



Psychotherapie | Informationen Juli | August 2003 | 07 | 08

1



Aktuell für Sie:

Auf dem Hintergrund von Erfahrungen, die ich gerade persönlich mit unmittelbar betroffenen Angehörigen gemacht habe, möchte ich diese Ausgabe der Info dem Thema „Krebs“ und „Sterben“ widmen; insbesondere wurde mir in einer Hannöverschen Klinik eindrücklich bewusst, wie technisch und mündige Patienten verachtend der medizinische „Betrieb“ handelt, oder: wie wenig noch das Bild der Kooperation zwischen Berufsgruppen, aber auch zwischen dem Dreieck Arzt | Patient | Angehörige installiert ist und mit Leben gefüllt wird. Hierzu der sehr aufschlussreiche Artikel von Prof. Verres der Uniklinik Heidelberg.



Zitat des Monats:

Drum prüfe ewig, wer sich bindet.

Plakatwand



Medizin und Psychologie:

Zum Selbstverständnis der Medizinischen Psychologie

Persönliche Reflexionen von Rolf Verres, Uniklinikum Heidelberg

Das Fachgebiet „Medizinische Psychologie“ wurde im Jahre 1970 in die Approbationsordnung für Ärzte und damit in den Studiengang für Mediziner aufgenommen. Dadurch sollte sichergestellt werden, dass angehende Ärzte und Ärztinnen auf einen guten zwischenmenschlichen Umgang mit Patienten und auch auf eine gute professionelle Kooperation vorbereitet werden. Dies ist nur möglich, wenn diejenigen, die Medizinische Psychologie lehren, auch selbst aktiv und eigenverantwortlich an der klinischen Versorgung kranker Menschen teilnehmen sowie Projekte zur Prävention gestalten und zugleich psychologische Forschung auf bestmöglichem Niveau durchführen.

Im Vergleich zu den anderen Fächern der vorklinischen Medizin (u.a. Anatomie, Physiologie, Biochemie) mit dort fast 40 Professoren und Habilitierten verfügt die Medizinische Psychologie über eine winzige Personalausstattung. Dieses Ungleichgewicht wird auch von Studierenden der Medizin im vorklinischen Studienabschnitt häufig angesprochen; denn das in den genannten naturwissenschaftlichen Fächern zu absolvierende Pensum ist sehr groß und das Lehrangebot der Medizinischen Psychologie wird von ihnen häufig als ein „Tropfen auf den heißen Stein“ bezeichnet. Die Medizinische Psychologie hat sich in den vergangenen Jahren gemeinsam mit der Klinischen Sozialmedizin, der Geschichte der Medizin und der Allgemeinmedizin in guter Zusammenarbeit mit der studentischen Fachschaft Medizin zu einem Verbund „Psychosoziale Grundlagen der Medizin“ zusammengeschlossen. Der ursprüngliche Gegenstandskatalog Medizinische Psychologie für die ärztliche Vorprüfung sowie die zahlreichen medizinspsychologischen Lehrbücher boten zunächst nichts anderes als einen Überblick über die gängigen Themengebiete der allgemeinen Psychologie. Im Laufe der Zeit konnte sich die Medizinische Psychologie aufgrund der gründlichen klinischen und wissenschaftlichen Beschäftigung mit Kranksein und Gesundsein immer weiter differenzieren und nützlich machen. So geht es beispielsweise beim Umgang mit lebensgefährlich erkrankten Menschen und ihren Angehörigen nicht nur um allgemeine



Psychotherapie | Informationen Juli | August 2003 | 07 | 08

2

Haltungen wie Vertrauensförderung, Unterstützung von Lebensmut, Aufmunterung und das Beschwören von Hoffnung, sondern es wird inzwischen sehr genau untersucht, wie sich verschiedene Behandlungskonzepte auf die Lebensqualität (und nicht nur auf die Überlebensdauer) auswirken. Die Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie hat für die Approbationsordnung für Ärzte unter unserer Mitwirkung einen neuen Gegenstandskatalog ausgearbeitet, der ab Mitte des Jahres 2002 eine wesentlich umfangreichere und differenziertere Lehre erfordern wird.

Die Bedeutung von Metaphern zur Überwindung des Leib-Seele-Dualismus

Die Medizinische Psychologie hat die vorrangige Aufgabe, zur *Überwindung des Leib-Seele-Dualismus* beizutragen. Hierzu sind die Metaphern und die subjektiven Theorien von Patienten über Gesundsein und Kranksein wissenschaftlich, therapeutisch und didaktisch sehr aufschlussreich.

Beispielsweise geht es bei lebensgefährlichen Erkrankungen um die Frage, wie eine auch für Patienten verständliche Phänomenologie der Lebenskraft entwickelt werden kann und wie man mit dieser Kraft sinnlich in Kontakt kommen kann.

Lebenskraft scheint eine materiell-molekulare und eine geistig-seelische Dimension zu haben, die ein systemisches Denken erfordert. Die medizinische Therapie hat – nehmen wir als Beispiel die Onkologie – das globale Ziel, durch Bekämpfung maligner Prozesse die ursprüngliche „gesunde“ Lebenskraft des betreffenden Organismus (soweit möglich) wieder freizulegen. Allerdings sind bei diesem Kampf manche Nebenwirkungen der therapeutischen Maßnahmen so belastend, dass man dann von einem schwierigen Balanceakt zwischen medizinischen Aktivitäten, welche die Lebenskraft stärken, und solchen, die sie schwächen, sprechen kann. Auch ein Tumor für sich genommen hat „Lebenskraft“; denn diese Zellen „wollen“ ja auch leben. Ein wachsender Tumor bildet sogar eigene Versorgungsstrukturen, z.B. mit einem Netz von Blutgefäßen. Krebserkrankungen konfrontieren uns also besonders eindrücklich mit der Schwierigkeit, zwischen vitalen Kräften des „Guten“ und vitalen Kräften des „Bösen“ unterscheiden zu wollen; sie fordern uns zu einer dialektischen Betrachtung des Phänomens „Lebenskraft“ heraus, welches für viele Patienten aufgrund mangelnden Wissens ein Eldorado für eigene Phantasien bedeutet, die sich auf Entscheidungen und Verhalten auswirken und für die Patient-Arzt-Beziehung wichtig sein können. Insofern können auch Einwirkungen in der geistig-seelischen Dimension die Gesamtlebenskraft der Person sowohl stärken als auch – ggf. lebensbedrohlich – schwächen. Interkulturelle Analysen zur Wahrhaftigkeit bei lebensgefährlichen Erkrankungen haben gezeigt, dass Angehörige oft besser informiert werden als die Patienten selbst. Die Medizinische Psychologie untersucht, wie solche Kommunikationen verbessert werden können. Ein ungünstig verlaufendes Aufklärungsgespräch kann, wenn es nicht zu einer vertrauensvollen Arzt-Patient-Beziehung führt, sondern hauptsächlich starke Ängste auslöst, zur Verzweiflung und zum Meiden weiterer Arztbesuche zugunsten „alternativer“ Angebote führen, so dass ein Tumor unkontrolliert weiterwächst, statt rechtzeitig behandelt zu werden. Die Medizinische Psychologie bietet – z.B. mit Video-Analysen von Gesprächen – Hilfen an, Fehler zu vermeiden und sich angemessen zu verhalten.

Psychologie, Philosophie und Kulturwissenschaften

Psychologie kann in Philosophie übergehen, wenn es um Sinnfragen geht. Am Ende des Lebens kann der Lebenswille je nach geistiger Grundhaltung verschiedenste Transformationen erfahren. Die Bereitschaft zu sterben muss nicht unbedingt als ein Erlöschen der geistig-seelischen Lebenskraft interpretiert werden, sondern sie verweist in die Bereiche von Spiritualität und Transzendenz.

Eine Tiefendimension der Heilkunde besteht darin, das Erleben von Resonanz zwischen der körperlichen und der



Psychotherapie | Informationen Juli | August 2003 | 07 | 08

3

geistig-seelischen Lebenskraft zu fördern, aber auch das Ende des Lebens würdig zu gestalten. Dies bedeutet, nicht ausschließlich alle Aufmerksamkeit und Anstrengung auf ein Lebenwollen oder Lebenmüssen um jeden Preis zu konzentrieren, sondern offen zu bleiben für das, was im Sterben geschieht. Ganz besonders geht es bei lebensgefährlichen Erkrankungen um Resonanz Erfahrungen zwischen Patient und Therapeut als ein gemeinsames sinnliches Erleben von Lebenskraft und Zwischenmenschlichkeit während der jeweiligen persönlichen Begegnung.

Viele Ärzte und auch viele Patienten vermeiden unbewusst und gewohnheitsmäßig diese Erfahrung. Überbehandlung, Ausgebranntsein und ein entfremdeter Umgang mit Sterben und Tod sind Symptome eines Medizinbetriebs, der auch seinerseits anfällig für Erkrankungen ist. Deshalb sollten in der ärztlichen Ausbildung neben dem Wissenserwerb auch die Lebenskunst und die eigene Persönlichkeitsentwicklung der Heilkundigen behandelt werden. Dazu gehört, die Vergänglichkeit allen Lebens hinzunehmen und den Umgang mit ihr bewusst zu kultivieren, statt nur gegen sie anzukämpfen. Auch gilt es, als Therapeut die Einmaligkeit und Kostbarkeit des Augenblicks in den auch noch so kurzen Begegnungen mit Menschen zu erkennen und stets offen zu sein für subjektive spirituelle Dimensionen des menschlichen Lebens.

Psychologie kann insofern auch zur Beschäftigung mit Naturphilosophie und Kulturanthropologie anregen. An der Heidelberger Abteilung für Medizinische Psychologie haben wir seit einigen Jahren im Rahmen von Drittmittelprojekten interkulturelle Forschungen zu solchen Fragen durchgeführt und ein großes Netzwerk mit persönlichen Kontakten aufgebaut. So wurde beispielsweise der anatomische Präparierkurs in Zusammenarbeit mit dem Anatomen Prof. Dr. Alfred Völkl durch einen Psychiater (Dr. Klaus Jonasch) und eine Kulturanthropologin (Dr. Birgit Süßdorf) beobachtet. Der japanische Kulturanthropologe Dr. Hiroshi Oda befasste sich an unserer Abteilung fünf Jahre lang mit philosophischen Aspekten der subjektiven Theorien von Patienten zur Spontanremission bei Krebskrankungen. Die Kulturwissenschaftlerin Dr. Eva Saalfrank geht gemeinsam mit der amerikanischen Hospiz-Expertin Christine Longaker der Frage nach, warum buddhistische Konzepte zur spirituellen Sterbebegleitung einen immer stärkeren Zulauf auch in Europa erfahren. Prof. Dr. Rolf Verres arbeitet eng mit dem Heidelberger Zentrum für interkulturelle Psychologie zusammen.

Beiträge der Psychologie zur „ganzheitlichen Medizin“

Der Handlungsdruck in einer an Reparatur von Störungen orientierten High-Tech-Medizin kann manchmal gelindert werden, wenn die Tiefendimension der Heilkunst stärker beachtet wird. Neben dem Kampfgeist und den verschiedenen Metaphern der Hoffnung ist es wichtig, auch die Möglichkeit eines gesunden Fatalismus zu entdecken und auch Demut als eine möglicherweise sinnvolle Lebensphilosophie anzuerkennen. Das Sich-Abfinden wird dann zur Erfahrung von Transzendenz, die im Idealfall Angst und Verzweiflung verringern kann. In dieser Sicht kann ganzheitliche Medizin auch die Seelsorge nicht ausdrücklich an Spezialisten wie Psychologen oder Theologen delegieren, sondern muss diese in das ärztliche Denken und Handeln integriert werden. In den vergangenen Jahren haben sich vielfältige und anregende Verbindungen zwischen der Medizinischen Psychologie und der Klinikseelsorge entwickelt. Klinikpfarrer, Hospizleiterinnen und Vertreterinnen von Selbsthilfegruppen sind gern gesehene Gäste in unseren Lehrveranstaltungen.

Die Gruppendynamik in den Großkliniken der hochspezialisierten High-Tech-Medizin unterscheidet sich in mancher Hinsicht kaum noch von derjenigen industrieller Großbetriebe, zumal eine starke Fluktuation des Personals heutzutage unvermeidlich geworden zu sein scheint. Dabei befindet sich mancher Patient in einem tagtraumartigen Bewusstseinszustand mit abwechselnd erhöhter oder aber stark herabgesetzter Sensibilität für atmosphärische Stimmungen. Aktionismus auf Seiten der Ärzte kann der systematischen Abwehr unangenehmer Gefühle dienen, die man als Arzt meist erwartet, wenn man dem Patienten die Grenzen der Möglichkeiten



Psychotherapie | Informationen Juli | August 2003 | 07 | 08

4

klarzumachen versucht und dabei zunächst die nackte Angst und Verzweiflung des Patienten aushalten muss. Der starke Handlungsdruck birgt das Risiko in sich, dass sich Ärzte zu einseitig mit Lebensverlängerung um jeden Preis identifizieren, statt ihre ärztliche Aufgabe auch darin zu sehen, schwerkranke Menschen in eine innere Ruhe hinein zu begleiten. In Zusammenarbeit mit der Abteilung Strahlentherapie am Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf wurden die psychologischen Aspekte von „Überbehandlung“ am Beispiel des so genannten Hamburger Strahlenskandals detailliert von einer Forschungsgruppe unter meiner Leitung detailliert untersucht.

Die Medizinische Psychologie hat die Aufgabe, zur Effizienz medizinischer Maßnahmen beizutragen. Neben der notwendigen eigenverantwortlichen Behandlung kranker Menschen ist zugleich eine gewisse distanzierte Haltung zum gegenwärtigen Medizinbetrieb erforderlich. Die Effizienz einer medizinpsychologischen Einrichtung an einem Großklinikum der Maximalversorgung kann nicht an der Anzahl der von ihr unmittelbar „versorgten“ Patienten gemessen werden. Der „Impact“ einer medizinpsychologischen Einrichtung ergibt sich indirekt und er dürfte sich wohl eher darin zeigen, ob sie spürbar dazu beiträgt, dass sowohl in der klinischen Versorgung als auch in der Lehre unmissverständliche, durch Forschung gut fundierte, nachhaltige Impulse für die Berücksichtigung der seelischen Dimension von Gesundsein und Kranksein gesetzt werden.

Objektivität versus Subjektivität

In der Forschung hat neben dem nomothetischen, auf Verallgemeinerung gerichteten Denken die Subjektivität eine besondere Bedeutung für die Medizinische Psychologie. Das Streben nach Objektivität und Generalisierbarkeit fokussiert die wissenschaftliche Aufmerksamkeit auf gleichschaltende Denkweisen, in denen Subjektivität vom Ansatz her stört. Übrigens interessieren sich auch die meisten internationalen Journale mit ihrer immer unerbittlicher werdenden Impact-Faktoren-Politik recht wenig für Subjektivität, die kulturabhängig und weniger generalisierbar ist als beispielsweise die Molekularbiologie. Ein wichtiger Unterschied zwischen Veterinärmedizin und Humanmedizin wird allgemein darin gesehen, dass bei der Humanmedizin neben der naturwissenschaftlich fundierten Intervention auch eine zwischenmenschliche Begegnung stattfindet, in der sich die Patienten mit ihren subjektiven Theorien und Ängsten ernstgenommen fühlen wollen. Die Psychologie hat die Aufgabe, nomothetische mit idiographischen Denkansätzen so in Verbindung zu bringen, dass die Forschungen und auch der klinische Alltag immer auch dem Einzelfall gerecht werden, indem die Subjektivität zur Hauptsache und nicht zum Störfaktor erklärt wird. Es gilt, eine integrative Theorie von Gesundheit und Krankheit anzustreben, aus der sowohl allgemeine, als auch dem untypischen Einzelfall dienende Handlungsempfehlungen abgeleitet werden können.

Diese wenigen Andeutungen sollen auf eine wesentliche Positionsbestimmung der Abteilung für Medizinische Psychologie am Universitätsklinikum Heidelberg aufmerksam machen. Wir versuchen, sowohl in der Forschung als auch in der Lehre auf ein sprachliches Ordnungssystem für das Verständnis psychischer Phänomene im Zusammenhang mit medizinischen Aufgaben hinzuarbeiten und dabei vor allem seelische Ressourcen deutlich zu machen (= nomothetischer Ansatz); zum anderen wollen wir anhand sorgfältig ausgewählter Einzelfalldarstellungen (= ideographischer Ansatz) ein Puzzle-Bild der Möglichkeiten entwerfen, die für die Förderung der subjektiven geistig-seelischen Lebenskraft wichtig sein können und daher auch von körperorientiert arbeitenden Ärzten, Pflegekräften und medizinisch-technischen Assistentinnen genutzt werden können, damit eine ganzheitliche, leib-seelische Behandlung zustande kommt. Wir versuchen also, exemplarische Handlungsmodelle zu entwickeln, die dann auch von anderen angewandt werden können. Dies geschieht beispielsweise in Form der interdisziplinären Fallkonferenzen in Zusammenarbeit mit der Abteilung



Psychotherapie | Informationen Juli | August 2003 | 07 | 08

5

Gynäkologische Endokrinologie und Fertilitätsstörungen sowie der Schmerzkonferenzen in unserem Hause, nicht zuletzt auch durch unsere Mitbetreuung von Dissertationen und psychologischen Diplomarbeiten in verschiedensten Bereichen des Universitätsklinikums.

Subjektive Krankheitstheorien, Lebensqualität und Lebenskunst

Nomothetisches Denken legt nahe, dass kategoriale Begriffe verwendet werden, die mit kollektiven Wertvorstellungen und Wunschbildern verbunden sind. Früher wurde Lebensqualität als eine eindimensionale Größe verstanden, die bei fortschreitender Erkrankung zwangsläufig immer niedriger wird, bis sie schließlich gegen Null geht. In diesem ursprünglich eindimensionalen Sinne bedeutete Lebensqualität: so wenig Schmerz, Angst, Hoffnungslosigkeit, Depression wie nötig und so viel Aktivität, Funktionsfähigkeit, Selbständigkeit, Selbstbehauptung, soziale Integration wie möglich. Schwierig zu erfassen war in diesem früheren nomothetischen Konzept die Tatsache, dass auch Angst und Verzweiflung die Erlebensfähigkeit der Person in Richtung auf mehr Vollständigkeit erweitern können und dass sich daraus Entwicklungsaufgaben für den Patienten und ebenso für den Arzt ergeben, die als Sinnsuche und Sinnfindung zu einem neuen seelischen Entwicklungsniveau führen können, welches mit oberflächlich quantifizierenden Begriffen wie etwa dem „Ausmaß von Zufriedenheit“ überhaupt nicht angemessen erfassbar sind.

Gerade angesichts körperlicher und seelischer Leiden und trotz zunehmender Distanz zu den „Gesunden“ beginnen viele Kranke, Qualitäten ihres eigenen Lebens in einer Zeit der Verzweiflung völlig neu zu entdecken. Es kann dann sinnvoll sein, einen Menschen nicht eindimensional als „Patienten“ wahrzunehmen, sondern ihn umfassender auch als Forscher und Lebenskünstler anzusehen. Diese Sichtweise muss nicht zu mehr Zeitaufwand des Arztes im Einzelfall führen. Vielmehr geht es um eine akzeptierende, verstehende und interessierte Grundhaltung, die für den Patienten spürbar ist, selbst wenn gar nicht explizit darüber geredet werden muss.

Die Medizinische Psychologie hat aus meiner Sicht daher auch die Aufgabe, zu einem zwischen Ärzten und Patienten möglichst konsensfähigen Verständnis von „Lebenskunst“ beizutragen. Psychologische Konzepte sind nicht nur in die Krankenbehandlung und Rehabilitation, sondern auch in die Prävention und Gesundheitsförderung einzubringen. Die Medizinische Psychologie in Heidelberg hat seit vielen Jahren auch explizit politische Aufgaben im Sinne wissenschaftlich fundierter, vertrauensfördernder Öffentlichkeitsarbeit wahrgenommen. Das Interesse seitens der Publizistik an unserer Arbeit nimmt stetig zu und oft haben wir den Eindruck, dass wir in der guten Zusammenarbeit mit den Massenmedien einen größeren „Impact“ erzielen, als wenn wir uns einseitig auf die wissenschaftlichen Publikationspraktiken der Fachjournale konzentrieren würden, bei denen Aufwand und Wirkung oft in keinem gesunden Verhältnis miteinander zu stehen scheinen, selbst wenn hohe gegenseitige Zitationsraten innerhalb der Wissenschaftlergemeinschaft erreicht werden. Unsere klinischen Aufgaben zur Förderung von Lebensqualität und Lebenskunst erfüllen wir auch im Rahmen unserer Liaison- und Konsiliaraktivitäten, ambulanten psychotherapeutischen Behandlung, der Weiterentwicklung von Konzepten zur Psychotherapie, der medizinpsychologischen Beratung für Patienten und Angehörige (beispielsweise vor der Entscheidung zur Lebendnieren-Spende), der Gesundheitsförderung des Personals im Rahmen der Innerbetrieblichen Fortbildung, der Kontaktpflege mit anderen psychologischen Diensten bis zur Krisenintervention bei Medizinstudenten und Ärzten, die dabei sind, an den Anforderungen des hochleistungsorientierten Medizinbetriebes zu scheitern und vielleicht sogar daran krank zu werden. Ein Workshop unseres Lehrbeauftragten Dr. Thomas Ripke im Sommer 2001 zum Thema „Der kranke Arzt“ unter Beteiligung von Ärzten aus ganz Deutschland wurde von der überregionalen Presse einhellig positiv kommentiert.



Psychotherapie | Informationen Juli | August 2003 | 07 | 08

6

Unser Denkansatz ist prinzipiell lösungsorientiert. Man kann die wissenschaftliche Aufmerksamkeit hauptsächlich darauf richten, die seelischen Probleme im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit zählend und messend immer differenzierter darzustellen, wie es beispielsweise in der Coping-Forschung zelebriert wird. Da sitzen Psychologen jahrelang am Computer, um das Bewältigungsverhalten kranker Menschen in Maß und Zahl darzustellen. Dies ist sicherlich wissenschaftlich ergiebig, aber nicht hinreichend. Uns scheint es noch wichtiger zu sein, Konzepte zu entwickeln, die sowohl den Patienten als auch den Therapeuten im Medizinbetrieb wirklich weiterhelfen. Besonders interessiert uns auch das eigene Gesundheitsverhalten von Ärzten, Studierenden der Medizin und Pflegenden: hier möchten wir zur sensibleren und lustvolleren Wahrnehmung des eigenen Körpers und zur Erhöhung der Berufszufriedenheit am „Arbeitsplatz (Uni-) Klinikum“ beitragen.



Literaturtipps:

Simonton, C.O. (2001) Wiedergesund werden, Rowohlt >TB:Hamburg

© Dipl.-Psych. Wolff Henschen 2003