichen Selbstidealisierung</i>	436
24.2	<i>Die Anerkennung der Häufigkeit dramatischer Familiengeschichten</i>	439
24.3	<i>Eine »Biografisierung« der Helfer</i>	442
24.4	<i>Wie Ängste die Helfer und Helferinnen ins Bockshorn jagen</i>	446
25.	<i>Therapie und Prophylaxe als politische Tätigkeiten</i>	448
25.1	<i>Die Psychosomatisierung der Pädagogik</i>	450
25.2	<i>Erziehung, Jugendgewalt und das Böse</i>	452
25.3	<i>Kriegspolitik und strukturelle Gewalt</i>	459

25.4	<i>Dissoziativ gestörte Führer als Instrumente struktureller Gewalt</i>	461
25.5	<i>Die Wiederentdeckung der Bedeutung von Scham</i>	469
25.6	<i>Die Re-Symbolisierung von Worthülsen</i>	473
25.7	<i>Eine neue Verantwortung für die »vierte Gewalt« der Demokratie</i>	477
25.8	<i>Die Politisierung der Medizin</i>	479
C	Eine »Dynamische Psychosomatik«	485
26.	Psychosomatik als Beziehungslehre	485
27.	Die Erweiterung bestehender psychosomatischer Konzepte	487
27.1	<i>Die Vorstellung der Kontinuität und der Interdependenz von Krankheiten</i>	487
27.2	<i>Eine Erneuerung der Spezifitätstheorie: »Biografische Spezifität«</i>	489
27.3	<i>Die konsequente Beachtung kumulativer Traumata</i>	492
27.4	<i>Eine Dekategorisierung somatoformer Störungen: »Somatisierung«</i>	494
27.5	<i>Die Re-Symbolisierung der Begriffe »Verdrängung« und »Symbolisierung«</i>	496
28.	Der Wert klassischer psychosomatischer Konzepte	498
28.1	<i>Modelllernen, subjektive Krankheitstheorien und Kontrollüberzeugungen</i>	498
28.2	<i>Abwehr, Krankheitsgewinn und Bewältigung; Salutogenese und Resilienz</i>	499
28.3	<i>De- und Resomatisierung, die zweiphasige Abwehr und der CSO</i>	501
28.4	<i>Alexithymie und »pensée opératoire«</i>	502
28.5	<i>Die »somatosensorische Verstärkung«</i>	503
29.	Die ideale psychotherapeutische Schule?	505
29.1	<i>Geeignete psychotherapeutische Schulen</i>	506
29.2	<i>Der Stellenwert der Kognitiven Verhaltenstherapie in der Dynamischen Psychosomatik</i>	508
30.	Wer kann, darf und soll eine Dynamische Psychosomatik anwenden?	509
30.1	<i>Eine Helfertypologie: A-, B-, C- und D-Helfer</i>	509
31.	»Therapeutische« Voraussetzungen	511

31.1	<i>Ein humanistisches Menschenbild</i>	511
31.2	<i>Die Auseinandersetzung mit der eigenen Lebensgeschichte</i>	512
31.3	<i>Die Erweiterung der Empathiefähigkeit</i>	514
32.	<i>Diagnostische Strategien</i>	515
32.1	<i>Die Diagnostik für Psychotherapeuten (A-Helfer)</i>	516
32.2	<i>Die Diagnostik für alle anderen Therapeuten (B-Helfer)</i>	526
32.3	<i>Zwischenmenschliche Meinungsbildung in anderen Berufsgruppen (C-Helfer)</i>	534
32.4	<i>Zwischenmenschliche Wissenslust oder -pflicht der Laien (D-Helfer)</i>	536
33.	<i>Therapeutische Ziele</i>	538
33.1	<i>Achtsamkeit für eigene Stärken und Verletzlichkeiten</i>	538
33.2	<i>Die Verflüssigung des Ausdrucks von Gefühlen</i>	541
33.3	<i>Vom Symptom zum Dialog: Desomatisierung durch Verbalisierung</i>	545
33.4	<i>Mehrgenerationenverständnis und die Auflösung der Idealisierung der Eltern</i>	548
33.5	<i>Individuation und das Verhältnis zwischen Aggressivität und Harmonie</i>	555
33.6	<i>Schuld, Pseudounschild, Macht und Trauer</i>	560
33.7	<i>Auf den Spuren der Bedürfnisse</i>	569
33.8	<i>Die Pflege der Zugehörigkeit</i>	572
34.	<i>Therapeutische Vorgehensweisen</i>	574
34.1	<i>Hinweise für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (A-Helfer)</i>	574
34.2	<i>Umdeutungen (biografisches »Reframing«)</i>	579
34.3	<i>Die »Knotenlogik«: Ein hilfreiches Konzept für B-Helfer</i>	583
34.4	<i>Denotation und Konnotation: Der Schatz individueller Wortbedeutungen</i>	586
34.5	<i>Die Identifikation und das Auffüllen von Worthülsen</i>	592
34.6	<i>Die Unterstützung verantwortungsbewussten Handelns</i>	598
35.	<i>Tipps und Tricks für B-Helfer</i>	600
35.1	<i>Im Einzelgespräch</i>	601
35.2	<i>Im Paargespräch (auch im Elterngespräch)</i>	609

35.3	<i>Problembehandlung</i>	611
35.4	<i>Einige Typen von Fehlern</i>	617
36.	Eine erträgliche Leichtigkeit des Seins	619
Literatur		623
Tabellenverzeichnis		661
Abbildungsverzeichnis		663
Namensregister		665
Sachregister		673

Vorwort

Im vergangenen Jahrzehnt meiner bisher 30-jährigen Tätigkeit als Klinischer Psychologe und Psychotherapeut an der HNO-Universitätsklinik Bern war es mir vergönnt, jenen psychosomatischen Forschungsthemen, die mich brennend interessieren, so intensiv nachzugehen, dass aus dieser Auseinandersetzung mehrere Bücher entstehen konnten. In *Der kranke Freud* war es die Frage nach den psychischen Faktoren, die Mitverursacher einer Krebserkrankung sein können, in *Psychodynamik des Stotterns* die Aufdeckung der Wirren, welche einen der intensivsten Forschungszweige der Sprech- und Sprachpathologie über Jahrzehnte blockiert haben und in zwei Büchern zur »funktionellen Stimmstörung« die Diskussion der bis heute den klinischen Alltag prägenden Widersprüchlichkeiten bei der Behandlung von nichtorganischen Stimmstörungen. Was mir dabei erst allmählich auffiel: In all diesen Büchern habe ich stets ein oder mehrere Kapitel dem Versuch gewidmet, den Lesern plausibel zu machen, wie wertvoll, ja unerlässlich einige tiefenpsychologisch-psychosomatische Denkansätze sind. Das eine Mal versuchte ich dies in einem Anhang mit dem Titel »Krebsheilkunde, Psychosomatik und das Leib-Seele-Problem«, danach in einer wissenschaftstheoretischen Darstellung der Unterschiede zwischen »Erklären« und »Verstehen«, weiter in einer Abhandlung zu der »erschreckenden Häufigkeit psychosomatischer Erkrankungen und deren Verdrängung« sowie in den Texten »Vier Stolpersteine der psychosomatischen Widerspenstigkeit« und »Stufen der Auseinandersetzung mit der Tiefenpsychologie«. Daneben stieß ich im Lauf unterschiedlicher Literaturstudien und als Leser der Tagespresse immer wieder auf alarmierende Informationen aus dem Spannungsfeld zwischen Gesundheit und Krankheit. Dazu gehören die steigenden Kosten des Gesundheitswesens, die ökonomischen Tricks der Medizinalindustrie, insbesondere die

gravierenden Mängel in der Überprüfung des Nutzens neuer Medikamente und Behandlungen, aber auch die enge Verzahnung von Gesundheit und sozialpolitischen Verhältnissen bis hin zur furchterregenden Zunahme neuer Formen individueller und struktureller Gewalt (Rassismus, Dogmatismus, Brutalität im Alltag und verlogene Begründung von Kriegsführung). Wie sind all diese Themen miteinander verbunden? Die Psychosomatik, die Lehre von den Zusammenhängen zwischen dem Erleben und dem Körper, besonders im Leiden, müsste genau die Spezialität sein, welche Teile dieser Frage beantworten könnte. Das alte, vielfach bewährte psychosomatische Wissen stellt zusammen mit dem modernen Wissen aus Neurologie, Genetik, Endokrinologie und Immunologie einen Wissensschatz bereit, der – so bin ich überzeugt – in den Grundzügen eigentlich einfach zu begreifen wäre und so im täglichen Leben von Berufsleuten und Laien zum gesundheitlichen Wohl vieler direkt verwendet werden könnte. Aber die Realität ist anders: Die psychosomatische Literatur für Fachleute wie jene für Laien ist so sehr von Widersprüchlichkeiten geprägt, so stark in einem Wunschdenken in Form einer diffus verstandenen Ganzheitlichkeit oder letztlich doch in einem mechanistischen Reparaturdenken verwurzelt, dass sich die Leser in der Flut der Publikationen kaum noch zurechtfinden können. Viele ärztliche Grundversorger (Allgemeinmediziner, Internisten und Kinderärzte), aber auch medizinische Spezialisten zögern noch häufig in ihrer Anwendung psychosomatischen Wissens. Die Logik unseres Gesundheitssystems lässt ihnen auch wenig Zeit dafür, was allerdings einigen nicht nur ungelegen kommt, weil psychosomatisches Denken stets auch mit eigenen Ängsten konfrontiert. Die meisten Patienten fühlen sich von psychosomatischem Denken angezogen. Wenn sie aber auf zögernde, ängstliche Ärzte oder andere Therapeuten treffen, welche sich in diesem Denken nicht zu Hause fühlen, verstecken sie ihr Interesse an weichen, lebensgeschichtlichen Zusammenhängen, weil sie nicht bereit sind, ihre Verletzlichkeit jemandem zu zeigen, der sie womöglich nicht versteht und danach vielleicht missachtet. Dieses Buch soll einen Beitrag dazu leisten, brachliegende Möglichkeiten in der direkten Begegnung von Therapeutinnen und Therapeuten und psychosomatisch erkrankten Menschen zu entdecken und Fertigkeiten der Therapeutinnen und Therapeuten weiterzuentwickeln, ihren Patienten heilend zu begegnen.

Die Vorbereitung und Niederschrift des Manuskripts zu diesem Buch haben mir viele Stunden Faszination bereitet und einige Stunden Knochenarbeit abverlangt. Viele Zusammenhänge habe ich für mich neu entdeckt, manche Momente der Begeisterung wurden mir dabei geschenkt, aber auch schwierigere

Phasen, wie vor allem eine ungewollte und sehr unangenehme eigene Identifizierung mit der Thematik, die mich stark beeindruckt hat: Mit Ausnahme von einem seit vielen Jahren asymptomatischen, medikamentös behandelten Bluthochdruck kannte ich bisher keine psychosomatischen Beschwerden von pathologischem Ausmaß. Während der drei Jahre Arbeit am Manuskript wurde ich aber mit mehreren solcher Störungen persönlich konfrontiert, nämlich mit zwei mehrmonatigen Phasen von zeitweise ängstigenden ventrikulären Extrasystolen (Ergometrie und Echokardiografie unauffällig), zwei Phasen von Trigeminusneuralgie (Therapie: Osteopathie), Oberbauchbeschwerden wegen einem postpylorischen Duodenalulcus (Therapie: Helicobacter-Eradikation) und einem Hörsturz mit persistierendem leichtem Tinnitus (keine Therapie). Die mit diesen Störungen verbundenen irritierenden Empfindungen, Gefühle und Gedanken haben mich immer wieder an meine und der anderen Menschen Verletzlichkeit erinnert. Ich hätte gern auf diese Hinweise verzichtet, aber vielleicht haben sie meine Auseinandersetzung mit der Thematik bereichert.

Es ist mir ein großes Anliegen, mich bei den beiden Menschen herzlich zu bedanken, welche mir die wertvollsten Hinweise zur Überprüfung, Korrektur und Bereicherung meiner zu Papier gebrachten Gedanken geschenkt haben: bei Sandra Fritschi, Lic. phil. und diplomierte Logopädin, die mir mit ihrer fachkundigen, von Psychodynamik und Yoga geprägten Art des Dialogs zu verschiedenen Themen neue Perspektiven eröffnet und mich – nicht immer mit Erfolg – zur Mäßigung in der Kritik einiger Ansichten von Berufskollegen aufgerufen hat, sowie bei Wolfgang Bachmeier, Dr. med. und praktizierender Hausarzt, der mich neben seiner moralischen Unterstützung auch mit wichtigen ärztlichen Informationen versorgt und mich davor bewahrt hat, grobe medizinische Unwahrheiten zu verkünden. Nicht alles, was jetzt im fertiggestellten Buch enthalten ist, werdet ihr unterschreiben können, aber vieles, was darin überzeugt, verdankt seine Kraft eurer Mithilfe.

Schließlich danke ich Herrn Christian T. Flierl, Lektor des Psychosozial-Verlags, der es – mit Unterstützung durch Frau Daria Bendel – in vielen Stunden präziser Kleinarbeit geschafft hat, meine zahlreichen Helvetismen und andere Mängel in ein fast schon gepflegtes Hochdeutsch zu verwandeln.

*Bern, im Mai 2010
Jürg G. Kollbrunner*

Einleitung

Jedes Kind weiß es: Wenn man sich ungerecht behandelt fühlt, können Bauchschmerzen, Übelkeit, Kopfschmerzen oder ein Wutausbruch folgen. Wenn man sich geliebt fühlt, geht es dem Körper so gut, dass man gar nicht an ihn denkt. Auch Erwachsene wissen das: Plötzlicher Schweißausbruch, Mundtrockenheit, weiche Knie, Erbleichen oder ein roter Kopf entstehen häufig in bestimmten unangenehmen Situationen; Schmetterlinge im Bauch oder eine vor Stolz geschwellte Brust sind faszinierend aufregend; sanfte Berührungen meist wohltuend entspannend. Beim Weinen – aus Trauer oder aus Freude – erschaffen wir diese glitzernde Flüssigkeit in Tropfenform und beim Lachen spielen wir – ohne, dass wir wissen wie – auf der unsichtbaren Klaviatur kleinerer und größerer Anspannungen der Gesichtsmuskulatur (oder dieses Tastenspiel bringt uns zum Lachen). Psychosomatische Vorgänge, das heißt, die gegenseitige Beeinflussung von Erleben und Körpervorgängen, sind nicht nur alltäglich, sondern auch lebensnotwendig und noch mehr als das: Sie machen das Leben lebenswert. Ein harmonisches Zusammenspiel von Erleben und Körpervorgängen beschert uns Gesundheit, Leistungsfähigkeit und Wohlbefinden; Störungen dieses Zusammenspiels verursachen Beschwerden, die zu Krankheiten führen können.

Ähnlich wie Heiler, Medizinmänner und Schamanen in anderen großen Kulturen (ist unsere Kultur auch eine »große«?) besaßen unsere kulturellen Vorfahren, die frühen griechischen und römischen Philosophen und Ärzte, ein großes Wissen von der Bedeutung dieses Zusammenspiels. Im Mittelalter und bis ins 18. Jahrhundert hinein wurde dieses Wissen gepflegt und von Generation zu Generation weitergegeben. Die Entwicklung der Naturwissenschaften mit ihren großartigen Erfolgen für unser Überleben, unsere Mobilität und unsere Bequemlichkeit hat aber die Entwicklung der

westlichen Medizin auf eine Art beflügelt, die nicht nur die medizinischen Möglichkeiten, zum Wohl der Menschen zu wirken, erweitert, sondern auch die nicht-naturwissenschaftlichen Erkenntnisse über den Zusammenhang zwischen Körper und Erleben in den Hintergrund gedrängt hat. Glücklicherweise gelang es gegen Ende des 19. und zu Beginn des 20. Jahrhunderts verschiedenen Philosophen und Medizinern so deutlich auf diese Einseitigkeit hinzuweisen, dass sich eine neue wissenschaftliche Disziplin – vielleicht wäre es besser, zu sagen: die Erneuerung einer alten Sichtweise auf Gesundheit und Krankheit – entwickeln konnte. Die entstehende Psychosomatik erwies sich bald als äußerst hilfreiche therapeutische Haltung – mit einer ganzen Reihe nützlicher theoretischer Konzepte –, die zu unbestrittenen therapeutischen Erfolgen führte, ganz besonders bei Menschen, deren Leiden mit naturwissenschaftlichen Mitteln allein nicht genügend zu erklären oder zu verstehen waren. Die meisten dieser wertvollen psychosomatischen Erkenntnisse sind heute zum Wohl von Patienten noch genauso gut anwendbar wie vor 20 oder 50 Jahren. Aber sie werden eher selten systematisch angewendet. Auf den ersten Blick ist das erstaunlich, weil gerade die Zahl jener Patienten, die an naturwissenschaftlich nicht erklärbaren Beschwerden leiden, seit Jahren zunimmt. Ein Drittel oder gar die Hälfte aller Patienten suchen ihren Hausarzt mit Beschwerden auf, für die dieser – ebenso wie ein eventuell hinzugezogener Spezialist – keine organische Erklärung findet. Doch der scheinbar »nicht aufzuhaltende Siegeszug« der naturwissenschaftlich fundierten westlichen Medizin (Frommer 1996), unterstützt durch immer neuere Erkenntnisse aus Neurologie, Endokrinologie und Genetik, lässt nur noch ausnahmsweise zu, Beschwerden oder Krankheiten als Prozesse zu betrachten, die den ganzen Menschen und nicht nur seine physikalisch erfassbaren Eigenschaften betreffen. So kommt es zum Beispiel, dass ein junger Mann vom Hausarzt wegen unklarer Bauchschmerzen der Notfallstation eines Krankenhauses zugewiesen wird. Dort folgt eine gründliche medizinische Untersuchung: Das große Blutbild wird erhoben, Ultraschall und endoskopische Abklärung werden durchgeführt. Da nichts Organisches gefunden wird, das die Schmerzen erklären könnte, teilt der Arzt dem Patienten mit, dass er erfreulicherweise keine organischen Ursachen gefunden habe, der Patient also gesund sei. Der junge Mann geht zunächst erleichtert nach Hause. Was aber, wenn seine Schmerzen nicht nachlassen? Oder wenn sie verschwinden und bei nächster Gelegenheit wieder auftauchen? Oder wenn ein anderes Unbehagen neue Ängste entstehen lässt? Manfred Stelzig schreibt zu diesem von ihm berichteten diagnostischen Ablauf:

»Eine große Chance ist damit vertan. [Des jungen Mannes] Probleme am Arbeitsplatz, seine Konflikte mit den Eltern und seine Sorgen mit der Freundin sind nicht zur Sprache gekommen. Er hat keinen Verbündeten gefunden, keine Ansprechperson, bei der er sich entlasten konnte, keinen Fachmann, mit dem er besprechen konnte, wie er besser mit seiner Notsituation umgehen könnte. Mit Glück wird er seine Belastungssituation selbst überwinden und seine Probleme in den Griff bekommen können. Oft ist das jedoch anders und genau daraus ergibt sich das Problem der medizinisch bedingten Chronifizierung« (2004, S. 18).

Im universitären Klinikbetrieb gilt die Psychosomatik vielerorts als nicht allzu ernst zu nehmendes unwissenschaftliches Tummelfeld von Medizinern, die sich in der Schulmedizin nicht richtig zurechtgefunden haben: »Wenn der Assistenzarzt in der Uniklinik den Verdacht äußert, ein Leiden sei psychosomatisch, wird die Mehrzahl der Chefärzte diesen Arzt dafür rügen« (Winfried Rief, zit. nach Albrecht 2005a). Oder schlimmer: Der Assistenzarzt wird nur belächelt. Mächtige Einflüsse haben dazu geführt, dass viele Patienten (vielleicht ist es gar die Mehrzahl aller Patienten) an den Möglichkeiten der Psychosomatik systematisch vorbeigeführt werden. Eine Suche nach den Faktoren, die zu dieser Entwicklung beigetragen haben, kann bei der spärlichen Zeit, die Grundversorgern zur Verfügung steht, beginnen: In Deutschland reservieren Hausärzte durchschnittlich 4,3 Minuten pro Konsultation für das Gespräch mit dem Patienten, in der Schweiz 8,7 Minuten (Albrecht 2005a). Wie sollte da ein persönliches Gespräch entstehen, das über die Abfrage und die Schilderung der Beschwerden hinausgeht? Man könnte zwar meinen, nur wenige Patienten möchten dem Arzt von ihren psychosozialen Problemen berichten. Nachfragen zeigen aber, dass nur 30% der Patienten einer Allgemeinpraxis eine rein somatische Behandlung wünschen. 70% signalisieren dem Arzt, dass sie neben den körperlichen auch psychosoziale Probleme besprechen möchten (Fritzsche/Wirsching 2006, S. 70). Salmon und seine Mitarbeiter (2007) haben die Reaktion britischer Ärzte auf 420 Patienten mit unerklärlichen Symptomen untersucht: Obgleich die Patienten schwierige Lebensumstände andeuteten, gingen die meisten Ärzte nicht darauf ein. 30–50% aller psychischen und psychosomatischen Krankheiten werden deshalb von den Ärzten nicht erkannt (J. Kruse et al. 1999). Wichtige psychosoziale Probleme wie zum Beispiel häusliche Gewalt werden häufig »übersehen«, und wenn sie doch korrekt erkannt und angesprochen werden, erteilen viele Ärzte unpassende oder sogar gefährliche Ratschläge (Novack 2003). Der Anteil der deutschen Erwachsenen mit psychischen oder psycho-

somatischen Störungen, die eine adäquate Therapie erhalten, wird auf nur 10% geschätzt (Wittchen/Jacobi 2001).

Die meisten der nicht psychosomatisch verstandenen Patienten ohne Organbefund kommen wieder. Zur gegenseitigen Beruhigung setzen dann viele Ärzte ihre zuvor begonnene organische Abklärung einfach fort, intensivieren sie mit technisch noch fortgeschritteneren Untersuchungsmethoden (AWMF 2001a) und wenn im dritten oder vierten Anlauf immer noch nichts Organisches gefunden worden ist, entscheiden sie sich vielleicht für eine Diagnose, die organisch klingt, aber inhaltsleer ist, weil sie nur eine der Hauptbeschwerden mit lateinischen Worten bezeichnet: »Cephalgie« (Kopfschmerzen) oder »Dorsopathie« (Rückenschmerzen) heißt es dann. Für viele Ärzte bleiben diese Patienten aber eine klebrige Belastung. Weil sie »nichts Richtiges« haben, sind sie kaum je zufriedenzustellen. Einige Ärzte reagieren dann mit Ungeduld, Ärger, einem Gefühl des »Getäuscht-Worden-Seins« (Henningsen 2006c), vielleicht mit Zynismus (Waldersee 2002), und beginnen die Patienten als »Querulanten« oder »Spinner« zu betrachten (Hoffmann/Hochapfel 2004, S. 304). Sobald Patienten einen solchen ärztlichen Einstellungswandel spüren, wechseln viele den Arzt. Beim nächsten beginnt das Drama dann von vorne. Später, nach einigen medizinischen Abklärungs- und symptomatischen Behandlungsphasen, entscheiden sich nicht wenige Patienten zum Schritt in alternativmedizinische oder esoterische Behandlungsformen, was ihnen zum Guten wie zum Schlechten dienen kann (vgl. Kap. 22.1). Jene Patienten, deren Problem schließlich doch korrekt als psychosomatisch diagnostiziert und dann fachgerecht behandelt wird, leiden ebenfalls lange: Die durchschnittliche Zeit zwischen der Erstmanifestation psychosomatischer Erkrankungen und der korrekten Diagnose und Therapie beträgt in Deutschland mehr als fünf Jahre (Stelzig 2004, S. 21). Der volkswirtschaftliche Schaden, der dadurch entsteht (Kosten für Hightechdiagnostik, für unnütze medikamentöse oder gar chirurgische Behandlungen und Kosten, die durch Phasen von Arbeitsunfähigkeit verursacht werden), ist enorm hoch. Gabriele Moser fragt rhetorisch:

»Wie viel Zeit, Leid und Kosten verursacht es, die psychosozialen Aspekte von Erkrankungen und Beschwerden nicht adäquat zu beachten, die Integration der Psychosomatik nicht voranzutreiben, eine psychosomatische Aus- und Weiterbildung in den einzelnen somatischen Fächern nicht entsprechend zu fördern?« (2009, S. 425)

Welche Faktoren behindern die Anwendung psychosomatischen Wissens? Da ist zunächst einmal die ärztliche »Diagnose-Hörigkeit« zu nennen.

Dieser Begriff ist zwar provokativ, denn vor jeder guten Behandlung muss doch eine korrekte Diagnose stehen, also soll das kunstgerechte Erheben der Diagnose eine Pflicht sein und eine Abhängigkeit von dieser wäre da nur zu begrüßen. Es kommt aber darauf an, wie Diagnosen erhoben werden. Die wichtigsten heute gültigen Diagnose-Referenzen sind ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases) und DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Beides sind phänomenologische (Symptome oder Messwerte beschreibende) und nicht ätiopathologische (Ursachen beschreibende) Ordnungssysteme und führen eher zu Etikettierungen als zu Diagnosen. Dies ist zuweilen – vor allem in lebensbedrohlichen Situationen – hilfreich, oft aber auch ausgesprochen verschleiern. Die Diagnose-Etikettierung engt das Denken aufgrund einer Figur-Grund-Wahrnehmungstäuschung beträchtlich ein, wie Sie während der Bearbeitung der Abbildung 1 selbst feststellen müssen: Der erwachsene Patient zeigt große Schüchternheit und eine nächtliche Unruhe. Ist er in der Kindheit unter die Räder seiner vielen Geschwister gekommen? Oder leidet er unter einer posttraumatischen Belastungsstörung? Nur die sorgfältige weitere Diagnostik (mit Bleistift oder Kugelschreiber den Zahlen folgend) führt zur überraschenden Diagnose: »Lepus«.

Doch ICD-10- und DSM-IV-Diagnosen gelten heute als allgemeingültige Grundlagen für die Bewertung von Diagnostik und Therapie, unabhängig davon, ob ein Patient mit einer bestimmten Diagnose sozial gut eingebettet und erfolgreich im Beruf oder vereinsamt, arbeitslos und tief verärgert über alle Mitmenschen lebt. Die einzige heute weltweit akzeptierte Überprüfungs- methode für die Effizienz diagnostischer und therapeutischer Prozeduren richtet sich ausschließlich danach, wie sehr eine bestimmte ICD- oder DSM-Diagnose noch zutrifft oder nicht. Dies wird durch den Standard der EBM, der *Evidenzbasierten Medizin*, vorgeschrieben. Nach EBM-Kriterien durchgeführte Qualitätskontrollen von Diagnostik und Therapie erscheinen auf den ersten Blick äußerst seriös, weil die EBM mit großem Aufwand alle wissenschaftlichen Studien, die zu einer bestimmten Thematik publiziert worden sind, nach ihrer Gültigkeit und Zuverlässigkeit in verschiedene Evidenzstufen einzuteilen und differenzierte diagnostisch-therapeutische Empfehlungen abzuleiten vermag. Genauer betrachtet sind sie aber hoch problematisch. Der *Peer-Review-Prozess*, die Prüfung des Wertes eines zur Veröffentlichung eingereichten Manuskripts durch angesehene Forscherkollegen funktioniert oft nicht wunschgemäß: Wer riskiert schon das Manuskript eines Kollegen zur Ablehnung zu empfehlen, wenn er weiß, dass der gleiche Kollege einige Monate später ein eigenes Manu-

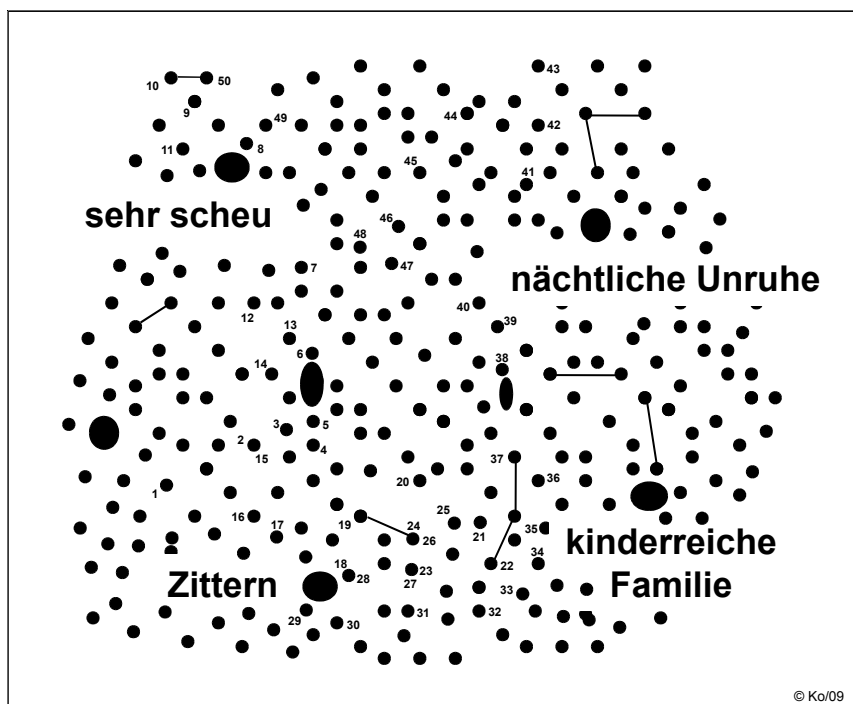


Abb. 1: Figur-Grund-Phänomen der Diagnose-Etikettierung

skript zur Bewertung erhalten könnte (R. Smith 1997). Darüber hinaus werden Forschungsdaten nicht lückenlos publiziert. Ergebnisse von medizinischen Studien, die den privaten Geldgebern von Forschungsprojekten nicht passen, verschwinden einfach und die beteiligten Forscher werden zu Verschwiegenheit verpflichtet. Der *Einfluss der Pharma- und Medizinaltechnikindustrie* ist so groß geworden, dass sich die Herausgeber von 13 renommierten medizinischen Fachzeitschriften 2001 veranlasst sahen, in einem gemeinsamen Artikel einen einzigartigen Warnruf zu veröffentlichen. Darin steht:

»Wir sind besorgt, dass das gegenwärtige intellektuelle Klima, in welchem einige klinische Studien durchgeführt werden, Studienteilnehmer rekrutiert werden, Daten analysiert und berichtet (oder nicht berichtet) werden, [die] wertvolle Objektivität bedroht. [...] Die primäre Verwendung klinischer Studien fürs Marketing macht in unseren Augen aus der klinischen Forschung eine Farce und ist ein Missbrauch eines mächtigen Instruments« (Davidoff et al. 2001, S. 1232; Übersetzung J. K.).

Der Siegeszug der Pharmaindustrie scheint so unaufhaltsam, dass sich Novartis-Chef Daniel Vasella sogar erlauben konnte, seiner ehemaligen Ausbildungsstätte, der Universität Bern, einen Lehrstuhl für Psychosomatik zu finanzieren. Nicht dass Psychosomatiker den Wert sinnvoll eingesetzter Medikamente nicht anerkennen würden. Sie sind aber entschieden gegen das Erfinden neuer Krankheiten, zum Beispiel durch Umdefinieren alltäglicher Beschwerden zu medikamentös behandelbaren Krankheitsbildern, durch Herabsetzung von Grenzwerten für Risikofaktoren aus kommerziellen Gründen oder auch durch Deklaration von Risikofaktoren zu Krankheiten. Psychosomatiker müssten solche Tendenzen schonungslos aufdecken und sie mit allen sinnvollen Mitteln zu unterbrechen versuchen. Ohne finanzstarke Lobby scheinen sie aber gesundheitspolitisch machtlos geworden zu sein. Zu dieser fatalen Entwicklung haben leider auch die Psychosomatiker selbst beigetragen: Endlose Diskussionen über das Leib-Seele-Problem, das Anlage-Umwelt-Problem und das Kognitions-Emotions-Problem haben den Eindruck erweckt, die Psychosomatiker verfügten kaum über gesichertes Wissen. Unfruchtbare Auseinandersetzungen zwischen tiefenpsychologisch und neuro-psychologisch-verhaltenstherapeutisch orientierten Experten erinnern eher an einen Glaubenskrieg als an eine wissenschaftliche Auseinandersetzung und die Verwirrung durch die weit über 100 verschiedenen, teilweise ähnlichen Fachworte der Psychosomatik – manchmal symbolisch, manchmal wörtlich gemeint, nur weiß man oft nicht wann wie gemeint – kann zu Recht als »babylonisch« (Hiller/Rief 1997) bezeichnet werden. Oft hört man Psychosomatiker klagen, ihr Fach habe es deshalb so schwer, gebührend anerkannt zu werden, weil die Patienten selbst keine Hilfe auf psychosozialer oder psychotherapeutischer Ebene wünschen. Aber dies ist eine Mär. Es stimmt zwar, dass zum Beispiel die Patienten, die zur großen Gruppe von Kranken mit somatoformen Störungen (körperliche Beschwerden ohne nachweisbaren Organbefund) gehören, zunächst darauf drängen, als organisch Kranke bestätigt zu werden. Alle aber wissen oder spüren, dass ihre Beschwerden auch mit ihrer Lebensgeschichte verbunden sind. Sie wollen nicht plump darauf angesprochen werden (das macht ihnen zu viel Angst), aber ihre Sehnsucht danach, als ganze Person verstanden zu werden, ist bei jedem einzelnen von ihnen zu finden. Nein, die Krise der Psychosomatik ist nicht die Schuld der Patienten. Wenn schon Schuld, dann ist es jene der Psychosomatiker, welche sich zu wenig trauen, ihre Hilfsmöglichkeiten einfach, klar und auf jeden Patienten einzeln zugeschnitten anzubieten – und natürlich die Schuld all jener Menschen, welche die unheilvolle Verquickung von medizinischer Forschung

und maßlosen kommerziellen Interessen unterstützen: In einer Demokratie sind da alle Wähler und Stimmbürger angesprochen.

Liegt die Psychosomatik also im Sterben, wie der Titel dieses Buches vielleicht vermuten lässt? Nein, aber sie ist schwer erkrankt und einige ihrer (Organ-)Systeme arbeiten nicht mehr zuverlässig. Über Jahrhunderte gerechnet, wird sie zwar unter diesem oder anderem Namen sowieso überleben, einfach weil der Mensch seine Doppelnatur als subjektiv-geschichtliches und als nach Objektivität strebendes Wesen glücklicherweise nicht abstreifen kann. Für die Menschen des angebrochenen Jahrhunderts wäre es aber außerordentlich hilfreich, wenn die Psychosomatik in den nächsten Jahren wiederbelebt und zu einem gesunden (Wissenschafts-)Organismus gepflegt werden könnte.

In diesem Buch sollen *im ersten Teil* (A) die Symptome und Ursachen der Erkrankung der Psychosomatik aufgezeigt, *im zweiten Teil* (B) eine Strategie für die Unterstützung der Genesung des diagnostisch-therapeutischen psychosomatischen Denkens und Handelns entwickelt und schließlich *im dritten Teil* (C) die von einer genesenden Psychosomatik ableitbaren Leitlinien für die Behandlung psychosomatisch erkrankter Menschen entworfen werden.