

Wo beginnt Heilung?

Renata Jenny & Yvonne Traber (Hrsg.)

Wo beginnt Heilung?

Kritische Ansätze in der Therapie somatoformer Störungen

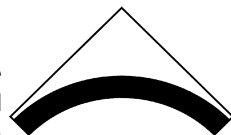
Bericht von der interdisziplinären Tagung zur
Psychosomatik vom 10. November 2007 in Olten

Organisation:

Schweizer Charta für Psychotherapie
in Zusammenarbeit mit der Schweizerischen Akademie für
Psychosomatische und Psychosoziale Medizin SAPPAM



Schweizerische Akademie
für Psychosomatische und
Psychosoziale Medizin SAPPAM



Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Über die Herausgeberinnen:

Renata Jenny: dipl. analyt. Psychologin, C.G. Jung-Institut, Psychotherapeutin SPV für Erwachsene, Kinder und Jugendliche, Mitarbeitende der Fortbildungskommission der Schweizer Charta für Psychotherapie, arbeitet in Bern und Zürich.

Yvonne Traber: Dr. phil. Psychologin und Psychotherapeutin FSP, Forschungsmitarbeiterin und Lehrbeauftragte der Universität Zürich, Sozial- und Gesundheitspsychologie. Mitarbeitende der Fortbildungskommission der Schweizer Charta für Psychotherapie. Eigene Praxis in Zürich.

Gedruckt auf holz- und säurefreiem Papier, 100 % chlorfrei gebleicht.

Umschlagbild: Mario Schlegel, Zürich

© Weißensee Verlag, Berlin 2008
www.weissensee-verlag.de
e-mail: mail@weissensee-verlag.de

Alle Rechte vorbehalten

Printed in Germany

ISBN 978-3-89998-130-8

Inhalt

Renata Jenny

Vorwort 7

Referate:

Pierre Loeb

Psychosomatik – Integration oder Polarisierung..... 11

Johann Caspar Rüegg

Hirnphysiologische Aspekte psychosomatischer Schmerzen 19

Gerd Rudolf

Psychosomatik – konzeptuelle und psychotherapeutische Aspekte..... 33

Workshops:

Markus Fischer

Kommunikation, Mobilisation, Dissoziation:
Psychotherapeutisches Arbeiten mit dem Autonomen Nervensystem
und seinen drei grundlegenden Modi zur Stressregulation..... 49

Christiane Geiser

Die Qualität des Fragens. Über Empathie im Umgang mit chronischem Leiden 91

Thomas Lempert

Schmerz, Kunst und Sinn – Eine persönliche Sprache finden mittels
künstlerischer Erfahrung.....123

Ruth Herzog-Diem

Selbsthilfegruppen sind eigenständige Akteure im Gesundheitswesen
und brauchen die Unterstützung der Fachleute.....133

Guido Mattanza

Somatoforme Störungen im Spannungsfeld zwischen der Therapeutesicht
und der Position der Versicherungen151

Klaus Raupp

Case Management – ein gemeindenahes Modell mit Zukunft? 153

Yvonne Traber

Podiumsdiskussion.....155

Yvonne Traber

Schlussbetrachtungen und zusammenfassende Überlegungen zur Tagung..... 159

Kurzbiografien163

Vorwort

Die Psychosomatik hat in den letzten Jahrzehnten ausserordentliche Fortschritte in der Erforschung des bio-psycho-sozialen Zusammenwirkens sowie der neurobiologischen Manifestationen somatoformer Störungen erzielt.

Dennoch kennen sowohl Betroffene wie Behandelnde nach wie vor Somatisierungsstörungen mit chronischem Verlauf – eine Grenzerfahrung in mehrfacher Hinsicht. Psychosomatische Erkrankungen treten im Sinne eines analogen Geschehens sowohl im Innen als auch im Aussen auf, so manifestiert sich Seelisches im Körper und auf der Ebene des Körpers scheint sich etwas auszudrücken, das auf der Ebene der Psyche bedeutsam ist, doch unbeachtet blieb. Oft ist es sowohl für Patientinnen wie Behandelnde schwierig, das Verbindende, zugrunde liegende Gemeinsame hinter den psychischen und somatischen Phänomenen zu erkennen und zu entschlüsseln. Gerade da ist es wichtig, dass eine gleichgewichtete, interdisziplinäre Verknüpfung psychotherapeutischer, medizinischer und soziokultureller Behandlungsmethoden ermöglicht wird. Eine Veränderung im Selbstbild und im Selbstverständnis der verschiedenen helfenden Berufsgruppen steht an. Der Heilungs- und Machbarkeitsdruck führt Angehörige der Gesundheitsberufe aller Richtungen mitunter in monokausale Erklärungssackgassen.

Eine der leidenden Person zugewandte offene Haltung gibt Raum für die Arbeit auf verschiedenen Ebenen, der körperlichen, der psychischen und der sozialen. Diese Sichtweise sowie eine integrierende Kommunikation unter allen an der Therapie Beteiligten vermeidet Einseitigkeit in der Behandlung somatoformer Störungen. Die im November 2007 stattgefundene interdisziplinäre Tagung war ein Schritt auf diesem Weg und eine gemeinsame Bewegung hin zu diesem Ziel.

Die Schweizer Charta für Psychotherapie hat die Tagung organisiert. Unterstützt wurde sie dabei von der Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin APPM. Es zeigte sich deutlich, dass innerhalb der beiden Disziplinen Psychotherapie und Medizin unterschiedliche Kulturen bestehen. Während einerseits für die medizinische Seite die therapeutische Haltung des Zuhörens, des nicht zum voraus Wissens und des Bewusstseins der Grenzen des Machbaren, nicht eine selbstverständliche Voraussetzung dafür ist, um mit den Patienten weiterzukommen, ist andererseits diese Haltung für die Psychotherapie die Grundlage der Methode. Entsprechend eindringlich haben die Medizinerinnen diese Haltung

vertreten und konnten in dieser Hinsicht von den Psychotherapeuten profitieren. Diese ihrerseits profitierten von neuen Erkenntnissen aus der Medizin, insbesondere der hirnhysiologischen Aspekte somatoformer Schmerzen.

Im Einführungsreferat der Fortbildungstagung sprach der Präsident der APPM Dr. Pierre Loeb über die faszinierenden neurobiologischen Entdeckungen, die zu einem neuen Verständnis für Schmerzpatienten verhelfen. Das neue Wissen über das Schmerzgedächtnis und die Hirnplastizität, nämlich dass Schmerz- und Stressverarbeitung im Gehirn und zwar in den identischen Strukturen erfolgen, hat unser Verständnis für somatoforme Schmerzstörungen revolutioniert. Körperliche Schädigungen aktivieren dieses Stress-System ebenso wie psychosoziale Belastungen. Frühe psychische wie biologische Stresserfahrungen haben eine eingeschränkte Funktion des Stressverarbeitungssystems zur Folge und können zu lebenslanger dysfunktionaler Stressverarbeitung führen.

Prof. Johann Caspar Rüeggs Vortrag lieferte erweiterte, vertiefte Ergebnisse der Forschung über psychosomatische Schmerzerfahrung, welche in der psychotherapeutischen Praxis eingesetzt werden und neue Behandlungsmöglichkeiten von psychosomatischen Erkrankungen eröffnen können. Diese werden in erster Linie in der Psychoedukation gesehen, wo den Patientinnen unter anderem neurobiologische Erklärungen gegeben werden. Dieses Unterfangen kann jedoch fast nur bei deutschsprachigen Patientinnen greifen.

Auf die Problematik in der Arbeit mit Migrantinnen wies das bilderreiche Referat von Frau Dr. med. Angelika Schwendke auf eindrückliche Weise hin. Sie beschrieb ihr Konzept der Inklusion, das sie in ihrer gynäkologischen Gemeinschaftspraxis anwendet. Diese befindet sich in einem Basler Quartier mit einem hohen Anteil an Ausländerinnen, von denen viele mit grossen psychosozialen Belastungen konfrontiert sind, insbesondere mit sozialem Ausschluss und den daraus folgenden sozialen Schmerzen. Sozialer und körperlicher Schmerz nutzen gemeinsame Teile des Verarbeitungssystems sowohl im Gehirn (ACC) als auch auf humoraler Ebene. Körperlicher und sozialer Schmerz verstärken sich gegenseitig. Leider war es Frau Schwendke nicht möglich, ihren Vortrag in diesem Buch zu publizieren, da dieser ausschliesslich auf Grafiken und Bildern aufgebaut war.

Prof. Gerd Rudolf vereinigt in sich den Forscher und psychotherapeutischen Praktiker. Sein Referat vermittelte eine fundierte, umfassende und gut strukturierte Übersicht über das Gebiet der Psychosomatik, wo er auch als Forscher tätig ist. Er integriert dabei Erkenntnisse aus den verschiedenen Gebieten der Medizin und

Psychologie, von der Neurobiologie bis zur Tiefenpsychologie und deren Umsetzung in die Psychotherapie.

Am Nachmittag der Fortbildungstagung fanden mehrere Workshops statt, welche hier in zum Teil stark erweiterten Artikeln ihren Ausdruck finden. Dr. med. Markus Fischer stiess mit seinem Thema auf grosses Interesse. Ziel des Workshops war es, den Teilnehmenden ein neues Modell des autonomen Nervensystems (ANS) und daraus sich ergebende psychotherapeutische Konsequenzen vorzustellen. Die an dieser Stelle ebenfalls publizierten Resultate aus den Workshops mit Christiane Geiser und Thomas Lempert ermöglichen eine weitere Auseinandersetzung mit den Effekten von psychotherapeutischen Methoden bei Patienten mit schweren psychosomatischen Beschwerden.

Einen weiteren äusserst spannenden Artikel lieferte Frau Ruth Herzog-Diem, welche ihre Arbeit leider nicht während der Tagung vorstellen konnte. Hier nun findet ihr Artikel über das wichtige Thema der Selbsthilfegruppen eine adäquate Plattform. Die Verbreitung und Wirksamkeit von Selbsthilfegruppen und -organisationen in der Schweiz werden dargelegt und ihre Positionierung im Gesundheitswesen beschrieben. Ausgehend von der unterschiedlichen Definitionsmacht der selbstorganisierten Betroffenen und der professionellen Versorgung werden letztlich Ansätze einer für alle zuträglichen Zusammenarbeit gezeichnet.

Last but not least liegen die Zusammenfassungen der Workshops von Dr. med. Guido Mattanza und Klaus Raupp über gesellschaftspolitische und versicherungstechnische Belange in Bezug auf Patientinnen mit psychosomatischen Beschwerden aller Art vor. Denn obwohl der Paradigmenwechsel von der dualistischen (polaren) zur multifaktoriellen bio-psycho-sozialen Sichtweise hinreichend bekannt ist, sieht die versicherungsrechtliche Realität anders aus: ‚Psycho‘-Diagnosen werden abgelehnt, die Behandlungen gelten als zu teuer und unter Ärzten, aber auch unter Psychotherapeuten sind diese schwierigen Patientinnen und Patienten unbeliebt.

Mit einer lebhaften Podiumsdiskussion, deren Resultate in der Zusammenfassung vorliegen, geleitet von der Moderatorin Cornelia Kazis, fand die Tagung ein erfolgreiches Ende.

Pierre Loeb

Psychosomatik – Integration oder Polarisierung

Einführungsreferat zur Tagung „Wo beginnt Heilung? – Kritische Ansätze in der Therapie somatoformer Störungen“

Somatoforme Störung ist kein gängiger Begriff, er wird im Volksmund praktisch nicht benutzt.

Ganz anders ‚*psychosomatisch*‘. Auch wenn die Wenigsten eine klare Vorstellung davon haben, so wird dennoch die Diagnose ‚*das ist psychosomatisch*‘ bereits von Laien gestellt – das beginnt in der Schule, in der Familie, bei der Arbeit – und natürlich in der Medizin, wenn keine, den Sachverhalt erklärende organische Ursache gefunden wird. Und ähnlich wie die Depression oder andere psychische Krankheiten sind auch psychosomatische Leiden sozial nicht hoch angesehen.

Ihnen kommt als Frühsignal zwar eine gewisse anerkannte Bedeutung zu: für eine sich anbahnende Überforderung – ‚du hast dich überlüpft‘, ‚es schlägt dir auf den Magen‘, ‚du bist ausgebrannt‘, ‚deine Nerven sind angespannt‘ etc. Oder als Erklärungsmodell mit Wissen aus dem Volksmund: wenn einem ‚die Galle überläuft‘, ‚das Herz bricht‘ – Sie alle kennen diese Beispiele.

Hier steht Psychosomatik für eine ‚ganzheitliche‘ Betrachtungsweise.

Nicht nur in den Medien und Talkshows – auch in die Lehre der Medizinstudenten ist es mittlerweile eingeflossen und gehört zum Basiswissen:

Der Paradigmenwechsel von der dualistischen (polaren) Betrachtungsweise des Körpers als hochkomplexe Maschine mit der Krankheit als Betriebschaden, der repariert werden muss, ist einer multifaktoriellen bio-psycho-sozialen Sichtweise gewichen¹.

Dieses integrierende Verständnis für *bio-psycho-soziale Zusammenhänge* (nach G.L. Engel²) ist heute eigentlich Allgemeingut und wird alltäglich von unseren Klienten erfahren, wegen

¹ Thure von Uexküll, (3. Auflage 1998; Urban & Schwarzenberg) und im Standardlehrbuch der Psychosomatik (6. Auflage 2003; Urban und Fischer)

² Engel GL: The clinical application of the biopsychosocial model. Am J Psychiatry 1980; 137:535-544; Brown T: George Engel and Rochester's biopsychosocial tradition: historical and developmental perspectives (2000), in The Biopsychosocial Approach: Past, Present, Future. Edited by Frankel RM, Quill TE, McDaniel SH. Rochester, NY, University of Rochester Press, 2003, pp 199-218

- Rationalisierungen und Sparmassnahmen
- immer härterem Berufsalltag in einem immer aggressiveren Arbeitsmarkt
- permanentem Druck – bis zum Mobbing
- allgegenwärtigem, nicht mehr nachlassendem Stress und überfordernden Doppelbelastungen (nicht nur für Frauen!)
- Vereinsamung, Ausgrenzung und Isolation
- Migration, Gewalt-, Terror-, Kriegs- und Foltererfahrungen
- Umweltkatastrophen

... Dies alles kann zu psychischen Belastungen, Burnout, sexuellem Versagen, süchtigem Sexkonsum im Internet, Alkohol- und Drogenabusus und Zerrüttung der Familienstrukturen mit Scheidungen, häuslicher Gewalt, Gewalt in den Schulen aber auch zu psycho- und rein somatischen Krankheiten führen.

Auch diese – schon fast trivialen – psychosomatischen Zusammenhänge sind doch allgemein bekannt – sollte man meinen.

Neu hinzu gekommen sind in den letzten Jahren die faszinierenden neurobiologischen Entdeckungen, die uns zu einem ganz neuen Verständnis für Schmerzpatienten verhelfen. Das neue Wissen über Schmerzgedächtnis und Hirnplastizität, dass Schmerz- und Stressverarbeitung im Hirn in den identischen Strukturen erfolgen, hat unser Verständnis revolutioniert.³ Körperliche Schädigungen aktivieren dieses Stress-System ebenso wie psychosoziale Belastungen. Frühe psychische wie biologische Stresserfahrungen (Bindungsstörung, „childhood adversities“⁴) haben eine eingeschränkte Funktion des Stressverarbeitungssystems zur Folge und können zu lebenslanger dysfunktionaler Stressverarbeitung führen. Aber auch ausgegrenzt werden („*Social exclusion*“) führt zu sozialem und körperlichem Schmerz⁵: Häufig geschlagene oder misshandelte Kinder haben psychobiologische *und* ‚Verhaltens‘-Narben, die zu emotionalen und kognitiven Beeinträchtigungen führen mit

- signifikant häufiger unreifen Konfliktbewältigungsstrategien und
- reduziertem Selbstwerterleben

³ Hofer 1996, Meaney et al. 1997, 2001, Francis et al. 1999

⁴ Felitti et al. Adverse Childhood Experiences (ACE), Trauma & Gewalt 2/2007 S.18-29

⁵ Naomi I. Eisenberger, Matthew D. Leiberger, Kipling D. Williams in Science 302: 290-2, 2003

- eingeschränkter sozialer Kompetenz
- gesundheitlichem (und oft sexuellem) Risikoverhalten
- entsprechender Gefahr der Retraumatisierung
- Alkohol, Drogen und anderen Selbstverletzungen

... und daraus wiederum resultieren ...

- depressive und Angst-Störungen
- somatoforme und dissoziative Störungen
- Posttraumatische Belastungs- und schwere Persönlichkeitsstörungen
- bis hin zur Delinquenz

... aber wir finden ebenso eine erhöhte Inzidenz an

- Diabetes (Typ-2)
- Schlaganfällen und koronarer Herzkrankheit u.a.m.
- Hepatitis oder chronisch obstruktiver Lungenerkrankung usw.

Übrigens: kompensatorische Schutzfaktoren (dies interessiert uns im Sinne der *Resilienz*: also wo hinreichende Schutzfaktoren trotz erhöhter Belastbarkeit und früher Stresserfahrungen *nicht* zur Erkrankung führen), finden wir bei

- einer einfühlsamen und verlässlichen Hauptbezugsperson (allein erziehende Mütter z.B. müssten entlastet werden.)
- dauerhafter und guter Beziehung zu mindestens einer ‚mothering-Person‘
- in der Grossfamilie
- bei sozialer Förderung (z.B. Jugendbund, Schule, Sportverein, Kirche)
- bei überdurchschnittlicher Intelligenz oder
- bei robustem und kontaktfreudigem Temperament
- lebenszeitlich späterer Familiengründung
- verlässlich unterstützender Bezugsperson im Erwachsenenalter
- Geschlecht: Mädchen sind weniger vulnerabel als Knaben

Solche Zusammenhänge haben Psychoanalyse und Psychosomatik schon längst postuliert. Jetzt kann mittels bildgebender Verfahren und neuer gross angelegter Studien wissenschaftlich nachgewiesen werden, dass frühe Traumatisierungen, Ausgeschlossenensein zu Somatisierungsstörungen, zu psychischen und somatischen Krankheiten führen können, die zum Teil erst nach Jahrzehnten manifest werden.

„Wo beginnt Heilung?“ – unser Tagungsthema – die müsste demnach ganz klar in der Prävention ansetzen. In unserem Praxis-Alltag als psychosomatischer Arzt stellt sich die Problematik aber anders dar: zu uns kommen die Patienten oder Klienten mit ihren aktuellen psychosomatischen Beschwerden, sie präsentieren uns irgendwelche Symptome: unklare Schmerzen von Kopfweh über Magen-Darm-Beschwerden, Rückenschmerzen, Weichteilrheumatismus, Müdigkeit, Angststörungen – alles an sich unverdächtige Krankheiten, die schwer zu differenzieren sind und nie einfach ausgeschlossen werden können. Erst bei Beachtung des ganzen Umfelds, des atypischen Verlaufs, der mitgelieferten Geschichten (dem Narrativ) nimmt der psychosomatische Charakter Gestalt an. Und da greifen einfache Lösungen und Therapieangebote meist nicht; die Verletzungen liegen zulange zurück und suchen sich geradezu einen Ausdruck.

Neue Möglichkeiten in der Behandlung sehen wir in der Psychoedukation: wir erklären unseren Patienten unsere neuen neurobiologischen Konzepte und Erkenntnisse. Dass Schmerz eine Verarbeitungsstörung im Gehirn ist und nicht in der Peripherie, wo der Patient seine Symptome lokalisiert. Mit Entspannungs- und anderen Verfahren versuchen wir den Patienten zu zentrieren – gleichzeitig bemühen wir ihn zu stützen, zu ‚empowern‘ und zu aktivieren, statt ihn zu schonen und zu immobilisieren, wie wir dies früher viel zu lange getan haben. Doch wie erkläre ich das meinem Patienten, der schon morgen wieder fit an der Arbeit stehen muss, weil sonst das Geld für die Familie fehlt. Oder dem, der zum Teil kaum unsere Sprache spricht, der seine Schmerzen hat und vielleicht sogar benötigt, an ihnen festhält und für den diese körperlichen Erscheinungen womöglich kulturell bedingte Inhalte haben, von denen wir keine Ahnung haben?

Wie so oft wird die Medizin zum Auffangbecken multifaktorieller politischer, gesellschaftlicher, wirtschaftlicher Verfehlungen, indem die Folgen dieser Verletzungen sich im Körper des Individuums (psychisch und/oder somatisch) eingravieren. Er sucht bei uns Hilfe. Manchmal benötigt er ein Zeugnis (einen Zeugen für sein schweres Los), aber meistens wünscht er eine Reparatur, Befreiung von seinen

Schmerzen oder anderweitiger Symptome, wo aber erst ein langer Prozess ein gewisses Coping, eine Passung, ein anderes Umgehen und selten ein definitives Verschwinden der gesamten Symptomatik bringen kann.

Was hier von uns gefordert wird, ist

- ihn abzuholen und ihn zu begleiten und zu verstehen bereit zu sein
- den Patienten in seiner Eigenheit und Einzigartigkeit zu erkennen
- ihm mit Respekt zu begegnen; Interesse und Neugier zeigen
- es wagen, zu ihm in Beziehung zu treten
- sein Anliegen für Veränderungswunsch in Erfahrung zu bringen
- dabei sein Leiden und sein Potenzial respektieren
- caring statt curing, vor allem wenn Heilung ad integrum nicht mehr möglich ist

Dabei setzen wir unsere Kompetenzen ein – je nach unserer Ausbildung und Erfahrung

- pathophysiologisches, internistisches und psychosoziales Wissen
- nutzen unsere (Lebens-)Erfahrungen, unseren Humor
- unsere Eingebungen – was Enid Balint⁶ so treffend ‚Flashes‘ nannte
- stellen uns als Gegenüber zur Verfügung und wirken als Resonanzkörper
- und behalten immer einen kritischen Zweifel und überprüfen unsere Haltung in unserer (Arzt-Patient-)Beziehung in Inter- und Supervisionen

Und obwohl man denken sollte, dass dies alles hinreichend bekannt ist, ... hat es doch einen Haken:

- Niemand darf ‚es‘ haben, denn wehe dem, der ‚psycho‘ wird ...
- Niemand will es bezahlen, diese Scheininvaliden und Systemausnützer ...

⁶ Enid Balint: Die Flash-Technik in Fünf Minuten pro Patient, Enid Balint und J.S. Norell, Suhrkamp-Verlag 1975

- und niemand hat Zeit sie zu behandeln ... denn diese Patienten sind schwierig, teuer und sehr oft undankbar – weil unberechenbar – zum Begleiten.

So sieht es fast aus, als würde Psychosomatik – die eigentlich die Dualität, die Dichotomie von Psyche und Soma überwinden möchte, polarisieren in krank und gesund, in die Patienten, die's schaffen und die, die bedürftig, begehrtlich bleiben und die Allgemeinheit belasten.

Entsprechendes scheint auch auf der Therapeutenseite zu gelten: in die, die Krankheiten managen und heilen und jene, die die schwierigen chronischen Fälle begleiten.

Es geht also um angemessene Therapie. Santésuisse (der Schweizerische Krankenkassenverband) hat dazu eine ganz eigene Vorstellung: sie betrachtet eine Psychotherapie wie eine Operation. Es gibt Vorabklärungen, dann die Psychotherapie und die muss nach einer umschriebenen Zeit beendet sein. Doch gerade unsere psychosomatische Klientel hält sich nicht an diese Vorgaben. Ähnlich wie bei anderen somatischen chronischen Krankheiten, muss man viele dieser Patienten regelmässig sehen und über eine lange Strecke führen und begleiten.

Als psychosomatisch arbeitender Hausarzt erhalte ich jährlich eine Rückforderungsandrohung von der Santésuisse, weil meine Drei-Monats-Rechnungen pro Patient im Vergleich zu meinen konventionell arbeitenden Hausarzt-Kollegen höher sind. Ich kann die Besonderheit meiner Praxis und meiner Klientel zwar immer erklären, aber die Androhung bleibt, denn meine Arbeit ist verdächtig, nicht ‚wzw‘ (wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich) zu sein.

Als Psychosomatiker werde ich kollegial manchmal als überheblich angefeindet, denn mit dem Patienten sprechen sei Aufgabe eines jeden Arztes. Und oft meine ich fast einen kleinen Triumph meines zuweisenden Kollegen zwischen den Zeilen zu lesen, wenn es auch mir nicht gelingt, den Patienten von einer weiteren Abklärungsuntersuchung oder Operation abzuhalten und im therapeutischen Prozess zu behalten, was dann zu teurem ‚*Doctor-Shopping*‘ führen kann.

Psychosomatik bewegt sich in diesem No-mans-land. Von allen ersehnt und gleichzeitig belächelt. Geblendet von den technisch brillanten mikrochirurgischen, orthopädischen sowie pharmakologischen Interventionsmöglichkeiten und Erfolgen der Medizin der letzten Jahrzehnte hat die Schulmedizin dieses Niemandsland zu lange vernachlässigt. Der Mensch als subtiles, diffiziles, komplexes Wesen

reagiert auch auf so vielen Ebenen, denen wir mit unserer ‚Biotechnologie‘ (noch?) nicht so effizient beikommen können. (Damit meine ich, dass unsere revolutionären Erkenntnisse noch nicht so therapeutisch umsetzbar sind, wie andere Technologien es geschafft haben – und es vielleicht auch nie in der Masse werden, weil psychisches Wachstum eben anders abläuft.)

Hier sind wir also gefordert, uns persönlich einzubringen, und in einem sehr komplexen Geschehen mitzuwirken. Wir sollen nicht nur selbst berühren (behandeln) sondern wir werden selbst berührt, betroffen – getroffen – in unserer eigenen Begrenztheit und Verletzlichkeit.

Es sind nicht die Patienten mit somatoformen Störungen, die immer mehr somatische Interventionen haben wollen; Untersuchungen ergaben einen anderen Zusammenhang: die Intensität somatischer Abklärungen ist um so grösser, je mehr sich Patienten über ihre Beschwerden beklagen und je weniger der Arzt das Gespräch über psychosoziale Probleme ermöglicht⁷. Wir sind also als Ärzte mit unserer sozialpsychologischen Sichtweise gefragt.

Literatur

- Balint, E. (1975). Die Flash-Technik. In: E. Balint, J.S. Norell (Hrsg). *Fünf Minuten pro Patient: eine Studie über die Interaktionen in der ärztlichen Allgemeinpraxis*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 58-66.
- Brown, T. (2003). George Engel and Rochester's biopsychosocial tradition: historical and developmental perspectives. In: R.M. Frankel, T.E. Quill & S.H. McDaniel (Edts.). *The Biopsychosocial Approach: Past, Present, Future*. Rochester NY: University of Rochester Press, 199-218.
- Eisenberger, N., Lieberman, M.D. & Kipling, D.W. (2003). Does Rejection Hurt? An fMRI Study of Social Exclusion. *Science* 10, 290-292.
- Engel G.L., (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry*, 137, 535-544.
- Felitti, V.J., Fink, P.J., Fishkin, R.E., Anda, R.F. (2007). Ergebnisse der Adverse Childhood Experiences (ACE) – Studie zu Kindheitstrauma und Gewalt. Epidemiologische Validierung psychoanalytischer Konzepte. *Trauma & Gewalt*, 2/2007. 18-32.
- Francis, D.D., Champagne, F.A., Liu, D., Meaney, M.J. (1999). Maternal care, gene expression, and the development of individual differences in stress reactivity. *Ann N Y Acad Sci* 896, 66-84.
- Hofer, M.A. (1996). On the nature and consequences of early loss. *Psychosom Med* 58, 570-581.

⁷ Salmon, P., Humphris, G.M., Ring, A., Davies, J.C., & Dowrick, C.F. (2007). Primary care consultations out medically unexplained symptoms: patient presentations and doctor responses that influence the probability of somatic intervention. *Psychosom Med*, 69(6), 571-577

- Meaney, M.J. (2001). Nature, nurture, and the disunity of knowledge. *Ann N Y Acad Sci* 935, 50-61.
- Salmon, P., Humphris, G.M., Ring, A., Davies, J.C., & Dowrick, C.F. (2007). Primary care consultations about medically unexplained symptoms: patient presentations and doctor responses that influence the probability of somatic intervention. *Psychosom Med*, 69(6), 571-577.
- von Uexküll, T., Adler, R.H., Herrmann, J.M., Köhle, K., Langewitz, W., Schonecke, O., Wesiack, W. (Hrsg.) (2003). *Psychosomatische Medizin*. 6. Aufl., München: Urban & Fischer.
- von Uexküll, T. (1998). *Theorie der Humanmedizin: Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns*. 3., völlig überarbeitete Auflage. München: Urban & Schwarzenberg.