

Psychosomatik im Umfeld der Spitzenmedizin

Von Peter J. Scheer, Univ. Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Graz,

Zusammenfassung:

Dieser Artikel stellt den Versuch einer Reflexion, Standortbestimmung sowie der Aufgaben des Fachbereichs der Psychosomatik innerhalb der heutigen Medizin dar und dies sowohl in diagnostischer wie in behandlungsrelevanter Hinsicht. Er ist für interessierte Eltern sowie interdisziplinäre Kollegen und Therapeuten verfaßt worden. Literatur ist beim Autor beziehbar.

Einleitung

Voller Freude beobachtet man die Entwicklung der Spitzenmedizin. Genmapping, Organtransplantation, Intensivneonatalogie, Knochenmarkstransplantation, Stammzelltransplantation und anderes mehr lassen Sterben und Tod als fast ausweichliche Probleme des Menschen empfinden. Kritik an dieser Art der Medizin, die so vieles verspricht, wird auch individuell unglaubwürdig. Jeder, der letzten Endes eine neue Coronararterie braucht, jeder, der an Krebs erkrankt, findet sich – oft nach Jahren der Komplementärmedizin – im klinischen Zentrum wieder, in dem er – oft zu Recht – Genesung erhofft. Die Psychosomatik nimmt dann eine Position ein, in der ihr Krankheit nach Krankheit, die sie bisher für sich beansprucht hat, weggenommen wird. War es erst das Asthma bronchiale – noch in den siebziger Jahren Forschungs- und Behandlungsgegenstand der psychosomatisch orientierten Mediziner -, so wurde es dann das Ulcus ventriculi et duodeni nach der Entdeckung des *Helicobacter pylori*. Plötzlich war die „Eradikation“ (die Ausrottung) eines Keims – bei oft gleichen Lebens- und Arbeitssituationen – jedenfalls zur Rezidivprophylaxe entscheidend. So begab sich die Psychosomatik immer mehr in die Rolle des Bettlers mit Löchern in den Taschen. Angstvoll wurde auf die nächste Entdeckung gewartet. Die psychosomatisch tätigen Ärzte gingen dabei vor, wie Mitglieder einer bedrohten Minorität: Manche konvertierten zur sogenannten Organmedizin, manche gruben sich ein und nahmen komplementärmedizinische Methoden in ihr Repertoire auf, nur wenige hielten der Anfechtung stand.

In der Tat verlangt dieses Standhalten starke Nerven: Denn gerade durch die Entdeckungen der Medizin wird die Psychosomatik immer wesentlicher. Denn Psychosomatik hat keine Krankheiten, die ihr gehören. Sie ist in jeder Erkrankung zu Hause. Da sie authentisch nur von Internisten, seien sie

nun auf Erwachsene, oder Kinder spezialisiert, betrieben werden kann, betreibt sich ihre Diffusion in das System. In Zeiten in denen noch immer „anständige Kliniker“ keine psychosoziale Anamnese führen, um nicht in den Geruch der „PSY-Gemeinde“ anzugehören zu kommen; in Zeiten in denen die Aufenthaltszeiten in den Spitälern immer weiter sinken, ist Psychosomatik die Lehre von den psychosozialen Bedingungen und krankheitsbeeinflussenden Faktoren schlechthin. Sie wird in dem Management des Erkrankungs- und Genesungsprozeß immer bedeutender.

Ortsbestimmung

Der Autor arbeiten in einem Halbstock der Univ. -Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde in Graz. In diesem sind 14 Kinder- und Jugendlichenbetten und 3 Mütterbetten aufgestellt. Dafür sind zwei OberärztInnen, ½ AssistenIn, 2 TurnusärztInnen, die virtuelle Hälfte eines 24 Personen umfassenden Schwesternteams, 2 SekretärInnen und 2 Mitglieder des Putzdiensts zuständig. Zwei LehrerInnen versorgen die Kinder, einer der Lehrer ist systemischer Familientherapeut, Supervisor. ½ Sozialarbeiterin, die Psychotherapeutin und Supervisorin ist, gehört dem Team an. Hinzu kommen Praktikanten des Psychotherapiepropädeutikum, -fachspezifikum, klinische Psychologie, Gesundheitspsychologie, Pädagogik, Sozialarbeit, Medizin und andere Fachrichtungen. Die Station und die dazugehörige Ambulanz, die von einem Oberarzt hauptamtlich und von den beiden StationsoberärztInnen nebenamtlich und einem Mitglied des Schwesternhilfsdiensts betreut wird, ist immer offen, nimmt immer auf und kennt kein Abweisen. Sie versorgt im Jahr etwa 2000 ambulante PatientInnen, zirka 600 stationäre PatientInnen bei einer durchschnittlichen Belagszeit von 7.8 Tagen (Streubreite: 12 Wochen bis 1 Tag). Die Patienten sind zwischen 4 Tagen und 28 Jahren alt. Manche Mütter, die bei Mütter – Kind Interaktionsproblemen als Patienten aufgenommen werden müssen, sind noch bedeutend älter (älteste Patientin: 42 Jahre).

Es ist der Einrichtung gelungen in USA, BRD, Schweiz, Frankreich und Holland als Referenzzentrum für Mutter – Kind Interaktionsprobleme verwendet zu werden; es ist gelungen österreichweit führend in der Betreuung von Kindern mit Verhaltensstörungen zu werden und es ist ein Verdienst in den letzten zehn Jahren 206 Jugendliche, die an Anorexia nervosa litten behandelt zu haben von denen kein Kind starb (Altersstreuung: 9 – 22 Jahre).

Es ist jedoch nicht gelungen eine eigene Identität innerhalb der Klinik, oder des Klinikums, als Landeskrankenhaus Graz zu erreichen. Die Einrichtung ist, seit den zwanzig Jahren ihres Bestehens Liebhabelei des Leiters der Abteilung für Allgemeinpädiatrie.

Überraschend mag sein, daß die drei FachärztInnen verschiedenen Nacht- und Bereitschaftsdienste in der Klinik machen: Oberarzt-, Ambulanzoberarzt-, Onkologie- und Neonatologieintensivdienste werden regelmäßig versehen. Unabhängig davon ist folgendes Gerücht allgemeine Überzeugung: Die OberärztInnen können alle sogenannten organischen Stationen betreuen, die KollegInnen der „Somatik“ nicht die Psychosomatik (was zum Beispiel im Urlaub immer wieder zu Problemen führt). Nichts desto Trotz versuchen die „Somatiker“ Überlegenheit zu behaupten. Und der Vorwurf, daß immer wieder Tumore übersehen würden, ist hinter vorgehaltener Hand zu hören, obwohl über Jahre die meisten Gehirntumore wegen fälschlicher Zuweisung von uns entdeckt und der entsprechenden Behandlung – die derzeit leider noch zumeist frustan ist – zugewiesen wurden.

Manchmal hat man da den Eindruck: Wer sich mit den „Fortgeworfenen“ (R.M. Rilke in M. Laurids Brigge) beschäftigt, gehört ihnen an. Und die Kenntnisse der ÄrztInnen spielen weniger Rolle als das Vorurteil: Obwohl die medizinische Kompetenz für die spezialisiertesten Dienste des Hauses vorliegt, wird sie auf Grund der Zugehörigkeit zum „PSY-Team“ bezweifelt.

Kann es da noch Zweifel geben, daß die Psychosomatik so nötig ist, wie sie für die PatientInnen immer war.

Zukunftssicht

Was ist Psychosomatik nicht?

1. Sie ist nicht das Ende der Ausschlußdiagnose! PatientInnen, die den aufwendigsten Untersuchungen unterzogen werden und dann – oft am letzten Tag des Aufenthalts – dem Psychosomatiker vorgestellt werden, sind zwar bedauerlich, aber das Arbeitsfeld des Somatikers. Psychosomatik steht nicht am Ende eines „Durchuntersuchungsprozesses“ in dem nichts gefunden wurde. Diese Art der Psychosomatik würde man die „Mistkübel-psychosomatik“ nennen, die sich am Ende eines virtuellen Tisches als Kübel anbietet in den die „ungelösten Fälle“ reinfallen.
2. Psychosomatik – insbesondere in der Pädiatrie – ist nicht die Aufnahme, Behandlung, oder Versorgung psychosozialer Dauerkrisen. Dies ist das Aufgabengebiet der Heilpädagogik, die Kinder in dauernder Not beisteht und Weichenstellungsfunktion hat. Nimmt sich die Psychosomatik dessen an, wird sie zur psychosozialen Akutstation und versagt.
3. Psychosomatik kennt keine speziellen Krankheitsbilder. Durch ihr Wissen, daß das kausale Denken zwar die Entwicklung der Physik im 17. Jahrhundert bestimmt hat, aber heute der Erkenntnistheorie von vor 250 Jahren entspricht, schützt sie vor Ideen, wie, daß es psychogene, oder organogene Krankheiten gibt. Daher hängen die Krankheitsbilder, die in „psychosomatischen

Einheiten“ weltweit behandelt werden von den Ideen und Kenntnissen der MitarbeiterInnen ab.

Wie überall ist hier den durch Forschung und Wissenschaft ausgewiesenen „Hobbys“ der Vorzug zu geben. Mode und Kenntnisse bestimmen dann auch die Population, die sich an die jeweilige Einrichtung wendet.

4. Psychosomatik kann Moden, wie sie derzeit von der pharmazeutischen Industrie im Bereich der Enuresis nocturna propagiert werden, gelassen ertragen. Immer wieder werden Medikamenten erfunden, die tatsächlich einigen PatientInnen Linderung und manchmal Heilung bringen. Die Behauptung allerdings Enuresis wäre eine „hormonelle Erkrankung“ ist so keinesfalls richtig.
5. Psychosomatik ist nicht offen für ÄrztInnen, die die Medizin nicht mögen. ÄrztInnen, die Psychosomatik nur gewählt haben, um eine Nische innerhalb der Medizin zu finden, sind potentielle Gefahren: Denn der Patient kann Kompetenz nicht unmittelbar erkennen. Für ihn ist es der Arzt, dem er sich anvertraut, daher wären auf einer Psychosomatik ÄrztInnen ohne „Somatik“ fehl am Platz. Sie ist keine Insel der schlechten MedizinerInnen.

Was ist Psychosomatik?

1. Psychosomatik ist, wie mein Lehrer Erwin Ringel immer ausgeführt hat, die umfassende Sicht des Menschen in der klassischen Medizin. Sie ist sich dabei bewußt, daß sie in Teilen gegen das System Krankenhaus steht: Das Krankenhaus wurde erfunden, um den kranken aller seiner sozialen Bezüge zu entkleiden (auch im Wortsinn) und die Krankheit „klar“ darstellbar zu machen. Psychosomatik holt den Kranken in seinen lebendigen Bezügen in die Klinik.
2. Psychosomatik ist Beziehungsmedizin. Ihr Fokus sind durch Krankheit belastete Beziehungen, oder durch Beziehungen belastete Krankheiten. Jede Krankheit hat Auswirkungen auf die Bezüge des Kranken. Und jede Beziehungen hat Auswirkungen auf das Krankheits- und Gesundheitsverhalten des Menschen. Insofern ist Beziehungsmedizin auch aus dem Dilemma des Ursache- Wirkungsspiels, das in der Somatik noch immer Leitidee ist.
3. Psychosomatik ist psychosoziale Medizin: Durch die Kenntnis des Kranken, seiner Umgebung, seiner Beziehungen und seiner Anamnese ist Psychosomatik imstande Weichen zu stellen. Denn der Vorwurf des „übersehenen Tumors“ ist ein Argument, wie der Dieb schreit: „Haltet den Dieb!“ Wie viele chronisch Kranke und Leidende produziert diejenige „Somatik“, die die Beziehungszusammenhänge des Kranken nicht sieht und Untersuchungen und Eingriffe macht,

immer in der Hoffnung nichts zu übersehen. Und die dabei die Probleme, die den Kranken zum Arzt bringen entweder übersehen, oder mittels minor Tranquilizer zu heilen versuchen.

4. Psychosomatik muß, wie jeder andere Geschäftszweig, gesellschaftliche Entwicklungen in ihrer Auswirkung auf die Kranken voraussehen müssen. So muß der Wechsel vom Krankheitsbild der Anorexia nervosa zu dem der Bulimia nervosa bei disponierten Personen erwartet werden. Bulimia ist einfach die Erkrankung des völligen Überschuß, eher die des Überdruß, die die Kranke imstande setzt am sozialen Leben teilzunehmen und trotzdem ihr Gewicht zu halten. In Europa ist diese Art des Vorhersehens leicht, da wir zumeist amerikanische Moden nach einigen Jahren übernehmen.
5. Psychosomatik ist die Kenntnis von den Grenzen der Medizin: Sie ist ihrem Anspruch nach philosophisch in dem sie Erkenntnistheorie in der Medizin unterstützt. Sie ist epikureisch in dem sie jede der „spezifischen“ Erkrankung gerne verliert, da sie ihre Aufgabe nicht in der einzelnen Krankheit sieht. Sie ist zuständig für den vulnerablen, verletzlichen Menschen, der der jeweiligen Mode gehorchend, diese übersteigert. Sie versorgt ihn umfassend, kenntnisreich in somatischer und psychotherapeutischer Medizin und versucht ihn umfassend zu betreuen, wissend, daß ihre PatientInnen meist in vielem anfällig sind. Sie ist wachsam, aufmerksam und liebevoll vor dem Hintergrund der Medizin.

Schlußbemerkung

Psychosomatik wird es geben, solange die Medizin mechanistisch bleibt. Wird die Medizin dynamisch denkend, wird die Psychosomatik zunehmend unnötig. Mag sein, daß die Recht haben, die die Errichtung eigener psychosomatischer Abteilungen innerhalb von Kliniken bekämpfen. Sie verhindern damit vielleicht, daß dieses Enzym (R. Kurz) sich absplattet und so seine Wirkung auf das Fach verliert. Wäre dem aber so, dann müßte Psychosomatik innerhalb jeder Klinik und jedes Spitals die gleichberechtigte Rolle spielen, wie jede andre Kenntnis. Da das nicht der Fall ist, ist die Abwehr gegen die Errichtung solcher Einrichtungen im Zusammenhang mit der Abwertung psychischen Leids zu sehen. Daher wäre eine Umbenennung der Psychosomatik in „umfassende Medizin“, oder „ganzheitliche“ (wäre der Begriff nicht so abgegriffen), oder Familienmedizin (im Falle der Pädiatrie) ernsthaft zu erwägen. Die Besetzung von psychosomatischen Einrichtungen mit FachärztInnen für Psychiatrie wäre dann aus einsichtigen Gründen unmöglich. Wird die Psychosomatik, wie in der BRD,

weiterhin sich mehr und mehr als Teil der Psychiatrie inszenieren, so wird sie ebenso unnötig, wie wenn sie sich in die Somatik auflöst.

Kenntnisreiche Familienmedizin jedoch wird in Krankenhaus und Ordination nötig sein, wenn sie offen bleibt für die Phänomene, die sich immer wieder ändern und jene betreffen, die das Hauptklientel der Medizin ausmachen: Der vulnerable Patient.