

# Erinnern – Durcharbeiten – Zusammenführen

## Zum Verhältnis von Psychosomatik und Psychiatrie

Remembering – Working Through – Bringing Together

The Relationship Between Psychosomatic Medicine and Psychiatry

**Autor**

**Karl H. Beine**

**Institut**

St. Marien-Hospital Hamm, Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik  
Klinik der Universität Witten/Herdecke



Prof. Dr. Karl H. Beine

Vordergründig besteht der Konflikt darin, wo denn bestimmte psychisch kranke Menschen besser aufgehoben sind: Bei einem „Arzt für Psychosomatik und Psychotherapie“ oder bei einem „Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie“, in einer psychiatrischen oder in einer psychosomatischen Klinik. Vordergründig geht es um den Streit, ob es spezifische psychosomatische Diagnosen gibt, die sich von psychiatrischen Diagnosen unterscheiden und ob denn neue und zusätzliche Kliniken für Psychosomatik entstehen sollen [1].

1992 beschloss der deutsche Ärztetag, dass es in Zukunft einen Arzt für „Psychiatrie und Psychotherapie“ und einen für „Psychosomatik und Psychotherapie“ geben solle. Diese Entscheidung war sowohl Ausdruck als auch Verstärker eines Konfliktes, der lange schwelt und längst nicht beigelegt ist [2].

Ein wirklicher Dissens über das rechte Krankheitsverständnis ist nicht zu erkennen: Jede „Fraktion“ würde bestätigen, dass es um den ganzen Menschen, um die komplexen körperlich-seelischen Wechselwirkungen, um ein „biopsychosoziales“ Krankheitsverständnis geht. Und auch die therapeutischen Prinzipien dürften zwischen Psychosomatik und Psychiatrie wenig strittig sein: Bei psychischer Erkrankung wird eine individuell angepasste Kombination aus somato-, sozio- und psychotherapeutischen Verfahren für erforderlich gehalten.

Wenn die tatsächlichen Differenzen aber gar nicht so gravierend sind, wie ist dann der Dissens zu erklären? Da hilft vielleicht der Blick zurück ein Stückchen weiter.

### Erinnern – Durcharbeiten ...



Die Psychosomatik hat sich in Deutschland bis in die jüngere Vergangenheit hinein in der Abgrenzung zur Psychiatrie entwickelt, auch wenn Psychiater und Nervenärzte wie Carl Gustav Jung oder Viktor von Weizsäcker maßgeblich an ihrer Entstehung beteiligt waren. Psychosomatisch orientierte Psychiater oder Nervenärzte mussten tagsüber in den psychiatrischen Anstalten und Universitätskliniken ohne Psychotherapie auskommen. Sie widmeten sich ihr außerhalb der offiziellen psychiatrischen Tätigkeit. Eine biologisch reduzierte Psychiatrie hatte über Jahrzehnte eine Abneigung gegenüber der Psychotherapie entwickelt, duldet kritisch-psychoanalytische Köpfe nicht in ihren Reihen. Erst recht nicht, als zwischen 1933 und 1945 die deutsche Psychiatrie zur Stütze eines Unrechtsstaates wurde und Zwangssterilisationen und Mordaktionen gegen psychisch kranke Menschen rechtfertigte, organisierte und durchführte [3]. Nazideutschland steckte Pioniere der Psychosomatik wie Viktor E. Frankl ins Konzentrationslager oder zwang sie, wie Sigmund Freud oder Otto Fenichel, zur Emigration. Wieder andere, wie John Rittmeister, wurden direkt getötet [4,5]. Die restlichen psychotherapeutisch orientierten Ärzte arrangierten sich mit dem Regime und gründeten 1936 in Berlin das Deutsche Institut für psychologische Forschung und Psychotherapie (Reichsinstitut). Hier widmete man sich der Aufgabe, eine „Neue Deutsche Seelenheilkunde“ zu entwickeln [6]. Auch nach dem offiziellen Ende von Nazideutschland beschränkten Psychiatrie und Psychosomatik verschiedene Wege, wenngleich es Gemeinsamkeiten und Grenzgänger gab. Bereits unmittelbar nach 1945 wurden erste stationäre Einrichtungen für Psychosomatik gegründet: 1946 in Lübeck, 1948 in Berlin und ab 1949 im Niedersächsischen Landeskrankenhaus Tiefenbrunn. Etwas später folgten die ersten Universi-

### Bibliografie

DOI 10.1055/s-2007-970830

Psychiat Prax 2007; 34:  
159–161

© Georg Thieme Verlag KG  
Stuttgart · New York ·  
ISSN 0303-4259

### Korrespondenzadresse

**Prof. Dr. Karl H. Beine**

St. Marien-Hospital Hamm,  
Abteilung für Psychiatrie,  
Psychotherapie und Psycho-  
somatik, Klinik der Universität  
Witten/Herdecke  
Knappenstraße 19  
59071 Hamm  
karl-h.beine@marienhospital-  
hamm.de

täten, Heidelberg, Freiburg und Gießen. Mit Beginn der 90er-Jahre waren es im wiedervereinigten Deutschland etwa 30 Universitätskliniken, die über psychosomatische Bettenstationen verfügten [7].

Eine profilierte Grenzgängerin war Annemarie Dührssen, Internistin, Nervenärztin und Professorin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie an der Freien Universität in Berlin [8]. 1965 legte sie eine Studie zur Leistungsfähigkeit psychoanalytischer Behandlung vor und schuf damit die Voraussetzung für die Aufnahme tiefenpsychologisch begründeter Psychotherapie in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherungen [9]. Gleichzeitig leitete sie über viele Jahre das Psychotherapie-Referat der „Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde“.

An diesen weitreichenden Veränderungen nahm die offizielle Psychiatrie zunächst wenig Anteil. Bis in die 70er-Jahre hinein hat es gedauert, bevor die Öffnung gegenüber der Psychosomatik begann. Wesentlich für diese Umorientierung war die Reform der ärztlichen Approbationsordnung von 1970, mit der die medizinische Psychologie und die medizinische Soziologie etabliert wurden ebenso wie ein Pflichtpraktikum in der Psychosomatik. Von ähnlich großer Bedeutung für diese Öffnung dürfte 1971 die Initiative der Bundesregierung gewesen sein, einen Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland, zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung erstellen zu lassen. Mit dieser „Psychiatrieenquete“ beschäftigte sich der Deutsche Bundestag 1975 [10]. Noch einmal vergingen fünf Jahre, bis die wissenschaftliche Fachgesellschaft der deutschen Psychiatrie, die damalige Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde (DGNP) 1980 einen ersten wissenschaftlichen Kongress zum Thema Psychotherapie in der Psychiatrie veranstaltete [11]. Damit bekam eine Entwicklung zusätzlichen Auftrieb, die auf Annäherung und Wandel setzte. Dass die Psychiatrie sich gegenüber Psychotherapie und Psychosomatik geöffnet hatte, wurde vollends sichtbar, als nach mehrjähriger Vorbereitungszeit 1991 die Personalverordnung Psychiatrie in Kraft trat. Das der Personalbemessung zugrunde gelegte therapeutische Konzept fasste den in den 80er-Jahren erreichten fachlichen Konsens zusammen. Es war bereits damals unstrittig, dass die Psychotherapie fester und bedeutender Bestandteil in der Patientenbehandlung ist [12].

Nicht zuletzt ein ausgeprägtes Konkurrenzverhalten der Standesvertreter, Alleinvertretungsansprüche und wechselseitiges Misstrauen verhinderten eine Annäherung. Im Gegenteil, die Kontroversen haben an Schärfe zugenommen. Es bleibt einstweilen umstritten, ob es objektive Merkmale des Patienten und seiner Erkrankung geben kann, aus denen sich jeweils die Zuordnung zur Psychosomatik oder aber zur Psychiatrie ableiten ließe. Unstrittig dürfte aber sein, dass dieses Dilemma bereits in den Kinderschuhen von Psychiatrie und Psychosomatik sichtbar wurde. Seit Beginn war die Psychiatrie einer (natur)wissenschaftlich orientierten Medizin verpflichtet. Sie bemühte sich, die Phänomenologie psychischer Erkrankungen präzise, vollständig und systematisch zu beschreiben, sie zu Krankheitsentitäten zusammenzufassen und eine organische Ursache zu finden.

Die Psychosomatik ist in ihrer theoretischen Fundierung und in der Praxis im Wesentlichen bestimmt durch die Psychotherapie, insbesondere die Psychoanalyse. Überwiegend wurde die komplexe Dynamik zwischen chronischen intrapsychischen Konflikten und der jeweiligen Persönlichkeit als verursachend für psy-

chosomatische Erkrankungen angesehen. In der Therapie ging es um das Erkennen und Bearbeiten dieser emotionalen Konflikte mit psychotherapeutischen Mitteln. In der Forschung hatte dies zur Folge, dass sich das Interesse darauf richtete, regelhafte Beziehungen zwischen einzelnen körperlichen Erkrankungen und spezifischen emotionalen Belastungen, die „krankheitstypischen Konflikte“ zu erkennen. Die der Beobachtung, Beschreibung und objektivierbaren Erfassung zugänglichen Krankheitszeichen, die Symptome, waren bis in die jüngere Vergangenheit hinein nicht im Fokus des Interesses [13].

Diese unterschiedlichen Perspektiven von Psychiatrie und Psychosomatik manifestieren sich auch in der Versorgungsrealität. In der Psychiatrie, besonders in den Kliniken, muss unausweichlich entschieden und gehandelt werden. In manchen Situationen auch gegen den aktuellen Willen eines kranken Menschen.

In der Psychosomatik hingegen, da kann man – jenseits hoheitlicher Aufgaben – auf die Freiwilligkeit, die Motivation und auf die Introspektionsfähigkeit setzen. Allerdings muss bei einer akuten (auto-)aggressiven Krise die therapeutische Beziehung zumindest unterbrochen werden. Denn die Therapie in dieser akuten und gefährlichen Krankheitsphase erfolgt fast immer in einer Klinik der Regel- und Pflichtversorgung.

Alleinstellungsmerkmale der beiden Fächer anhand von Diagnosen dürfte schwer fallen: Das gesamte diagnostische Spektrum der in der Psychosomatik behandelten Erkrankungen findet sich ebenfalls in der Psychiatrie, wenngleich die Häufigkeitsverteilung Unterschiede aufweist. Umgekehrt gilt das nur mit Einschränkungen. So fällt auf, dass z.B. Suchterkrankungen oder Schizophrenien von der Psychosomatik selten oder gar nicht behandelt werden, obwohl auch bei diesen Störungsgruppen der Zusammenhang zwischen somatischen, psychischen und sozialen Facetten der Erkrankungen gut belegt ist. Die eindeutige Zuordnung anhand von Diagnosen zur Psychosomatik oder zur Psychiatrie ist nicht möglich. Es gibt keine objektiven Patientenmerkmale, mit denen sich die Zuordnung zum einen oder zum anderen Fach nachvollziehbar begründen lässt. Die Unterschiede bei den Patienten liegen in ihrem sozialen Funktionsniveau, in ihrer Introspektionsfähigkeit. Das sagt wenig über die Schwere von Erkrankungen oder Patientenbedürfnisse, aber viel über methodendominierte Angebote und die eingeschränkten Fähigkeiten zum Dialog bei den Fachvertretern.

## Zusammenführen ...



Wo ist denn nun der Patient mit einer psychischen Erkrankung besser aufgehoben in der Psychosomatik oder in der Psychiatrie?

Weder hier noch da! Besser aufgehoben ist ein Patient mit einer psychischen Erkrankung dort, wo zusammengeführt ist, was hilfreich ist: Die Diagnostik und Therapie von körperlich kranken und psychisch kranken Menschen an einem Ort mit allen Möglichkeiten für eine angemessene Diagnostik und den Einsatz von individuell dosierter somato-, sozio- und psychotherapeutischer Behandlung. Hilfreich ist, wenn über den Ausbau der Regel- und Pflichtversorgung für psychisch kranke Menschen an den Allgemeinkrankenhäusern und einen verstärkten Konsiliar- und Liaisondienst die psychosomatische Kompetenz in der klinischen Medizin gestärkt wird. Hilfreich ist, wenn das Wissen um die zentrale Bedeutung der therapeutischen Beziehung in der Behandlung zur Folge hat, dass die Kontinuität nicht unterbrochen oder gar abgebrochen wird, es sei denn, der Patient

wünscht es. Dies setzt voraus, dass ein psychisch kranker Mensch auch seine für ihn selbst oder andere gefährliche krankhafte Zuspitzung unter Beibehaltung seiner therapeutischen Beziehungen überwinden kann. Eine solche für psychisch kranke Menschen hilfreiche Form der Therapie wird nur entstehen können, wenn die Therapeuten, also wir uns ändern.

Erinnern wir uns, dass die Psychosomatik sich lange Zeit in einer spannungsreichen Beziehung zur Psychiatrie entwickelt hat. Es stellt offensichtlich für Therapeuten eine ungewohnte Anforderung dar, im gleichen Tätigkeitsfeld, dem gleichen Patienten heute empathisch, reflexiv in der Psychotherapie zu begegnen und ihm – vielleicht morgen – handelnd, entscheidend und grenzsetzend gegenüberzutreten – und dennoch die therapeutische Beziehung nicht zu beenden. Der Streit zwischen Psychosomatik und Psychiatrie hat vermutlich auch mit diesen sehr unterschiedlichen Anforderungen an die therapeutische Kompetenz des einzelnen Therapeuten zu tun. Aber diese schwer integrierbaren Anforderungen werden vom gleichen psychisch kranken Menschen an uns gestellt. Für die häufig beschriebene intrapsychische Abspaltung suizidaler oder aggressiver Anteile beim einzelnen psychisch kranken Menschen ist es sicher nicht hilfreich, wenn krisenhafte Zuspitzungen mit anderen Therapeuten an anderen Orten bearbeitet werden. Solange es uns Therapeuten nicht gelingt, in ein und derselben therapeutischen Beziehung sowohl empathisch und reflexiv zu sein, und zu anderen Zeiten begrenzend und handelnd, solange werden wir vermutlich das Versorgungssystem haben, das einen suizidalen Menschen aus einer psychosomatischen Klinik in eine Klinik mit Pflichtversorgung verlegt und das eventuell sogar mit Zwang. Wir bedienen damit den Spaltungsreflex unserer Patienten. Wie soll ein Mensch, der seine für ihn unerträglichen Anteile abspaltet, lernen, diese Anteile zu integrieren, wenn Therapeuten auf diese Krisen mit Beziehungsabbruch und erzwungenem Umgebungswechsel reagieren? Die destruktive intrapsychische Spaltung wird verfestigt durch eine fragmentierte und gestufte Versorgungsrealität. Gelingt es aber, Abspaltungen unter Wahrung

der Behandlungskontinuität zu bearbeiten, steigt die Chance auf Linderung und Besserung.

Es hilft also nichts, wir müssen zusammenführen, was hilfreich ist und Spaltungen überwinden: Intrapsychisch und in der Versorgungsrealität.

### Literatur

- 1 *Hildenbrand G, Jansen P.* Aktuelle Probleme der Krankenhausplanung in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie. *Psychotherapeut* 2005; 50: 229 – 235
- 2 *Fritze J, Berger M.* Weitere vollstationäre Kapazitäten für Psychosomatik? *Nervenarzt* 2003; 74: 387 – 393
- 3 *Weingart P, Kroll J, Bayertz K.* Rasse, Blut und Gene. Geschichte der Eugenik und Rassenhygiene in Deutschland. Frankfurt: Suhrkamp Verlag, 1988
- 4 *Lockot R.* Erinnern und Durcharbeiten. Zur Geschichte der Psychoanalyse und Psychotherapie im Nationalsozialismus. Gießen: Psychosozial-Verlag, 2002
- 5 *Bräutigam W, Teller C.* John Rittmeister zum 100. Geburtstag. *Z Psychosom Med Psychoanal* 1998; 44: 203 – 213
- 6 *Bühlig P.* Psychoanalytiker im Nationalsozialismus: „Durchschnittliche Deutsche“. *Dtsch Ärztebl* 2002; 99: 1646
- 7 *Hoffmann SO, Schepank H, Speidel H.* Denkschrift '90. Zur Lage der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie an den Hochschulen der Bundesrepublik Deutschland. Ulm: PSZ-Verlag, 1991
- 8 *Rüger U.* Annemarie Dührssen. *Nervenarzt* 1999; 70: 482 – 483
- 9 *Dührssen A, Jorswiek E.* Eine empirisch-statistische Untersuchung zur Leistungsfähigkeit psychoanalytischer Behandlung. *Nervenarzt* 1965; 36: 166 – 169
- 10 Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Deutscher Bundestag 7. Wahlperiode 1975. Drucksache 7/4200
- 11 *Helmchen H, Linden M, Rüger U.* Psychotherapie in der Psychiatrie. Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag, 1982
- 12 *Kunze H, Kaltenbach L.* Psychiatrie-Personalverordnung. Stuttgart: Kohlhammer Verlag, 2003
- 13 *Rüger U.* Historische und konzeptuelle Anmerkungen zur Psychotherapie in der Psychiatrie. *Psychotherapie im Dialog: PiD* 2005; 6: 239 – 245