

Vorwort

Systematische Bemühungen um die Entwicklung psychotherapeutischer Methoden zur Behandlung psycho-sozial bedingter oder mitbedingter Erkrankungen und zum Aufbau geeigneter Formen der Institutionalisierung psychotherapeutischen Handelns in der Klinik bilden seit etwa 100 Jahren eine dynamische Komponente der Entwicklung der modernen Medizin. Die Integration psychotherapeutischer Verfahren in die klinische Praxis gelang dabei über viele Jahrzehnte nur sehr unvollkommen,

1. weil die sich seit der Mitte des vergangenen Jahrhunderts als streng naturwissenschaftlich fundierte Wissenschaft verstehende Medizin die Beschäftigung mit den psycho-sozialen Quellen und psychischen Begleitprozessen von Erkrankungen als wenig bedeutsam ansah;
2. die zunächst entwickelten theoretischen Konzepte und methodischen Verfahren des neuen querschnittswissenschaftlichen Arbeitsgebietes Psychotherapie nur unzureichend wissenschaftlich begründet waren und
3. die Besonderheiten eines nach kapitalistischen Prinzipien organisierten Systems der medizinischen Versorgung die breite Anwendung psychotherapeutischer Verfahren in der klinischen Massenpraxis nicht zuließen, und deshalb die Praxisbewährung der Psychotherapie auf die Behandlung einer Minderheit von zahlungskräftigen Patienten beschränkt blieb und einen Trend zur Exklusivität und Absonderung unter den Psychotherapeuten selbst massiv förderte.

Die derzeitige Situation des Fachgebietes Psychotherapie in unserer sozialistischen Gesellschaft ist inzwischen durch wesentlich neue Momente gekennzeichnet, wobei sich vor allem ein weitaus engeres Verhältnis zur modernen psychologischen und psychopathologischen Forschung einerseits, wie auch zur Neurophysiologie andererseits befruchtend auf die wissenschaftliche Qualität der Theorien- und Methodenentwicklung auszuwirken beginnt. Ebenfalls bedeutsam für die breitere Praxiswirksamkeit sind weiter die auf sozialökonomischen Entwicklungen beruhenden, immer deutlicher werdenden sozialen Ansprüche an die Beachtung der sozialen und persönlichen Komponenten menschlichen Krankseins in der Medizin und die Offenheit eines sozialistischen Systems der medizinischen Versorgung für alle im Interesse von Kranken und Leidenden einsetzbaren Behandlungsmethoden.

Unter diesen neuen und günstigen Bedingungen besteht für die Vertreter der Psychotherapie erst recht die Verpflichtung, die derzeitigen Leistungsmöglichkeiten des Fachgebietes realistisch zu bewerten, die Integration des eigenen Ansatzes in die klinische Praxis durch den Aufweis kooperativer Handlungsformen bewußt zu fördern und jene ihrer Erkenntnisse überzeugender darzustellen, die für die generelle Aufgabe einer Verbesserung der menschlichen Beziehungen im medizinischen Bereich von Bedeutung sein können. Diese Aufgabe wird gegenwärtig auch dadurch besonders dringend, da wir uns in der Phase des Aufbaus eines eigenen Ausbildungssystems für Psychotherapie mit verschiedenen Profilen (für klinische Psychologen, für Fachärzte mit Zusatzqualifikation und für eine Zweifacharztausbildung) befinden, die eine Aufarbeitung des bisherigen Erkenntnisstandes zwingend erfordert und die Klärung weltanschaulich-methodologischer, ethischer und gesundheitspolitischer Fragestellungen in der Abgrenzung von relevanten Entwicklungen der Vergangenheit und der Gegenwart der Psychotherapie in kapitalistischen Ländern mit voraussetzt.

Mit den in diesem Band zusammengestellten Arbeiten soll in erster Linie ein Beitrag zu einer solchen Zwischenbilanz der bisherigen Entwicklung mit dem Blick auf die oben erwähnten übergreifenden Fragestellungen geleistet werden. Vorarbeiten zu einem solchen Vorhaben, das hier naturgemäß auch nur partiell realisiert werden kann, sind inzwischen von vielen Kollegen, Psychologen, psychotherapeutisch tätigen Mediziner (Internisten, Psychiatern u. a.) und auch von Philosophen geleistet worden, zumal vor allem seit dem 7. Kongreß der Gesellschaft für ärztliche Psychotherapie (Erfurt, 1973) die Debatte um methodologische und gesundheitspolitische Fragestellungen des Fachgebietes intensiviert worden ist, seit dem 8. Kongreß (Dresden, 1976) im Vorstand und in einer Reihe von wissenschaftlichen und Weiterbildungsveranstaltungen derartige Fragen systematisch eine kollektive Erörterung erfuhren und vielfältige Anregungen zur Sachklärung auch aus anderen sozialistischen

A. Katzenstein, A. Kriegel, H. Starke und A. Thom: Überlegungen zur Stellung und Funktion der Psychotherapie in der Medizin der entwickelten sozialistischen Gesellschaft – 2

Ländern, vor allem jedoch aus der UdSSR, in diese Bemühungen um die Perspektiverhellung Eingang gefunden haben.

Neben solchen Kollegen, die als Ärzte oder Psychologen mit der psychotherapeutischen Praxis bereits seit längerem vertraut sind, soll dieses Buch vor allem den in die Spezialausbildung bzw. Weiterbildung eintretenden künftigen Psychotherapeuten eine Orientierungshilfe bieten – Orientierungshilfe nicht nur in dem Sinne, daß es die Übersicht erleichtert, sondern vor allem dadurch, daß es zu eigener kritischer Positionsbestimmung anregt. Die Herausgeber und die Autoren hoffen, daß im Ergebnis einer solchen kritischen Aneignung die kollektive Meinungsbildung gefördert wird und zu einer Präzisierung und vertieften Begründung jener Gesamtschau beizutragen vermag, wie sie zur umfassenden praktischen Nutzung einer effektiven Psychotherapie in unserem sozialistischen Gesundheitswesen unbedingte Voraussetzung ist.

Berlin und Leipzig, November 1979

Alfred Katzenstein und Achim Thom

Die derzeitige Situation der Psychotherapie in unserem Lande bietet auf den ersten Blick nicht unbedingt Anlaß, der prinzipiellen Frage nach der Notwendigkeit ihrer relativ eigenständigen Existenz als einem querschnittswissenschaftlichen Forschungs- und Arbeitsgebiet der modernen Medizin nachzugehen. Aus der kontinuierlich wachsenden Zahl von Ärzten und Psychologen, die sich um die Aneignung spezieller Methoden-Kenntnisse bemühen, aus der rasch zunehmenden Zahl der Mitglieder der „Medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaft für ärztliche Psychotherapie“ in der DDR, aus der inzwischen erfolgten staatlichen Anerkennung der „Psychotherapie“ im Rahmen der Facharztordnung und anderen Fakten kann vor allem ein Trend zur längst fälligen wissenschaftlichen und sozialen Aufwertung, bzw. zur adäquaten Einschätzung des Fachgebietes abgelesen werden. Gegenüber der Situation vor etwa 20 Jahren, als die Psychotherapie in erster Linie den Arbeitsbereich einer recht begrenzten Zahl von Enthusiasten bildete, sind die genannten Entwicklungen zweifellos ein großer Fortschritt, zumal sie auch in anderen sozialistischen Ländern – mit entsprechenden Modifikationen – zu registrieren sind (Übersichtsdarstellungen finden sich vor allem in Hausner, M., St. Kratochvil u. K. Höck (1975); Höck, K., u. K. Seidel (1976); Kabanov, M.M. (1976); Leder, St. (1978); Kriegel (1980).

Eine nähere Prüfung der Umstände, unter denen die genannten Entwicklungen sich vollziehen und vor allem auch vieler verdeckt wirkender Widerstände, die ihnen immer noch entgegenstehen, läßt jedoch auch eine Anzahl neuartiger Probleme erkennen, die davon zeugen, daß eine Reihe von Grundsatfragen weiterer Diskussion und Klärung bedürfen. Diese aktuelle Problematik beginnt damit, daß in den für die psychotherapeutische Praxis besonders relevanten klinischen Disziplinen, vor allem in der Psychiatrie und in der Inneren Medizin, die Haltung maßgeblicher Fachvertreter zur Psychotherapie höchst unterschiedlich ist. Neben Kliniken, in denen eine Spezialisierung Interessierter systematisch erfolgt, durch den Aufbau psychotherapeutischer Abteilungen ein spezifisches Tätigkeitsfeld profiliert und die Kooperation zwischen ärztlichen und psychologisch ausgebildeten Mitarbeitern gefördert wird, gibt es auch noch solche, die sich diesen Möglichkeiten gegenüber verschließen und in denen bestenfalls ein tolerantes Verhältnis zur Psychotherapie in Gestalt der These dominiert, daß ein guter Vertreter des jeweiligen Fachs jene Forderungen sowieso realisiert, die dem Wesen psychotherapeutischen Handelns entsprechen (Beachtung möglicher subjektiver Quellen bei Erkrankungen; Eingehen auf die psychische [14] Befindlichkeit der Patienten u. dgl.). Deutlich erkennbar sind die existierenden Meinungsverschiedenheiten auch dann, wenn die Verantwortung und das Einsatzprofil von psychotherapeutisch ausgebildeten Psychologen zur Debatte stehen, denen in vielen klinischen Institutionen lediglich eine Hilfsfunktion in der Diagnostik zugestanden wird. Schließlich tauchen auch erhebliche Meinungsverschiedenheiten zugespitzt auf, wenn im Rahmen der Hochschulausbildung von Ärzten zu entscheiden ist, welches Fachgebiet die Lehraufgaben für eine Basisausbildung in psychotherapeutischen Kenntnissen zu vertreten habe und in welcher Weise eine solche Basisausbildung überhaupt sinnvoll und möglich sei. In diesen und weiteren Fragen erscheint die Stellung der Psychotherapie innerhalb des historisch gewachsenen Systems medizinischer Disziplinen und Arbeitsbereiche offen und ungeklärt, was vor allem für die Bewältigung solcher praktischen Fragen bedeutsam ist, wie den Einsatz psychologisch fundierter therapeutischer Methoden und die Sicherung einer komplexen Betreuung von Patienten mit psychischen Erkrankungen und psychischen Störungen im Gefolge von verschiedenartigen Krankheitsprozessen. Dabei ist es erforderlich, die heutige Position der Psychotherapie in diesem System und sinnvolle Wege einer Integration genauer zu bestimmen. Zu diesem Zweck scheint es angebracht, eine systematische Prüfung jener Bedingungen zu versuchen, von denen die konkrete Position eines speziellen medizinischen Fachgebietes innerhalb des Gesamtspektrums der medizinischen Disziplinen generell abhängt. Diese Bedingungen sind:

1. die Existenz eines eingrenzbaaren wissenschaftlichen Gegenstandes (z. B. Erkrankungen des HNO-Bereiches), der sich von den durch andere Disziplinen erfaßten Gegenstandsbereichen unterscheiden läßt;
2. die historisch erreichte Stufe von auf diesen Gegenstandsbereich bezogenen spezifischen Erkenntnissen (theoretischer, empirischer und methodischer Art, apparativer Möglichkeiten und Handlungsfähigkeiten), von der es abhängt, wieweit entsprechende Erkenntnisbemühungen als wissenschaftlich

legitime Basis für einen besonderen Vertretungsbereich in der Forschung, in der Ausbildung und in der Praxis anerkannt werden (z. B. Kardiologie oder Neurochirurgie);

3. die nachweisbaren spezifischen Bedürfnisse aus der Perspektive der realen Morbiditätsstruktur und sozialer Ansprüche an die Medizin, die in etwa festlegen, welcher Rang und welche Entwicklungsfelder in der Praxis einem solchen theoretisch eingrenzbar Tätigkeitsfeld mit relativer Eigenständigkeit beigemessen werden.

Um die beabsichtigte genauere Bestimmung des legitimen und eigenständigen Platzes der Psychotherapie innerhalb der Medizin zu gewinnen, muß im folgenden geprüft werden, ob und in welchem Sinne diese genannten Bedingungen auch für unser Fachgebiet zutreffen. [15]

Der spezifische Gegenstand der Psychotherapie; theoretische Aspekte und historische Zusammenhänge

Der Gegenstand eines medizinisch-wissenschaftlichen Fachgebietes umfaßt jeweils bestimmte Phänomene, Eigenschaften und Prozesse eines Objektbereiches, dem sich die wissenschaftliche Forschung zunächst auf Grund praktischer Interessen zuwendet und der in der Regel derart komplex strukturiert ist, daß er Probleme und methodische Ansatzpunkte für mehrere wissenschaftliche Disziplinen bietet. Gegenstandsbestimmungen in diesem Sinne sind historisch wandelbar, eingeordnet in den Prozeß der Wissenschaftsentwicklung im ganzen und wesentlich mit abhängig von gesellschaftlichen Interessen und Zwecksetzungen. Der dynamische Charakter und die Komplikationen dieser gerade auf die Erfassung der psycho-sozialen Seiten des Krankheitsgeschehens gerichteten Bemühungen um die Erschließung relevanter Problembereiche für Forschung und Praxis kommt u.a. auch darin zum Ausdruck, daß gegenwärtig in fast allen klinischen Disziplinen der modernen Medizin die Erkenntnis reift, daß eine ausschließlich biologische Betrachtungsweise und Therapie der komplexen Krankheitsproblematik des einzelnen Patienten nur in seltenen Fällen wirklich entsprechen und eine optimale Rehabilitation gewährleisten kann. Die damit verbundene intensivere Beschäftigung mit der Problematik der psychischen Verarbeitung von Erkrankungen, mit den relevanten zwischenmenschlichen Beziehungen und mit den sozialen Bezügen von Krankheitsprozessen fördert eine komplexe Gesundheits- und Krankheitsauffassung und erfordert eine Aufnahme derartiger Zusammenhänge auch in die verallgemeinernden theoretischen Aussagen zum Wesen des menschlichen Krankheitsgeschehens. Es kann heute als in zunehmendem Maße akzeptiert und eindeutig nachweisbar gelten, daß selbst bei scheinbar „rein biologischen“ Krankheitsprozessen, wie Infektionskrankheiten, Neoplasmen, Knochenbrüchen usw. gesellschaftliche Einflußfaktoren und deren individuelle Verarbeitung durch die Patienten eine im Einzelfall zwar unterschiedliche, jedoch zumeist bedeutende Rolle spielen. Belastungen in Arbeitsprozessen und durch konfliktvolle Formen des menschlichen Zusammenlebens mitbedingte Erkrankungen wirken sich auf die Morbiditätsstatistik aus. Spezifische soziale Lebensumstände und Eigenarten von Persönlichkeiten haben maßgeblichen Einfluß darauf, wie Krankheitsprozesse erlebt, verarbeitet und bewältigt werden können. In Anbetracht dieser Erkenntnisse muß die im medizinisch-theoretischen Denken immer wieder vorgenommene Einteilung der Krankheiten in allein biologisch faßbare und solche mit primär psychologischer Problematik als überholt angesehen werden. Alle derzeit bekannten menschlichen Erkrankungen lassen sich vielmehr erst richtig als Ergebnisse eines komplexen Zusammenwirkens biologischer, sozialer und psychischer Bedingungen begreifen. Dabei sind allerdings die für unterschiedliche nosologische Formen nachweisbaren Zusammenhänge verschiedenartig ausgeprägt und lassen Gruppenbildungen bzw. Gliederungen auch nach dem Maß und der Art der jeweils dominierenden Faktorengruppen zu, die für die Praxis durchaus unterschiedliche Schwerpunktbildungen für therapeutisches Wirken fundieren. So darf es als selbstverständlich legitim angesehen werden, wenn bei in erster Linie durch biologisch faßbare Störungen gekennzeichneten Erkrankungen den biochemischen, physiologischen oder anderen somatischen Aspekten zunächst das Haupt-[16]augenmerk gilt, während in anderen Fällen, z. B. bei Neurosen oder Psychosen, die Einflußnahme auf psychische Prozesse zur primären und entscheidenden Aufgabe wird. In Anlehnung an eine andernorts ausführlicher begründete und auch in ihrer Relativität deutlich gekennzeichnete Aufgliederung menschlicher Krankheiten im Hinblick

auf das praktisch vorrangige Gewicht psycho-sozialer Komponenten (Thom, A. u. K. Weise, 1977) ist hier zunächst die Aussage möglich, daß auf jeden Fall jene Erkrankungen einen potentiellen Gegenstand psychotherapeutischen Handelns darstellen, deren Entstehung nach allen bisherigen Erfahrungen durch psychische Reaktionen von Menschen auf die Gesamtheit ihrer Lebensbedingungen mit beeinflußt wird (und die zumeist mit dem Sammelnamen „psychosomatische Erkrankungen“ oder „funktionelle Störungen“ belegt werden) und weiterhin jene große Gruppe von Krankheiten und Störungen, die in erster Linie zu Veränderungen des psychischen Erlebens, des Selbstbewußtseins und des sozialen Verhaltens führen und sich in psychopathologischen Reaktionen als Krankheiten äußern. In beiden Gruppen sind somatische Ursachen und Bedingungen für die entsprechenden Entwicklungen mit in Betracht zu ziehen und somatische, z.B. pharmakologische, Mittel der Therapie häufig erforderlich; unmittelbar auf das gestörte Erleben gerichtete Einflußnahmen sind hier jedoch mit Sicherheit absolut unerläßliche Elemente jeder sinnvollen Behandlungsstrategie.

Da Erkrankungen der genannten Art zunächst aus Gründen einer historisch gewachsenen Struktur der klinischen Disziplinen innerhalb der Psychiatrie, der inneren Medizin, der Pädiatrie u. a. Bereiche behandelt und auch weiter innerhalb dieser Disziplinen behandelt werden müssen, um eine komplexe Untersuchung ebenso wie eine allseitige Therapie zu garantieren, kann die These, sie seien (in einer bestimmten Dimension) Gegenstand der Psychotherapie, nicht zugleich die Forderung bedeuten, sie aus diesen Disziplinen herauszulösen. Psychotherapie kann, weil sie ihren potentiellen Gegenstand in bereits weitgehend bewährte disziplinäre Strukturen eingeordnet findet, nur als querschnittswissenschaftliches Problemfeld und Arbeitsgebiet angesehen werden, sinnvoll nur innerhalb bzw. nur in enger Kooperation mit den genannten Disziplinen funktionieren (Rösler, H. D., 1977). „Querschnittswissenschaftlich“ heißt hier, daß der relevante Gegenstandsbereich in erster Linie eine spezifische Dimension einer Vielzahl von konkreten Krankheitsformen darstellt, die u. a. Gesichtspunkten (z. B. nosologischen) auch anderen Bereichen wissenschaftlicher Analyse und Praxis zugeordnet bleiben; wobei allerdings nicht die Existenz dieser Dimension des psychischen Geschehens bei der Entstehung, Entwicklung und Verarbeitung von Erkrankungen an sich, sondern erst die Erfassung seiner spezifischen Gesetzmäßigkeiten und die Erarbeitung von besonderen Methoden seiner gezielten Beeinflussung die Psychotherapie zur eigenständigen Fachdisziplin zu konstituieren vermag.

Komplikationen für eine ausreichend klare und befriedigende Charakteristik des potentiellen Gegenstandes der Psychotherapie in bezug auf die relevanten und der Psychotherapie zugänglichen Erkrankungsformen ergeben sich auch heute noch daraus, daß die bislang vorliegenden Erkenntnisse über die Rolle und die Wirkungsformen psychischer Komponenten bei den genannten Krankheitsgruppen z. T. noch unzureichend sind, in einer Reihe von Fällen noch verschiedenartige Interpretationen und Wertungen zulassen und damit auch die spezielle Zuordnungs-[17]problematik erschweren. Mangelnde Klarheit bei der Bestimmung des Gegenstandes der Psychotherapie auch bei Psychotherapeuten selbst hat dabei sicher dazu beigetragen, daß die Kompetenz und Verantwortung des Fachgebietes bisher nur unzureichend herausgearbeitet wurde.

Völlig unbefriedigend erscheinen in diesem Zusammenhang solche relativ abstrakten und einseitigen Funktionsbestimmungen von Psychotherapie, wie z. B. die von J. H. Schultz (1952) verwendete Formel, Psychotherapie sei ärztliche Krankenbehandlung durch „rein seelische Beeinflussung, nicht Behandlung seelischer Störungen“ oder eine von D. Wyss (1971) stammende Aussage „Psychotherapie heißt ... seelische Behandlung, wobei Therapie sich immer auf ärztliche Behandlung bezieht“. In beiden durchaus typischen Bestimmungsversuchen ist die Einseitigkeit der Begrenzung auf das rein „seelische“ Geschehen (d.h. die Ausklammerung des sozialen Kontextes jeder psychischen Entwicklung) und die ausschließlich ärztliche (d. h. die Mitwirkung des Psychologen oder auch des sonstigen nicht-ärztlichen Mitarbeiters im Gesundheitswesen ausschließende) Kompetenzfestlegung ebenso problematisch wie die Unbestimmtheit bezüglich der in Betracht kommenden Erkrankungen und Methoden.

Ein besonders problematischer Punkt, an dem Psychotherapeuten immer wieder zu einer Orientierung auf ein selbständiges Handlungsfeld neben den anderen medizinischen Disziplinen geneigt scheinen, betrifft jene Sondergruppe von Erkrankungen, die nach den bisherigen Auffassungen fast ausschließlich

als psychisch bedingt und deshalb auch als nur psychotherapeutisch behandelbar gilt, die Neurosen (bzw. bestimmte Formen von Neurosen, wie etwa die Fehlentwicklungen) (Höck, K. u. W. König, 1976). Jedoch ist hier die Abgrenzung dieses Arbeitsfeldes z. B. von der Psychiatrie in der Praxis außerordentlich schwierig. Auf keinen Fall sollte die Anerkennung dieses spezifischen klinischen Handlungssektors dazu führen, Psychotherapie generell auf Neurosenlehre und -therapie zu begrenzen, wie das indirekt auch in der Literatur gelegentlich geschieht (vgl. dazu auch den sehr interessanten und kritischen Beitrag von Ch. Kohler, 1974, zur wissenschaftstheoretischen Situation der Psychotherapie).

Betrachten wir in Ergänzung der derzeitigen Einsichten über verschiedene Seiten der Mitbeteiligung psycho-sozialer Faktoren bei der Krankheitsentstehung die praktisch bereits erprobten Möglichkeiten zum Einsatz psychotherapeutischer Methoden in verschiedenen Stadien oder Phasen von Krankheitsprozessen unterschiedlicher Art, ergibt sich eine Erweiterung des bisher besprochenen Aspekts der Gegenstandsbestimmung bzw. des Wirkungsraumes von Psychotherapie. Zu den in dieser Perspektive wesentlich erscheinenden Prozeßebenen gehört dann neben den heute bekannten Veränderungen der Erlebnis- und Reaktionsweisen als ursächlich bedeutsam, pathogenetisch spezifisch und das Krankheitsgeschehen selbst mit bildenden Vorgängen jenes System von Folgewirkungen jeder ernsthaften Erkrankung, die mit der Bewältigung der Krankheitssituation durch die betroffenen Personen eintreten. Bezüglich dieser Folgewirkungen kann mit Sicherheit behauptet werden, daß jedes ernsthafte Krankheitsgeschehen beim Menschen für die betroffenen Personen schwer zu bewältigende Lebenssituationen bedingt, deren psychische Verarbeitung nicht nur für das Maß an Wohlbefinden und Sicherheit, sondern auch für das konkrete Verhältnis zur Therapie und zu den medizinischen Einrichtungen bedeutsam ist und über schwer zu durch-[18]schauende „Mechanismen“ auf den Krankheitsverlauf zurückwirkt. Für jede der vorher genannten Gruppen von Krankheiten kann dabei eine in Grundzügen gleiche psychologische Reaktionsform angenommen werden, deren konkrete Ausgestaltung sowohl vom Charakter der betreffenden Krankheit (bzw. deren unterschiedlichen Auswirkungen auf das Befinden und die sozialen Existenzbedingungen), als auch von den besonderen Bedingungen der Persönlichkeitsentwicklung und der sozialen Situationen abhängen dürfte. Schwierig zu erfassen sind diese Prozesse vor allem dann, wenn sie bereits mit psychopathologischen Entwicklungsverläufen verkoppelt sind und von daher ihre besondere Gestaltung – z. B. als Abwehr- oder Kompensationsvorgänge im Sinne der auf den Seiten 101-103 beschriebenen Prozesse im Erfahrungsbereich der Psychiatrie gewinnen. Während mit Bezug auf die vorher besprochenen Fragen der besonderen Anteile psychischer Prozesse bei bestimmten Krankheitsgruppen Psychotherapie als jene querschnittswissenschaftliche Disziplin fixiert werden kann, die innerhalb umgrenzter klinischer Disziplinen vor allem spezifische Mittel zur diagnostischen Erfassung und zur gezielten Beeinflussung derartiger krankheitsspezifischer psychischer und psychopathologischer Vorgänge bereitstellt und einsetzt, kann sie mit dem Blick auf die besonderen Formen psychischer Verarbeitung des Krankheitsgeschehens durch Personen generell als umfassende querschnittswissenschaftliche Grundlegung der richtigen Handhabung menschlicher Begegnungen im therapeutischen und rehabilitativen Handlungsfeld klinischer Praxis überhaupt gesehen werden.

Eine Zwischenbilanz der bisherigen Erörterung, und zwar Ansatzpunkte für die Psychotherapie zu verdeutlichen, die mit der Struktur des Objekts der Medizin im Prinzip gegeben sind, ist nun möglich. Mit dem Blick auf die dargestellten psycho-sozialen Komponenten der Krankheit kann als der mögliche Gegenstandsbereich von Psychotherapie die Gesamtheit jener Gesetzmäßigkeiten (mit den aus ihnen ableitbaren Verfahren der Diagnostik, der Therapie und der optimierenden Gestaltung menschlicher Begegnungen im Kontext gegebener sozialhistorischer Lebensbedingungen) gelten, die in den unmittelbar psycho-sozialen und psychischen Geschehensebenen von Krankheitsprozessen als Komponenten der Pathogenese oder der sekundären Folgeerscheinungen wirken und für die Erreichung von Heilzwecken und/oder der angemessenen medizinisch-sozialen Betreuung von Personen Relevanz besitzen.

Ein Überblick über die neuere Entwicklungsgeschichte der Medizin und auch über die Vielfalt der Konzepte zur Stellung und Funktion der Psychotherapie zeigt, daß konkretere Vorstellungen ihrer

Gegenstandsproblematik allerdings immer nur Ausschnitte aus der Vielzahl der in Frage kommenden Sachverhalte und Methoden erfassen, und zwar in deutlicher Abhängigkeit einerseits vom jeweils erreichten Stand des Wissens (und dessen Unbestimmtheiten) und andererseits von historisch unterschiedlich akzentuierten Kompetenzansprüchen durch die von diesen Fragen mit tangierten medizinischen (und z. T. auch psychologischen) Fachdisziplinen. Ein eigenständiger Problembereich der Reflexion über den Rang und die Zuordnung von Psychotherapie im weitesten Sinne des Wortes entsteht dabei bekanntlich erst zu einem Zeitpunkt, da die Gegenreaktion auf ein sich ausbreitendes ausschließlich naturwissenschaftlich-biologisches Krankheitskonzept in der Gestalt sich artikulierender besonderer Strömungen geisteswissenschaftlicher Krankheitslehren einsetzt, d. h. zum Ende des ver-[19]gangenen und ausgeprägter in den 20er Jahren unseres Jahrhunderts. In erster Linie war es dabei S. Freuds analytische Technik der Neurosenbehandlung und die darauf aufbauende Lehre von der Neurosenentstehung, die die psychogenetische Betrachtungs- und Behandlungsweise wesentlich förderte und die zugleich den Anspruch vertrat, eine derart spezielle Therapietechnik zu besitzen, die nur über eine gesonderte Ausbildung neben dem sonstigen ärztlichen Wissen zu erwerben sei. Erst diesem Anspruch gegenüber erschien der auch z. Z. der Begründung der Psychoanalyse durchaus übliche Standpunkt von Psychiatern oder Internisten unzureichend, nach dem z. B. Neurosen innerhalb dieser Disziplinen über eine gezielte Einflußnahme auf inadäquate Formen psychischer Einstellungen zu behandeln seien, wobei allerdings die speziellen Auffassungen über Formen von Neurosen, deren Ursachen und deren Behandelbarkeit einen raschen Wandel erfuhren und zu einer allmählichen Eingrenzung des Begriffs führten (z. B. relativ deutlich erkennbar in den verschiedenen Darstellungen dieses Themas in den seinerzeit außerordentlich weit verbreiteten verschiedenen Auflagen des „Lehrbuchs der Inneren Medizin“ von A. Strümpell (1882; 1926)). Sowohl die von Freud ausgehenden Bestrebungen nach einer speziellen Neurosenlehre und -therapie, als auch die wenig später in der Psychiatrie Gewicht erlangenden Forderungen nach einer speziellen verstehenden Psychopathologie und nach verschiedenen Verfahren der verstehenden Deutung psychopathologischer Reaktionen (etwa in Gestalt der Daseinsanalyse Binswangers) und schließlich auch die in den 20er Jahren akzentuiert entwickelten Vorstellungen von der Psychogenese vieler funktionellen Störungen (etwa in der Form der Gestaltkreislehre V. v. Weizsäckers) mündeten in einen einheitlichen Trend der Entwicklung, der etwa folgende Konsequenzen zu haben scheint:

1. die Hervorhebung bestimmter Gruppen und Formen von Erkrankungen als ausschließlich oder vorwiegend psychisch bedingte Prozesse;
2. die Ausarbeitung spezieller Methoden der psychologischen Beeinflussung (Therapietechniken) derartiger Erkrankungen bzw. Störungen;
3. die Schaffung besonderer Qualifizierungs- und Organisationsformen für eine mit diesen Techniken arbeitende Gruppe von Therapeuten als wesentliches Merkmal der Professionalisierung von Psychotherapie.

Da aber in diesen Punkten infolge noch unzureichenden Wissens neben legitimen hypothetischen Annahmen und erfahrungsbegründeten Handlungsorientierungen vereinfachende Überhöhungen und Vereinseitigungen der neuen Konzepte und Vorgehensweisen außerordentlich stark ausgeprägt waren, geriet die ganze Bewegung sehr rasch in einen deutlichen Gegensatz zu den sonst in der Medizin jener Zeit anerkannten Positionen und Normvorstellungen von wissenschaftlicher Arbeit und Praxis. Von gravierender Bedeutung für ein ziemlich krasses Mißverhältnis zwischen dem relativ umfassenden Kompetenzanspruch der engagierten Vertreter einer solchen speziellen Psychotherapie und deren realen Wirkungsmöglichkeiten im System der medizinischen Betreuung waren dabei neben den z. T. sehr ausgeprägten konservativ abwehrenden Einstellungen in einigen klinischen Disziplinen (insbesondere der Psychiatrie) ökonomische resp. gesundheitspolitische Gegebenheiten und der Umstand, daß die verschiedenen psychotherapeutischen Schulrichtungen mit ihren Absolutheitsansprüchen mehr gegeneinander als für die vorhandenen gemeinsamen Grundanliegen stritten.

[20] Die ökonomischen bzw. gesundheitspolitischen Grenzen für die psychotherapeutische Praxis bestanden dabei vorwiegend darin, daß unter den Bedingungen der kapitalistischen Gesellschaft der

Versicherungsschutz (falls überhaupt vorhanden) sich nur auf Erkrankungen erstreckte, die unmittelbar und direkt mit Arbeitsunfähigkeit verbunden waren und daß spezielle psychotherapeutische Leistungen in den auf somatische Verfahren eingerichteten Honorarordnungen für Kassenärzte nicht erfaßt wurden. Eben diese Bedingungen waren es aber auch, die der sich spezialisierenden Psychotherapie einen spezifischen Klientenkreis mit spezifischen Störungen vorrangig zugänglich machten und ihr Profil als Neurosenbehandlung für zahlungskräftige Patienten der Mittel- und Oberschichten mitbestimmten (bzw. als Therapie für ausgewählte Gruppen psychisch Kranker in Privatkliniken). Versuche von Psychoanalytikern (etwa der Adlerschen Richtung), aus diesen Grenzen auszubrechen und ihre Tätigkeit in das sonstige System der Gesundheitsversorgung einzugliedern scheiterten immer wieder, so daß eine etwas zugespitzte Formulierung von Wilkening, H. J. (1978), nach der das klassische psychoanalytische Verfahren als eine Art Prototyp von spezialisierter Psychotherapie „nicht ein Verfahren zur Neurosenbehandlung an sich, sondern die Nutzung der beruflichen Beziehungsstruktur von Arzt und Patient für die Therapie neurotischer, zahlungsfähiger, gebildeter Einzelpersonen“ darstellt, im Kern für jene Entwicklungsperiode durchaus zutreffend ist. Auch heute noch gibt es in den entwickelten kapitalistischen Staaten, vor allem in der BRD, einen erkennbaren Unterschied zwischen verschiedenen psychotherapeutischen Wirkungsprofilen: einerseits als Anwendung psychotherapeutischer Methoden in klinischen Disziplinen (vor allem in der Psychiatrie) und andererseits als Arbeitsfeld einer besonderen Profession im System der „freien“ Praxis und dort vorwiegend als Behandlung neurotischer Erkrankungen und als Form der Beratung bei verschiedenen psychischen Störungen ohne eigentlichen Krankheitswert. Daneben erschließt sich andererseits eine wachsende Zahl von nichtärztlichen „Therapeuten“ neue Wirkungsfelder, wie z. B. eine Vielzahl von Gruppenaktivitäten zur Befriedigung von Bedürfnissen nach persönlicher Begegnung, freier Gefühlsäußerung und ungehinderter menschlicher Kommunikation (Winkler, B., 1978). Die relative „Enge“ spezialisierter Psychotherapie als Neurosenbehandlung bei einer sozial selektierten Gruppe von Patienten setzte dabei indirekt Grenzen für die Wirksamkeit in der Medizin, insofern sie zur vorrangigen Entwicklung von Methoden und Techniken tendierte, die sich in die Arbeitsbedingungen medizinischer Institutionen nur unter Schwierigkeiten einfügen ließen, was vor allem für die analytischen Richtungen gilt.

Die außerordentlich große Zerrissenheit im Lager der spezialisierten Psychotherapeuten führte bereits 1925 J. H. Schultz, der zu den anerkannten Repräsentanten des sich allmählich profilierenden Fachgebietes gezählt werden darf, zu der These von einer „Schicksalsstunde der Psychotherapie“ und zu der Feststellung, daß maßgebliche Hemmnisse für die weitere fruchtbare Entwicklung a) in der fehlenden Einsicht in den inneren Zusammenhang der Vielzahl psychotherapeutischer Konzepte und Methoden und b) in der Tendenz einer Lösung psychotherapeutischen Handelns vom klinischen System der medizinischen Betreuung zu sehen seien.

Die seither erfolgte Entwicklung in wesentlichen Einzelheiten zu beschreiben [21] ist hier unmöglich, da sie außerordentlich viele Formen und Modifikationen umfaßt. Grundlegende Tendenzen dieser Entwicklung lassen sich jedoch in folgenden Punkten charakterisieren. Der bereits zu Beginn der Entwicklung der Psychotherapie zu einem speziellen Arbeitsgebiet vorhandene Trend zur Entwicklung von Alternativkonzepten bezüglich des Krankheitsverständnisses, zur Errichtung gesonderter Behandlungsinstitutionen neben den historisch gewachsenen medizinischen Einrichtungen und zur Gründung eigenständiger analytischer Ausbildungsinstitutionen wird fortgesetzt und hat nach wie vor die gleichen Folgen: begrenzte Indikationsfelder, Konfrontation mit der Medizin und exklusiv werdende Professionalisierungen. Dieser Tendenz entgegen wirkt ein Prozeß der allmählichen Integration psychotherapeutischen Wissens und angemessener Behandlungsverfahren in die klinische Arbeit vor allem solcher Fachgebiete wie der inneren Medizin und der Psychiatrie, der auf die Dauer schon deshalb günstige Folgewirkungen zeitigt, da er mit der zunehmenden Adaptation psychotherapeutischer Methoden an die spezifischen Bedingungen einer großen Zahl von unterschiedlichen Erkrankungsformen verbunden ist, eine komplexe Strategie der Behandlung fördert und psychotherapeutische Hilfe leichter zugänglich macht, (wobei diese Wirkungen in dem Maße spürbar werden, in dem die psychotherapeutische Qualifikation innerhalb dieser Fachdisziplinen wächst).

Zum Entwicklungsniveau des Basiswissens und der Methodenbegründung psychotherapeutischen Handelns

Einleitend wurde festgestellt, daß die Stellung eines Fachgebietes im System der medizinischen Wissenschaft auch davon abhängt, in welchem Maße Annahmen über seinen Gegenstand und seine Methoden wissenschaftlich fundiert sind und als wissenschaftlich begründet ausgewiesen werden können.

Das inzwischen erreichte positive Erkenntnisniveau in den für die Psychotherapie vorrangig wichtigen Bereichen von Medizin und Psychologie zu kennzeichnen, ist sehr schwer, da es sich dabei um komplexe und z. T. noch in dynamischer Entwicklung befindliche Erkenntnisleistungen handelt. Für den Bereich der als funktionelle Störungen oder psychosomatische Erkrankungen bezeichneten Prozesse scheint uns vor allem die von Klumbies, G. (1974) verfaßte Übersichtsdarstellung bedeutsam, da sie den derzeitigen gut begründbaren Einsatzbereich psychotherapeutischer Verfahren in der Allgemeinmedizin und in der Inneren Medizin klar umreißt und auch die Notwendigkeit einer komplexen Diagnostik und Therapie derartiger Entwicklungen eindeutig herausstellt. Die recht schwierigen methodologischen Fragen einer weiteren Abklärung hier wesentlicher pathogenetischer Fragestellungen, an deren Erforschung eine Vielzahl von Disziplinen beteiligt sind, wurden in der Studie von U. Schlegel und A. Thom (1977) erörtert. Nach wie vor bestehen die entscheidenden Schwierigkeiten der Erkenntniserweiterung im Erfassen jener Prozesse, durch die langfristig wirkende Veränderungen der psychischen Erlebnisweise Dysregulationen organismischer Vorgänge bewirken bzw. beeinflussen. Nach wie vor liegen die sichtbarsten Erfolge der systematischen Forschung auf epidemiologischem Gebiet in der Ermittlung von Korrelationen zwischen Lebensbedingungen und psychischen Reaktionen einerseits [22] und dem Auftreten psychosomatischer Erkrankungen andererseits, woran auch neuere Konzepte globalerer Art immer wieder anknüpfen, wie etwa die in Arbeiten von S. Zepf (1976) vorgestellten Überlegungen zu den sozialen Quellen psychosomatischer Störungen.

Für den engeren Bereich der Neurosentheorie und der psychotherapeutischen Neurosenbehandlung sind die vorhandenen Erkenntnisse am Übersichtlichsten in der schon erwähnten Arbeit von K. Höck und W. König (1979) dargestellt. Die Vielfalt möglicher und am Ende jeweils für sich doch noch unbefriedigend bleibender Forschungs- und Erklärungsansätze zur Neurosenpathogenese scheint uns vor allem in dem Band von R. Baumann und K. Hecht zum Thema „Stress, Neurose, Herz-Kreislauf“ von 1977 zum Ausdruck zu kommen.

Im Bereich der Psychiatrie, deren typische Krankheitsformen – Psychosen, Neurosen und Suchten – seit längerem mindestens in pathogenetischer und pathoplastischer Hinsicht vorrangig unter psychodynamischen Aspekten gesehen werden, tendieren einige neuere Entwicklungen der Krankheitslehre zu einer stärkeren Betonung der Bedeutung psycho-sozial bedingter Zusammenhänge. Sofern unter Psychotherapie dabei ganz allgemein der Einsatz psychologischer Mittel in der Behandlung gemeint wird, können solche Aussagen anerkannter Fachvertreter, wie etwa die von Kisker, K. P. (1975) „daß die Psychiatrie ... Psychotherapie in Aktion oder nichts wert“ sei und „die Unterscheidung von Psychiater und Psychotherapeut keinen Sinn hat, weil ein Psychiater entweder Psychotherapeut oder nichts ist“ als unproblematisch gelten und finden auch in steigendem Maße Anerkennung. Durchaus nicht einhellig ist dagegen die Position des Fachgebietes zur Möglichkeit und Effektivität des Einsatzes spezieller psychotherapeutischer Methoden bei verschiedenen Krankheitsformen, z. B. bei Psychosen, deren Ätiologie noch umstritten ist und die nach allen Erfahrungen den Einsatz komplexer (d. h. auch somatischer) Methoden erfordern, sowie spezielle Schwierigkeiten für die Patient-Therapeut-Begegnung beinhalten, solange akute Dekompensationen der psychischen Reaktionsmöglichkeiten und Verarbeitungsweisen vorliegen oder dominieren. Generell kann aber gesagt werden, daß die moderne Psychiatrie den bereits genannten Trend zur Integration (und integrativen Entwicklung) psychotherapeutischer Erkenntnisse in der Gegenwart zu realisieren beginnt, was auch aus der in diesem Band vorgestellten Übersichtsdarstellung von K. Weise hervorgeht und z. B. auch in der Veröffentlichung von K. Dörner (1978) zum Ausdruck kommt.

Bei allen zuletzt erwähnten Krankheitsgruppen (Psychosen, Neurosen, Suchten) wird das generell in Frage kommende Einsatzgebiet für Psychotherapie als direkter Bestandteil der Kompetenz des Psychiaters unumstritten sein. Dabei zeigt sich die Notwendigkeit weiterer Differenziertheit des Wissens um relevante Zusammenhänge bei diesen Erkrankungen bzw. ihrer speziellen Formen und bestimmte Phasen ihrer Entwicklungsstadien. Welche Formen psychotherapeutischen Vorgehens (Im Sinne von Methoden und Techniken) dabei im einzelnen jeweils sinnvoll Anwendung finden können und unter welchen Bedingungen, ist ein Fragenbereich, zu dem Antworten aus einer vorrangig methodenzentrierten psychotherapeutischen Forschung abzuleiten sind. Sie stellen ein relativ eigenständiges Arbeitsfeld dessen dar, was im speziellen Sinne als medizinisches Fachgebiet „Psychotherapie“ benannt zu werden verdient. Dieser Forschungsbereich, [23] dessen Basisebenen neben ätio-pathogenetischen Erkenntnissen vor allem unmittelbar klinische Erfahrung und sozial-psychologische Gesetzmäßigkeiten (in diesem Falle als Vermittlung von Begriffen und Methoden zum Studium psychischer Prozesse und Interaktionen) bilden, zeigt ebenfalls interessante Entwicklungstrends, die kurz zu skizzieren sind.

1. zu nennen ist dabei der Umstand, daß historisch entstandene besondere methodische Verfahrensweisen psychotherapeutischer Praxis (beispielsweise analytische Techniken, Methoden der Verhaltensbeeinflussung; Verfahren der Gruppenpsychotherapie verschiedener Art) hinsichtlich ihrer theoretischen Voraussetzungen (etwa ihrer Persönlichkeits- oder lernpsychologischen Grundlegung), hinsichtlich ihrer technologischen Differenzierung (einschließlich ihrer Lehr- und Lernbarkeit), sowie hinsichtlich ihrer Indikationen und Kontraindikationen präzisiert und nach und nach rationalisiert werden. Damit entstehen neuartige Voraussetzungen zur Überwindung der vor allem stets als Mangel und Zeichen fehlender wissenschaftlicher Qualifikation angesehenen inneren Widersprüchlichkeit des Methodenangebots der Psychotherapeuten gegenüber der Medizin.
2. wird im Rahmen methodenkritischer Forschung immer deutlicher, daß psychotherapeutischem Handeln über alle Methodendifferenzen hinweg interessante invariante Wirkungsmechanismen innewohnen, die bisher vor allem im Rahmen der Gesprächspsychotherapie und der Verhaltenstherapie analysiert worden sind (Helm, J., 1978).

Die Effektivität psychotherapeutischer Methoden bei der gezielten Einflußnahme auf Erlebnisstrukturen und Persönlichkeitseigenschaften von Patienten mit verschiedenartigen Erkrankungen hängt nach diesen Einsichten vor allem mit ab von der Realisierung der inzwischen viel diskutierten Basisvariablen des Therapeutenverhaltens, nämlich der Akzeptierung bzw. Wertschätzung des Patienten, der Empathie bzw. Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte und der Selbstkongruenz bzw. Verhaltensechtheit des Therapeuten, sowie von der Nutzung lernpsychologischer Gesetzmäßigkeiten. Auch mit diesen Ansätzen, die sicher ebenfalls noch eine weitere Entwicklung erfahren werden, sind mögliche Wege zu einer Vereinheitlichung des psychotherapeutischen Handlungskonzepts gewiesen, und gewinnt die traditionelle Fragestellung nach den Vorzügen und der absoluten Überlegenheit des einen gegenüber anderen Methodenansätzen einen anderen Rang und werden viele Einwände gegen die Psychotherapie generell hinfällig, die aus annähernd gleichen Erfolgen verschiedener Verfahren hergeleitet worden sind. Nicht zu verkennen ist dabei jedoch, daß die genannten und von uns als hoch bedeutsam angesehenen Ausdrucksformen einer Entwicklung zu einer qualifizierteren wissenschaftlichen Fundierung psychotherapeutischen Handelns erst als Ansatz existieren und bisher nicht zu einer hinreichend klaren theoretischen Aufarbeitung zu einem System geführt worden sind. Nach wie vor ist die Psychotherapie in den entwickelten kapitalistischen Ländern von Auseinandersetzungen um Absolutheitsansprüche bestimmter methodischer Richtungen bestimmt. Nach wie vor ist es auch bei uns und in anderen sozialistischen Ländern üblich, eigene methodische Konzepte an Traditionslinien spezieller Verfahrensrichtungen anzuschließen und als jeweils gesonderte Systeme auszubauen, Hier wirkt offensichtlich ein schwer auflösbarer „Mechanismus“ der Erkenntnisentwicklung von der [24] Art, daß sich das Streben nach wissenschaftlicher Originalität und Durchsetzung der von Einzelnen oder von Schulen als richtig angesehenen Standpunkte zunächst immer als Kritik und Abgrenzung von anderen Konzepten artikuliert und eine Syntheseleistung erst auf einer metatheoretischen Betrachtungsebene möglich wird, die bereits die Lösung vom Verfechten einer eigenen Methodik voraussetzt. Wenn Psychotherapie sich auch künftig als querschnittswissenschaftliches Arbeitsgebiet In der

Medizin in dem bereits erörterten Sinne anerkannt wissen will, daß sie spezielle Behandlungsverfahren für alle jene Prozesse anbietet, die nach den Einsichten der Krankheitslehre und der Klinik einer gesonderten psychischen Einflußnahme bedürfen, wird sie nicht umhin können, diese integrativen Ansätze auch ihres methodischen Wissens systematisch auszubauen und genauer auszuweisen:

- worin die Elemente und Verfahrensvorschriften, sowie die Indikationen und Kontraindikationen eines als Methode angesehenen Handlungsangebotes bestehen;
- wie ein solches spezifisches Handlungsangebot theoretisch zu begründen ist und
- wie ein solches spezifisches methodisches Konzept als Element eines umfassenden psychotherapeutischen Theoriengebäudes interpretiert werden kann.

Da wir anfangs bei einer ersten groben Bestimmung des Funktionsraumes von Psychotherapie auch davon sprachen, daß sie in Anbetracht der bedeutsamen psychologischen Problematik jeder ernsthafteren Erkrankung auch als umfassende querschnittswissenschaftliche Grundlegung der richtigen Handhabung menschlicher Begegnungen im therapeutischen und rehabilitativen Handlungsfeld jeder klinischen Praxis überhaupt gesehen werden kann, ergibt sich hier nun auch die Frage, wieweit ihre diesbezügliche Kompetenz und Leistungsfähigkeit auf der Basis des derzeit erreichten Erkenntnisstandes reicht. Ein Blick auf die relevante Literatur läßt dazu recht schnell erkennen, daß ein solcher Anspruch als ein speziell psychotherapeutischer heute noch erst in Ansätzen eingelöst wird. Komplikationen in der Arzt-Patient-Begegnung werden hinsichtlich Ihrer psychologischen Problematik heute u. a. auch von der Medizinsoziologie, von psychologisch interessierten Fachvertretern klinischer Disziplinen oder von klinischen Psychologen behandelt; Fragen der spezifischen psychologischen Befindlichkeit von Patienten mit besonders belastenden oder gefährlichen Erkrankungen, von Patienten in der Rehabilitation oder in der Situation des bevorstehenden Todes sind ebenfalls in breitem Maße Gegenstand fachspezifisch-psychologischer oder klinisch-psychologischer Erörterungen und Handlungsangebote. Dies scheint damit zusammenzuhängen, daß spezielle Psychotherapie sich bisher vorwiegend auf Methodenentwicklung zur Therapie bestimmter Erkrankungen und Störungen fixiert hat und vorwiegend in diesem Rahmen und auch hier nicht einmal durchgehend allgemeinere Probleme der menschlichen Begegnung systematisch reflektiert. Analysen, wie die von H. F. Böttcher in diesem Band, die Erfahrungen speziell der Psychotherapie für das Verständnis psychologischer Gesetze in Patienten-Therapeuten-Begegnungen aufarbeiten – und von der großen Fruchtbarkeit potentiell möglicher Beiträge der Psychotherapie zu diesem Problemfeld zeugen – sind noch relativ selten. Unter diesen gegenwärtigen Bedingungen scheint es typisch, daß Psychotherapie in der konkreten Gestalt ihrer Fachvertreter [25] einerseits viel zur psychologischen Qualifizierung des Therapeuten-Verhaltens in der Medizin generell dort beiträgt, wo sie in besonderen Weiterbildungsformen (Problemfallseminaren Trainingslehrgängen für bestimmte Methoden usw.) neben und mit der Vermittlung von therapiebezogenem Sachwissen auch dessen fundierende psychologische Einsichten (und Haltungen) klarstellt, andererseits aber noch zu wenig mit theoretisch durchdachten und empirisch erprobten Handlungsangeboten auf den Plan tritt, die über derartige Weiterbildungsformen hinaus in der Rehabilitation wirksam werden könnten. Die bisherige Orientierung auf Methodenentwicklung mit unmittelbar therapeutischer Zielstellung erweist sich damit als zu eng gegenüber dem hier diskutierten Problemfeld und das trifft erst recht zu, wenn die Psychotherapie ausschließlich auf Techniken der Neurosenbehandlung eingeeengt würde.

Nehmen wir jedoch neben den angedeuteten Anzeichen für noch unzureichende Leistungen bei der Methodenentwicklung die Vielzahl der in den letzten Jahren erreichten präzisierenden Einsichten in die Funktionen, Indikationsbereiche und die Lehrbarkeit spezieller Methoden (z. B. der Gesprächspsychotherapie, der Verhaltenstherapie; autosuggestiver Verfahren und der Gruppenarbeit) zum Maßstab der Urteilsbildung, kann die Bilanz der bisherigen Entwicklung und die Prognose durchaus optimistisch beurteilt werden. Offensichtlich wird der künftige Weg weiterer wissenschaftlicher Qualifizierung psychotherapeutischen Handelns über die Fortsetzung dieser hochspezialisierten Arbeit an besonderen Methoden, über die vertiefende Ermittlung der in ihnen wirksamen psychologischen Gesetzmäßigkeiten und in der auf dieser Basis auszubauenden Herstellung synthetisierender Auffassungen von den

Vermittlungen und Systemzusammenhängen bestehen müssen. Der Psychotherapie gegenwärtig den Status einer wissenschaftlichen Begründbarkeit noch absprechen zu wollen, wäre ebenso unsinnig, als würde man die wissenschaftliche Legitimation der Psychiatrie daran messen, daß sie noch keine befriedigende Erklärung der Psychosenentstehung besitzt und die speziellen Wirkungsmechanismen von Psychopharmaka nicht vollständig zu rekonstruieren vermag.

Psychotherapie und soziale Erfordernisse der Qualifizierung der medizinischen Betreuung. – Folgerungen zur Institutionalisierung

Der Stellenwert der Psychotherapie innerhalb der Medizin ist gegenwärtig und war auch in der Vergangenheit mit davon abhängig, in welchem Umfang die einer psychotherapeutischen Behandlung bedürftigen Erkrankungen real auftreten und welche spezifischen Anforderungen an die Beachtung der psycho-sozialen Dimensionen des menschlichen Krankseins gegenüber der Medizin geltend gemacht werden. Häufig wird die Frage nach der Relevanz oder Bedeutsamkeit von Psychotherapie und speziellen psychotherapeutischen Methoden aus einer primär epidemiologischen Perspektive gestellt und versucht, die Entwicklung des Fachgebietes Psychotherapie als Funktion der zunehmenden Zahl jener Erkrankungen zu bestimmen, die nach den heutigen Erkenntnissen psychotherapeutische Behandlung (weitgehend oder partiell) erfordern. Bei einem solchen Herangehen stellen sich die ersten Verlegenheiten dann ein, wenn das Fehlen zuverlässiger epidemiologischer Daten offensichtlich wird und sie tauchen erneut auf, wenn in Teilgebieten partiell vorhandene Einsichten in quantitative Entwicklungen und Verschiebungen in der Morbiditätsstruktur hinsichtlich ihrer Natur verschiedenartig interpretierbar erscheinen. Letzteres z. B. dann, wenn grundlegende demographische Variable, wie u. a. ein sich ändernder Altersaufbau, oder wenn neuartige Formen der Zugänglichkeit medizinischer Institutionen in Rechnung gestellt werden, wie u. a. eine absolut kostenlose Behandlung aller Arten von Beschwerden.

Obwohl viele theoretische Überlegungen und erfahrungsbegründete Schätzungen dafür sprechen, daß in bestimmten Bereichen Krankheiten mit sozial determinierten psychogenetischen Komponenten in größerer Zahl auftreten und in den Bereich medizinischer Betreuungsverpflichtungen gelangen, scheint uns die Bedeutsamkeit der Psychotherapie in erster Linie eine Folge a) des sich entwickelnden wissenschaftlichen Erkenntnisstandes zur Rolle psychischer Komponenten des Krankheitsgeschehens im bereits besprochenen Sinne und b) des sich entwickelnden Angebotes an geeigneten und gut begründeten Verfahren psychotherapeutischer Intervention. In beiden Richtungen läuft der Trend offensichtlich auf eine Erweiterung des Handlungsfeldes der Psychotherapie hinaus, auch dann, wenn wir eine im Prinzip gleiche oder nur partiell sich wandelnde Morbiditätsstruktur unterstellen, und zwar primär unter dem Druck gesellschaftlicher Ansprüche an die Qualität von medizinischer Betreuung im weitesten Sinne des Wortes. Verstehen wir unter „Qualität der Betreuung“, daß sowohl alle für den betreffenden Fall zur Wiederherstellung von Gesundheit (oder zur Leidensmilderung) in Frage kommenden geeigneten Verfahren zum Einsatz kommen, wobei die Bedürfnisse des betreffenden Patienten als Persönlichkeit in vollem Umfange (oder soweit wie möglich) Berücksichtigung finden, so unterscheidet sich in vielen Fällen die heutige von früheren Formen der Behandlung bei vielen Erkrankungen, z.B. in der Psychiatrie, nicht durch einen Wegfall z. B. somatischer zugunsten psychotherapeutischer Verfahren (obwohl dies in Einzelfällen auch eine notwendige Entwicklung darstellen kann), sondern durch einen höheren zusätzlichen Einsatz von psychotherapeutischen Methoden auf dem Wege der sozial wiedereingliedernden Therapie, d. h. durch eine Intensivierung und zunehmende innere Differenzierung der Behandlungsstrategien. Die Legitimität einer solchen Entwicklung beruht dabei letztendlich darauf, daß diese Art von Intensivierung zu besseren und nachhaltigeren therapeutischen Erfolgen (die Verminderung der Zeitdauer einer Leidenssituation der Patienten dabei eingeschlossen) führt. Dabei ist eine solche Legitimierung – erst recht, wenn an die relativ übergreifenden Gesichtspunkte der Bewältigung von Krankheitssituationen gedacht wird – letzten Endes an gesundheitspolitische Voraussetzungen gebunden, die in reifer Form nur in einer entwickelten sozialistischen Gesellschaft gegeben sind. Erst hier wird nämlich ein derart komplexes Bedürfnis der betroffenen Menschen zum Leitprinzip der Gestaltung des Gesundheitswesens, von

dem aus auch ohne primäre Angst vor Kosten an eine sukzessive Bereitstellung der dazu erforderlichen personellen und sonstigen Ressourcen gegangen werden kann. Diese Aussage bedeutet allerdings nicht, daß sich die konkreten Vorgänge einer angemessenen Einbeziehung psychotherapeutischer Aspekte und Verfahren in die klinische Arbeit und Betreuungspraxis der Medizin einer sozialistischen Gesellschaft kompli-[27]kationslos oder gar spontan vollziehen. Da jede derartige Veränderung Wandlungen der Einstellungen zum Krankheitsgeschehen sowohl auf der unmittelbar fachspezifischen Ebene (hier geht es um die Anerkennung der komplexen Genesis und Entwicklung von nosologischen Einheiten), als auch auf der Ebene der Einstellung zum eigentlichen Berufsauftrag (hier geht es um die Einsicht in die Verpflichtung zur Beachtung der sozialen und psychischen Bedürfnisse der Patienten) voraussetzt, die ihrerseits mit Folgerungen für Ausbildung und berufliches Engagement verbunden sind, kann im Einzelfall eine Menge von Widerständen gegen Neues wirksam werden. Der wirkliche Status und praktische Stellenwert der Psychotherapie wird deshalb letzten Endes auch unter unseren Bedingungen davon abhängen, wieweit der therapeutische und soziale Nutzeffekt klar definierter psychotherapeutischer Methoden und Handlungsorientierungen mit wissenschaftlichen Mitteln ausgewiesen werden kann und wieweit Psychotherapie als System praktisch wirksamer Ausbildungstechniken auch für jene zugänglich ist, die sie in ihrer therapeutischen Praxis anwenden sollen. Damit stellen sich auch die schwierigen Fragen der institutionellen Gestaltung eines solchen Fachgebietes, auf die wir abschließend kurz eingehen wollen.

Psychotherapie als eine querschnittswissenschaftliche Disziplin mit vorwiegend methodenorientiertem Profil institutionell zu organisieren, ist nicht einfach, zumal die bisherigen historischen Erfahrungen zeigen, daß Organisationsformen mit einem hohen Maß an Verselbständigung gegenüber anderen medizinischen Disziplinen zur Isolierung und primär methodengebundene psychotherapeutische Organisationen zu einer starken Zersplitterung des Fachgebietes führen. Dieser letztere Trend dominiert auch heute noch in der organisatorischen Gestalt der psychotherapeutischen Bewegung in der BRD, in der es keine einheitliche Organisation der Psychotherapeuten gibt, wohl aber solche Gesellschaften wie die DGPT (Deutsche Gesellschaft für Tiefenpsychologie und Psychotherapie), neben der noch weitere 4 größere psychoanalytische Vereinigungen existieren; die DGTV (Deutsche Gesellschaft zur Förderung der Verhaltenstherapie), neben der es noch einen Bund der Verhaltenstherapeuten gibt und schließlich die GWG (Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie).

Weitaus günstiger ist dagegen die institutionelle Regelung in unserem Lande, die eine einheitliche medizinisch-wissenschaftliche Gesellschaft für ärztliche Psychotherapie im Dachverband der Gesellschaft für klinische Medizin aufweist, die psychotherapeutisch interessierten und tätigen Ärzten jedes disziplinären Profils ebenso offen steht wie klinischen Psychologen und in sich als untergeordnetes Moment Untergliederungen nach methodischen und anderen Prinzipien in der Form von Sektionen und Arbeitsgemeinschaften umfaßt. Während dabei spezielle Aufgaben der Weiterbildung und z. T. auch der Forschung (speziell bezüglich der Methodenentwicklung) mit Hilfe dieser Sektionen gelöst werden können, sichert die Gesellschaft die Entwicklung des Fachgebietes im Hinblick auf die überschaubaren gesellschaftlichen und speziell gesundheitspolitischen Erfordernisse und organisiert zugleich die Zusammenarbeit und sinnvolle Einordnung aller speziellen Entwicklungen auf methodischem Gebiet. Probleme und Komplikationen bleiben dabei nicht aus – z. B. auch solche, die sich aus gelegentlichen und partiell unterschiedlichen Interessen der ärztlich und der psychologisch ausgebildeten Mitglieder ergeben lassen sich aber weitgehend kooperativ lösen. [28] Einigermäßen befriedigend scheinen uns derzeit auch die institutionellen Formen der Aus- und Weiterbildung von Psychotherapeuten geregelt. Durch die Gesellschaft ist ein relativ breites und differenziertes Angebot für Basisausbildungen in den wichtigsten methodischen Verfahren für Ärzte beliebiger Fachdisziplinen geschaffen worden und ebenso ein System spezieller Weiterbildungsformen für Mitglieder der Gesellschaft, die sich zum Fachpsychologen der Medizin oder zum funktionsbezogenen Spezialisten für Psychotherapie bzw. Zweitfacharzt für Psychotherapie entwickeln. Diese Aus- und Weiterbildung zielt auf die Vermittlung von Kenntnissen und Fähigkeiten für den klinischen Einsatz (im diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Bereich), schließt einigermäßen klar definierte Wissenskomponenten (theoretische und ethische spielen dabei keine unbeträchtliche Rolle), ein bestimmtes

Maß an kontrollierter Selbsterfahrung und eine intensive Schulung in den wichtigsten methodischen Techniken ein und wird z. T. in besonderen Ausbildungseinrichtungen, z. T. auch über entsprechende Lehrgänge realisiert. Der entscheidende Gesichtspunkt für die Konzipierung und den sukzessiven Aufbau dieser Formen der Therapeutenqualifizierung bestand dabei von vornherein in der Orientierung an den Erfordernissen klinischer Praxis in jenen medizinischen Disziplinen, die vorrangig Patienten mit psychotherapie relevanten Erkrankungen und Störungen zu versorgen haben. Ebenso wichtig war dabei das Anliegen, Psychotherapieausbildung in der Breite zu ermöglichen und in diesem Kontext eine Vollspezialisierung nur soweit auszubauen, als sie für die Wirksamkeit eines ausreichend großen Kreises von Ausbildern und wissenschaftlich tätigen Kadern unerlässlich ist.

Weitaus problematischer dagegen sind die Fragen der organisatorisch-institutionellen Regelungen der Arbeit der ja auf bestimmten Tätigkeitsfeldern spezialisierten Psychotherapeuten (die klinischen Psychologen eingeschlossen) in den medizinischen Institutionen. Hier haben sich auch bei uns unterschiedliche Entwicklungsverläufe vollzogen und ein noch recht heterogenes Resultat gezeitigt, dessen einzelne Elemente bisher vorwiegend pragmatisch beurteilt und unzureichend im Zusammenhang mit den perspektivischen Entwicklungsfragen des Gesamtsystems der medizinischen Betreuung gesehen worden sind. So existieren z. B. spezielle Abteilungen für Psychotherapie sowohl an Polikliniken und Allgemeinkrankenhäusern, als auch an Kliniken für innere Medizin oder für Neurologie und Psychiatrie. Die praktischen Auswirkungen dieser Organisationsformen der Arbeit von Psychotherapeuten sind dabei recht unterschiedlich und im Einzelfall sicher stark vom Engagement und fachlichen Können der beteiligten Personen geprägt; in manchen Punkten können sie jedoch durchaus noch als widerspruchsvoll bezeichnet werden. Letzteres ist vor allem dann der Fall, wenn eine institutionelle Spezialisierung bereits fortgeschritten ist und ein dann entstandenes Gebilde – beispielsweise eine spezielle psychotherapeutische Abteilung – einerseits produktive Impulse für die Verbreitung psychotherapeutischen Wissens setzt (und dabei u. U. eingefahrene Formen des z. T. problematischen Umgangs mit Patienten in Frage stellt), andererseits aber dazu tendiert oder evtl. auch dazu gedrängt wird, ausgewählte Gruppen Kranker (vor allem Neurotiker) mit einem besonders hohen Maß an Intensität und Zuwendung zu behandeln, dabei aber notgedrungen ihren breiten Funktionsauftrag verfehlt. Auf derartige Komplikationen, die manchmal auch recht rasch zu konfrontativen und spannungsgeladenen Beziehungen innerhalb der Einrichtungen führen, verweisen viele Erfahrungsberichte, u. a. auch die Arbeiten von Eichhorn, H. u. a. (1978) und von R. Stengel und H. J. Bartig (1979). Besonders gravierend stellen sich derartige Probleme derzeit in den großen psychiatrischen Krankenhäusern, in denen nach den Ergebnissen sozial-psychiatrischer Untersuchungen aus den letzten Jahren existierende psychotherapeutische Abteilungen den derzeit überschaubaren normativen Ansprüchen an eine qualifizierte und komplexe Behandlung in der Regel sehr weitgehend nahe kommen, während zugleich in vielen anderen Gliederungen der gleichen Krankenhäuser Minimalanforderungen an die psychotherapeutische Behandlung und ein psychotherapeutischen Prinzipien entsprechendes allgemeines System der Betreuung nicht realisiert werden (Späte, H. F., A. Thom u. K. Weise, 1981). Unter solchen Bedingungen scheint es generell notwendig, spezialisierte psychotherapeutische Abteilungen in klinischen Einrichtungen in stärkerem Maße als bisher zu veranlassen, ihre Rolle als Zentren psychotherapeutischer Qualifizierung im breitesten Sinne auszubauen und ein hohes Maß von psychotherapeutischen Betreuungsformen entsprechend dem realen Bedarf zu garantieren. Derartige Entwicklungen sind sicher nicht einfach zu steuern, zumal die reale Funktion von Psychotherapeuten in medizinischen Einrichtungen ebenso von deren Haltungen selbst, wie von den, ihnen von anderen Partnern zugewiesenen Kompetenzen und Kooperationsangeboten abhängen und insofern nicht als eine einfache Folgewirkung einmal gewählter Organisationsstrukturen aufgefaßt werden können. Im Prinzip sollten aber angesichts des heute bekannten breiten Anwendungsbereiches psychotherapeutischer Methoden und der gegebenen Möglichkeiten, diese Methoden auf verschiedenen Niveaus der Qualifikation und Spezialisierung einzusetzen, alle Möglichkeiten genutzt werden, die unserem grundlegenden Ziel einer sukzessiven Verbesserung der medizinischen Versorgung (des Niveaus der sozial-psychologischen Qualität der Betreuung im besonderen) entsprechen. Die generellen gesundheitspolitischen Orientierungen der Partei der Arbeiterklasse und des sozialistischen Staates, die sich in bezug auf diese

Ansprüche auch ganz akzentuiert in der neuen Rahmenkrankenhausordnung ausdrücken, die zunehmende Aufgeschlossenheit der Fachvertreter der verschiedensten medizinischen Disziplinen und die allmählich wachsende Leistungsfähigkeit der Psychotherapie in wissenschaftlich-methodischer und in personeller Hinsicht bieten dabei derzeit günstige Voraussetzungen, um den begonnenen Prozeß der Integration der Psychotherapie in die medizinische Praxis weiter zu fördern und über die dabei erreichbaren Ergebnisse dem Fachgebiet selbst die Achtung und Aufmerksamkeit zu sichern, die einer progressiven Entwicklung förderlich sein wird.

Abschließend wollen wir die wesentlichsten der vorgestellten Positionen noch einmal zusammenfassend thesenhaft ausdrücken:

1. lehrt ein Blick auf die bisherige Entwicklung der Psychotherapie, daß sie seit der Herausbildung als spezialisierte Arbeitsrichtung über lange Zeit in einer ungünstigen Position einer Gegenbewegung zur stark somatisch ausgerichteten und naturwissenschaftlich fundierten medizinischen Praxis tätig war und sich unter dem Druck von Abwehrreaktionen, von noch unzureichender eigener wissenschaftlicher Qualifikation und von sozialökonomischen Rahmenbedingungen eines kapitalistisch organisierten Gesundheitssystems in eine exklusive Isolierung drängen ließ, einer weitgehenden Reduktion ihres Funktions-[30]bereiches auf Neurosen- und Psychotherapie wenig Widerstand leistete und ein hohes Maß innerer Zersplitterung aufwies. Heute sind ihre Existenzbedingungen anders geworden, aber manche aus dieser Tradition stammenden Einstellungen wirken nach.
2. läßt eine nähere Prüfung der jüngsten Erkenntnisentwicklung der Medizin die Folgerung zu, daß sich immer deutlicher ein relativ breites Tätigkeitsfeld für Psychotherapie als einer querschnittswissenschaftlichen Disziplin in dem Maße abzeichnet, wie a) die Rolle psychischer Komponenten in der Ätiologie und Pathogenese solcher bedeutsamer Krankheitsgruppen wie der psychosomatischen Erkrankungen, der Neurosen und der Psychosen genauer erfaßt wird; b) die Notwendigkeit der Beachtung der psychosozialen Komplikationen bei verschiedensten Krankheitssituationen als bedeutsame Verpflichtung medizinischer Praxis (und vor allem auch einer solchen Praxis im Rahmen eines sozialistischen Gesundheitswesens) erkannt wird und c) die psychotherapeutischen Methoden selbst eine exaktere wissenschaftliche Begründung und Präzisierung hinsichtlich ihres Indikationsbereichs, ihrer Wirkungsmechanismen und ihrer Lernbarkeit erfahren. Diese Basisbedingungen einer wissenschaftlichen Legitimation von Psychotherapie fordern jedoch zugleich zwingend deren Integration in verschiedene Praxisfelder anderer Disziplinen der Medizin und sinnvolle Formen der Kooperation mit den Fachvertretern dieser Bereiche, einschließlich der medizinischen und psychologischen Grundlagenforschung.
3. erfordert unter diesen Umständen ein querschnittswissenschaftliches Verständnis der Psychotherapie sowohl die Anerkennung einer spezifischen Qualifikation auf diesem Gebiet für jeden Therapeuten, damit er wissenschaftlich begründete Methoden zur gezielten Beeinflussung psychischer und psychopathologischer Zustände und Funktionen einzusetzen in der Lage ist (unabhängig von jeder Art Zuordnung zu Institutionen und sonstigen disziplinären Qualifizierungsprofilen), als auch die Anerkennung als selbständige Disziplin und organisiertes Wissenschaftssystem, innerhalb dessen systematische Entwicklung von Methoden, sukzessive Klärung theoretischer Probleme, organisierte Gestaltung von Aus- und Weiterbildung und ständige fachbezogene Kommunikation möglich werden. Diesen Erfordernissen zu entsprechen ist der eigentliche Zweck des bei uns existierenden organisatorisch-institutionellen Rahmens der Psychotherapie, der nicht darüber hinaus dazu genutzt werden sollte und darf, Psychotherapie wieder auf ein stark begrenztes und exklusives Tätigkeitsfeld einzuengen.
4. ist Psychotherapie als spezialisiertes Arbeitsgebiet derzeit noch vorrangig methodenorientierte Wissenschaft und als solche verpflichtet, schon überschaubare Trends der relevanten Forschung auszubauen. Im Vordergrund stehen dabei die Präzisierung methodischer Verfahren im Hinblick auf Indikation und Effektivitätsausweis und die Herausarbeitung der in verschiedenen psychotherapeutischen Methoden und Arrangements invarianten oder persönlichkeitsgebundenen Wirkungskomponenten (deren Aufhellung von übergreifender Bedeutung für das Verständnis und die Optimierung von Therapeut-Patient-Begegnungen in der Medizin überhaupt sein könnte). [31]

5. halten wir zur Begründung der zunehmenden Bedeutung der Psychotherapie in der Medizin der entwickelten sozialistischen Gesellschaft einen komplexeren Ansatz für erforderlich, als er etwa in den häufigen Verweisen auf ein Anwachsen psychisch mitbedingter Erkrankungen zum Ausdruck kommt. Obwohl es eine Menge Hinweise auf eine allmähliche Umschichtung des Morbiditätsspektrums in Richtung auf einen relativ höheren Anteil an psychosomatischen Erkrankungen, Neurosen und vor allem auch mit besonderen psychosozialen Komplikationen verbundenen psychischen Störungen gibt, erfordert ein aus sozialen Gegebenheiten resultierendes wachsendes Anspruchsniveau eine Erhöhung der Qualität der medizinischen Betreuung und damit den gezielteren Einsatz psychotherapeutischer Methoden in großer Breite zum Zwecke effektiverer Therapie, humaner Milderung und Abwendung von Leid und Leistungsbeeinträchtigung. In diesem Sinne sehen wir das weitere Schicksal der Psychotherapie wesentlich verbunden mit dem Ausbau eines sozialistischen Gesundheitswesens und einen ganz maßgeblichen Auftrag aller psychotherapeutisch Tätigen darin, eine solche qualitativ neuartige Entwicklung zu fördern.

Literatur

- Baumann, R., u. K. Hecht (Hrsg.): Stress, Neurose, Herz-Kreislauf, Berlin 1977
- Böttcher, H. R.: Klinische Psychologie und Psychotherapie. In: K. Höck u. K. Seidel (Hrsg.): Psychotherapie und Gesellschaft, Berlin 1976.
- Dörner, K.: Irren ist menschlich. (Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie), Wunstorf 1978
- Eichhorn, H., K. T. Busch u. G. Stern: Erfahrungen über die Einrichtung einer therapeutischen Gemeinschaft für Psychotherapie im Bereich eines großstilistischen Klinikums, Z. ärztl. Fortbild. 72 (1978), 653
- Fuchs-Kittowski, M.: Zur Bedeutung der Persönlichkeitstheorie für die theoretischen und methodologischen Grundlagen der klinischen Psychologie, Z. ärztl. Fortbild. 71 (1977), 506
- Glaser, H. F.: Der Patient in der Strahlentherapie – psychologische Probleme im Umgang mit Geschwulstkranken, Z. ärztl. Fortbild. 72 (1978), 914
- Hausner, M., St. Kratochvil u. K. Höck (Hrsg.): Psychotherapie in sozialistischen Ländern (Bericht über das 1. Symposium sozialistischer Länder über Psychotherapie in Prag vom 13.3.-15.3.1973), Leipzig 1975
- Helm, J.: Gesprächspsychotherapie, Berlin 1978
- Höck, K., u. W. König: Neurosenlehre und Psychotherapie, Jena 1976
- Höck, K., u. K. Seidel (Hrsg.): Psychotherapie und Gesellschaft, Berlin 1976
- Kabanov, M. M.: Die Stellung der Psychotherapie in der Rehabilitation der Kranken und Invaliden. In: Hausner, M. u. a. (Hrsg.): Psychotherapie in sozialistischen Ländern, Leipzig 1975, S. 29-32
- Kabanov, M. M. (Hrsg.): Probleme der klinischen Psychologie (Materialien einer wiss. Konferenz), Leningrad 1976 (russ.)
- Karvasarsky, B. D., W. M. Wolowik u.a.: Psychotherapie bei Neurosen und psychischen Erkrankungen, Leningrad 1973 (russ.)
- Katzenstein, A.: Probleme der Durchsetzung einer ausgewogenen soziologisch-psychologischen und biologischen Auffassung im sozialistischen Gesundheitswesen. In: Hausner, M. u. a. (Hrsg.): Psychotherapie in sozialistischen Ländern, Leipzig 1975, S. 33-37
- Kisker, K. P.: Medizin in der Kritik, Stuttgart 1975 (2)
- Klumbies, G.: Psychotherapie in der Inneren und Allgemeinmedizin, Leipzig 1974
- König, W.: Symptomerleben und psychogene Faktoren der Symptomgestaltung, Z. ärztl. Fortbild. 72 (1978), 526

A. Katzenstein, A. Kriegel, H. Starke und A. Thom: Überlegungen zur Stellung und Funktion der Psychotherapie in der Medizin der entwickelten sozialistischen Gesellschaft – 17

Kohler, Ch.: Die wissenschaftstheoretische Situation der Psychotherapie. In: Helm, J. (Hrsg.): Psychotherapieforschung, Berlin 1974, S. 9-26

Krauss, Ch.: Inhalt und Besonderheiten der Tätigkeit von Psychologen in Psychiatrie und Neurologie unter den Bedingungen der Neurologisch-Psychiatrischen Hochschulklinik, Psychiat. Neurol. med. Psychol. 31 (1979), 184

Kreyßig, M.: Psychologische und ethische Probleme der Rehabilitation psychisch Kranker, Psychiat. Neurol. med. Psychol. 30 (1978), 657

Kreyßig, M.: Soziodynamische Aspekte im Rahmen der mehrdimensionalen Diagnostik psychischer Erkrankungen, Psychiat. Neurol. med. Psychol. 30 (1978), 577

Lauterbach, W.: Psychotherapie in der Sowjetunion, München – Wien – Baltimore, 1977

Leder, St.: Psychotherapy and Community psychiatry. Studia Psychotherapeutica (1), Budapest 1978, 1, 3441

Mattig, W.: Iatrogene Komplikationen – vermeidbar? Deutsch. Ges. Wesen 33 (1978), 368

Rösler, H. D.: Zur Begriffsbestimmung der Psychotherapie unter methodischem Gesichtspunkt, Psychiat. Neurol. med. Psychol. 29 (1977), 10

Schlegel, U., u. A. Thom: Das psychosomatische Problem – Lösungsstand und praktische Bedeutung, In: Löther, R. (Hrsg.): Beiträge zur Methodologie der medizinischen Erkenntnis und Praxis, Jena 1977, S. 82-95

Schultz, J. H.: Die Schicksalsstunde der Psychotherapie, Stuttgart 1925

Schultz, J. H.: Die seelische Krankenbehandlung, Stuttgart 1952

Seidel, K.: Die Stellung der Psychotherapie in der Medizin. In: Hausner, M. u.a. (Hrsg.): Psychotherapie in sozialistischen Ländern, Leipzig 1975, S. 19-22

Symptome in ihrer spezifischen Erscheinungsform beim Menschen als Ausdruck gestörter biologischer und psychischer Abläufe ... Z. ärztl. Fortbild. 72 (1978), 513

Seidel, K., u. H. Kulawik: Ontogenetische Aspekte Inder Neurosenpathogenese. In: Baumann, R., u. K. Hecht (Hrsg.): Stress, Neurose, Herz-Kreislauf, Berlin 1977, S. 217-220

Späte, H. F.: Zur psychischen Führung Karzinomkranker – aus psychiatrischer Sicht, Z. ärztl. Fortbild. 73 (1979), 71

Starke, H.: Der Psychologe in der modernen Psychiatrie. In: Schwarz, B. u.a. Hrsg.): Sozialpsychiatrie in der sozialistischen Gesellschaft, Leipzig 1971, S. 93-102

Stengel, R., u. H. J. Bartig: Modell einer ambulanten psychotherapeutischen Einrichtung auf Kreisebene. Z. ärztl. Fortbild. 73 (1979), 439

Stern, G., u. H. Eichhorn: Wie lang ist der Weg zur Psychotherapie? Z. ärztl. Fortbild. 71 (1977), 72

Thom, A., u. K. Weise: Widersprüche im theoretischen Krankheitsverständnis unserer Medizin, ihr Charakter, Ihre Ursachen und ihre Folgen (I-III) Z.ärztl.Fortbild. 71 (1977), 983, 1080, 1132

Wilkening, H. J.: Das Psychotherapeut-Patient-Verhältnis als berufliche Beziehung. In: Keupp, H., u. M. Zaumseil (Hrsg.): Die gesellschaftliche Organisierung psychischen Leidens (Zum Arbeitsfeld klinischer Psychologen), Frankfurt/M. 1978, S. 407-436

Winkler, B.: Humanistische Psychologie und Gruppenbewegung in der Psychoszene. In: Keupp, H., u. M. Zaumseil (Hrsg.): Die gesellschaftliche Organisierung psychischen Leidens, Frankfurt/M. 1978, S. 438-466

Wolowik, W. M.: „Die psychologische Abwehr“ als Kompensationsmechanismus und ihre Bedeutung für die Psychotherapie von Schizophrenen, Psychiat. Neurol. med. Psychol. 30 (1978), 641

A. Katzenstein, A. Kriegel, H. Starke und A. Thom: Überlegungen zur Stellung und Funktion der Psychotherapie in der Medizin der entwickelten sozialistischen Gesellschaft – 18

Wyss, D.: Lehrbuch der medizinischen Psychologie und Psychotherapie für Studierende, Göttingen 1971

Zepf, S.: Grundlinien einer materialistischen Theorie psychosomatischer Erkrankungen, Frankfurt/M. – New York, 1976

Zepf, S.: Die Sozialisation des psychosomatisch Kranken, Frankfurt/M. – New York, 1976

Der Stand der Diskussion um die ethische Dimension psychotherapeutischen Handelns

Ein außerordentlich reges Interesse für die ethischen Prinzipien und moralischen Normen ärztlichen Handelns ist ein charakteristisches Merkmal der modernen Medizin. Sowohl in der kapitalistischen, als auch in der sozialistischen Gesellschaft äußert sich dieses Interesse in einer raschen Zunahme relevanter Publikationen, in verschiedenartigen Versuchen zur Schaffung von Normen für bestimmte Handlungsbereiche und z. T. auch bereits in der Einrichtung von Kontrollinstanzen, wie etwa den an Hochschulen Schwedens oder der USA wirkenden Komitees zur Prüfung der ethischen Zulässigkeit medizinischer Forschungsvorhaben (Levine, R. J., 1976). Für diese Entwicklung lassen sich Ursachen angeben, die z. T. mit dem raschen Fortschritt wissenschaftlicher Erkenntnisse und den daraus erwachsenden Problemen einer humanen Nutzung verbunden sind, z. T. auch aus neuartigen Bedingungen der sozialen Lebensformen erwachsen. In welchem Maße dabei aus wissenschaftlichen und technischen Neuerungen ethische Problemsituationen entstehen, kann z. B. an den Debatten um die möglichen Folgerungen humangenetischer Erkenntniserweiterung, an der Diskussion um Möglichkeiten und Grenzen der modernen Intensivtherapie und auch an den komplizierten Fragen der Perspektiven von Organtransplantationen verfolgt werden. Die Auswirkungen der an dieser ganzen Entwicklung maßgeblich beteiligten sozialen Faktoren, vor allem neuartiger Qualitätsansprüche an das Niveau und die Art und Weise medizinischer Betreuung, betreffen dabei in erster Linie die ethischen Fragestellungen selbst und die Richtung, in denen ihre Lösung gesucht wird. Da sich die sozialen Ausgangs- und Kontextbedingungen der Medizin in unterschiedlichen sozialökonomischen Systemen deutlich voneinander unterscheiden und jede der heute existierenden Gesellschaftsformationen ihre eigenen ideologischen Strukturen und in diese eingeordneten Wertvorstellungen besitzt, sind trotz weitgehender Ähnlichkeit der Problemsituationen sowohl die inhaltlichen Wertungen, als auch die äußeren Formen zur praktischen Bewältigung derartiger Situationen in der sozialistischen Gesellschaft anders als in den entwickelten kapitalistischen Ländern. Der Umstand, daß manche der derzeit als ethisch problematisch empfundenen Handlungsmöglichkeiten der Medizin (etwa die Möglichkeit zur tiefgreifenden Einflußnahme auf das Erleben und Verhalten von Personen mit modernen Psychopharmaka) erst seit relativ wenigen Jahren existieren und daß die Gestalt-[229]ung qualitativ neuartiger Lebensformen in der entwickelten sozialistischen Gesellschaft noch einen Prozeß dynamischer Bewegungen darstellt, hat zur Folge, daß zu vielen dieser Fragen die dem Sozialistischen Humanismus eigenen Vorstellungen und Handlungsnormen erst noch erarbeitet werden müssen und derzeit noch nicht in ausreichend explizierter Form vorliegen.

Die hier zunächst für die Medizin generell skizzierte Situation hat naturgemäß ihre spezifischen Entsprechungen auch im Bereich der Psychiatrie und der Psychotherapie. Dabei können als besonders nachhaltige und bedeutsame Ausgangspunkte für ethische Fragestellungen auf der Ebene der wissenschaftlichen Erkenntnisentwicklung vor allem zwei mit der neueren sozialpsychiatrischen Forschung eng verbundenen Tendenzen genannt werden: die kritische Analyse der traditionell gewachsenen Formen und Methoden der Versorgung psychisch Kranker und die allmähliche Gewinnung neuer Einsichten in die bedeutsame Rolle sozialer Bedingungen für die Entstehung und den realen Entwicklungsverlauf psychischer Erkrankungen und das Schicksal psychisch Kranker innerhalb der sozialen Gemeinschaft. In Verbindung mit der erstgenannten Tendenz entstandene Einsichten in die fragwürdigen Folgen einer sozial-isolierenden, repressiven und unzureichend aktivierenden (primär verwahrenden) Betreuungspraxis haben Haltungen zum Therapieauftrag und gegenüber dem Patienten problematisiert, die vorher als selbstverständliche und legitime Einstellungen galten. Der Fortgang der Forschungen sozialepidemiologischer und ökologischer Art, sowie der Untersuchungen zur sozialen Interaktion zwischen Kranken und ihrer Umwelt hat eine Reihe neuartiger Fragen entstehen lassen, wie die nach der Verantwortung des Psychiaters und Psychotherapeuten für die Sicherung einer angemessenen sozialen Lebensperspektive für ihre Patienten und die nach den Möglichkeiten prophylaktischer Einflußnahmen über die Mitgestaltung sozialer Beziehungen. Da sich auf Grund besonderer historischer Bedingungen gerade die Erweiterungen der wissenschaftlichen Erkenntnis zunächst in Form

der Kritik gegen früher entstandene Auffassungen und die auf ihnen beruhenden Praxisformen geltend machen mußten, sind auch neue Ansprüche ethischer Art zunächst in der Form der Negation und Verurteilung artikuliert worden. Diese gerade für die Psychiatrie und Psychotherapie in den entwickelten kapitalistischen Ländern charakteristische Wendung hat verschiedenartige Ausdrucksformen gefunden. Sie reichen von einer z. T. einseitigen und angstausslösenden Darstellung als problematisch empfundenen Seiten der Behandlung psychisch Kranker in der Literatur und im Film (etwa in K. Koseys „Einer flog über das Kuckucksnest“), über die differenziertere kritische Beurteilung manipulierender Techniken der psychoanalytischen Behandlung und der Gruppen„therapie“, der unkritischen Verwendung von Psychopharmaka und der psychochirurgischen Eingriffe in sachlichen Analysen progressiver Wissenschaftler (vgl. Steven Roses „The conscious brain“, 1976) bis zur globalen Infragestellung der Psychiatrie als Institution (die in ausgeprägter Form in der ausgesprochen „antipsychiatrischen“ Bewegung von Szasz, Th. S., Laing, R. und D. Cooper ihre spezifische Basis gefunden hat). Der durch diese Reaktionen provozierte Eindruck einer krisenhaften Situation und der breiten Verunsicherung betrifft jedoch nur die äußerliche Seite des Geschehens. Dem Wesen nach begründen die genannten Tendenzen und die mit ihnen notwendig verbundenen Versuche einer Erweiterung, Vertiefung und Präzisierung von Handlungsorientierungen [230] und Wertungskriterien einen konstruktiven Prozeß, dessen produktive Potenzen in sachlicher Diskussion erschlossen werden sollten, um einen weiteren Fortschritt der Erkenntnis und eine weitere Humanisierung der Praxis zu erreichen.

Ansatzpunkte und erste Versuche einer konstruktiven Aufarbeitung neuer Problemsituationen und neuartiger ethischer Ansprüche an psychiatrisches und psychotherapeutisches Handeln finden sich in der wissenschaftlichen Literatur auch in der kapitalistischen Gesellschaft, wenngleich die dabei vertretenen Standpunkte im Detail eine kritische Prüfung erfordern, da sie von den Voraussetzungen der dort herrschenden Versorgungsformen und Wertungsmaßstäbe ausgehen. Zu nennen wären dabei u. a. die in den USA durch die American Psychological Association 1948 und in einer Neufassung 1970 fixierten „ethical standards“ für Psychologen (Skowronek, H., 1976) und die 1977 beim letzten Weltkongreß für Psychiatrie in Honolulu verabschiedeten „Leitlinien einer fachspezifischen Berufsethik für Psychiatrie“, die als „Erklärung von Hawaii“ der Öffentlichkeit vorgestellt wurde und in 10 Punkten Prinzipien des Verhaltens formuliert, die in erster Linie (und bezogen auf die Situation der Psychiatrie im Kapitalismus) die Freiwilligkeit der Entscheidung von Patienten sichern und unberechtigte repressive Behandlungsweisen vermeiden helfen soll (Erklärung von Hawaii, 1977). Es ist aber auch hier zu verzeichnen, daß eine aus politischen Motiven agierende Gruppe ausgesprochener Antikommunisten die Debatte um diese fachspezifischen ethischen Probleme zu böartigen Angriffen auf unsere Kollegen in der UdSSR benutzt und die Möglichkeiten einer Sachdiskussion so weitgehend untergraben hat, daß eine Verständigung über die Relevanz verschiedener Forderungen der „Erklärung“ auch für die Psychiatrie in sozialistischen Ländern nur unter der Voraussetzung ausdrücklicher Eliminierung derartiger Interpretationen möglich sein wird.

In der fachspezifischen Literatur der sozialistischen Länder sind es bislang in erster Linie Stellungnahmen einzelner Wissenschaftler, die zu den ethischen Problemen psychiatrischen und psychotherapeutischen Handelns vorliegen, wobei im Vordergrund die Betonung eines partnerschaftlichen Verhältnisses zum Patienten auch als unabdingbare Voraussetzung einer optimalen Therapie und Rehabilitation steht (Kabanow, M.M., 1973) und weiterhin die Frage nach den Konsequenzen der sozial determinierten Anforderungen an die Persönlichkeitsentwicklung im Sozialismus für die Ziel- und Wertbestimmung psychotherapeutischen Handelns (Helm, J. und A. Thom, 1976; Leder, St., 1978 und Katzenstein, A., 1978).

Mögliche Folgerungen der moralischen Handlungsgebote der Medizin für die Psychotherapie

Die Vielschichtigkeit der zur Debatte stehenden Fragen, die prinzipiellen theoretischen Schwierigkeiten einer komplexen Ableitung moralischer Handlungsnormative für ärztliches Verhalten aus einem gesellschaftlich existierenden System von fundamentalen Wertvorstellungen und ethischen Prinzipien und der noch unentwickelte Stand der Diskussion machen es unmöglich, in dieser Arbeit eine

abgerundete Darstellung von Positionen zu allen wichtigen Fragen und ausreichende Begründungen für alle Lösungsvorschläge zu versuchen. Da wir den [231] Zweck dieser Studie in erster Linie darin sehen, ein den heutigen Erfordernissen angemessenes Problembewußtsein zur ethischen Relevanz verschiedener Seiten psychotherapeutischen Handelns zu fördern, werden wir den relativ einfachen Weg wählen, nach der Bedeutung der in der Medizin der sozialistischen Gesellschaft bereits weitgehend ausgearbeiteten und anerkannten inhaltlichen Interpretation jener moralischen (und z. T. auch rechtlichen) Handlungsverpflichtungen für die Psychotherapie zu fragen, die in den Forderungen der Bewahrungs-, der Sorgfalts-, der Aufklärungspflicht und weiterer berufsspezifischer Handlungsnormen für das ärztliche Tun vorliegen. Dieses Vorgehen kann damit begründet werden, daß Psychotherapie in erster Linie eine spezifische Komponente oder Form therapeutischen Handelns im Rahmen eines medizinischen Betreuungsverhältnisses darstellt und für alle in diesem Rahmen tätigen Psychotherapeuten die für unsere Gesellschaft maßgeblichen und auch weitgehend definierten bzw. interpretierten Handlungsverpflichtungen dieses Betreuungsverhältnisses ebenfalls Geltung besitzen. Spezifische Bedingungen, die sich aus dem besonderen Charakter psychischer Störungen und Erkrankungen, sowie aus den Komplikationen personaler Beziehungen bei der Behandlung ergeben, bedürfen dabei natürlich einer eingehenden Betrachtung, da gerade in ihrer Existenz das Problem einer richtigen und differenzierten Interpretation dieser normativen Verpflichtungen besteht. Auf zwei zusätzliche Schwierigkeiten, die auch bei diesem relativ unkompliziert scheinenden Vorgehen zu beachten sind, muß dabei jedoch aufmerksam gemacht werden. Die erste besteht darin, daß die Definitionen und Interpretationen der Handlungspflichten im medizinischen Betreuungsverhältnis in der Literatur bisher nicht in der Form einer geschlossenen Darstellung und mit einer ausreichend klaren ethischen Begründung vorliegen. Die z. Z. umfassendste Charakteristik der wichtigsten dieser Handlungsverpflichtungen bietet u. E. die 2. Auflage von G. Beckers „Arzt und Patient im sozialistischen Recht“ von 1978, in der auch weitere Literatur dazu angegeben ist. Die eigentliche ethische Begründung der Handlungsverpflichtungen müßte explizit darin bestehen, daß zunächst jene Werturteile definiert werden, auf denen generalisierende Aussagen über erstrebenswerte und sozial notwendige Verhaltensweisen beruhen, die also ethische Prinzipien im Kontext der gegebenen sozialen Lebensbedingungen und von den sozialen Interessen der in ihnen agierenden Menschen ausgehend erst legitimieren können und die dann zur Fixierung spezieller moralischer Gebote und Verbote in der Form von Normen in der Anwendung auf spezifische Tätigkeitsbereiche führen. Diese in der zumeist auf praktische Anleitung zielenden Darstellungen nicht explizierten Begründungen sind Produktionen eines bereits längeren Entwicklungsprozesses der Reflexion über die genannten normativen Ansprüche und werden von uns nur dort andeutungsweise zur Sprache gebracht, wo es unbedingt erforderlich erscheint. Die zweite Schwierigkeit besteht darin, daß die Handlungsverpflichtungen in vielen Fällen in ihrer Relevanz für das sozialistische Recht und unter dem Aspekt der Auslegung von Rechtsnormen diskutiert werden. Die Rechtsnorm und das moralische Gebot gehen hier oft ohne deutliche Grenzziehung ineinander über, was mit darauf beruht, daß sie in einer sozialistischen Gesellschaft von weitgehend gleichen Werturteilen ausgehen und in prinzipiell gleiche Ansprüche an das Verhalten einmünden, obwohl ihre Konsequenzen und ihr Wirkungsmodus durchaus voneinander unterschieden sind. Während die Rechtsnorm [232] bestimmte Verhaltensweisen eindeutig fordert oder verbietet und Verstöße mit Sanktionen bedroht, richtet sich die moralische Norm in erster Linie an das persönliche Gewissen und setzt einen Entscheidungsspielraum voraus, der nicht von vornherein durch juristische Festlegungen auf eine einzige zugelassene Alternative festgelegt ist. Unsere Überlegungen richten sich lediglich auf die moralische Dimension psychotherapeutischen Handelns und setzen voraus, daß 1. Rechtsnormen des Gesundheitswesens und unserer Gesellschaft auch im Verantwortungsbereich der Psychotherapie anerkannt und beachtet werden müssen, und 2. aus ethischen Prinzipien ableitbare moralische Normen gerade dort eine wichtige handlungsorientierende Funktion erfüllen, wo Rechtsnormen aus verschiedenen Gründen nicht definiert sind oder in ihrer Allgemeinheit verschiedenartige Interpretationen zulassen.

Von zentraler Bedeutung für das System moralischer Ansprüche an Ärzte und sonstige therapeutische Verantwortung tragende Mitarbeiter des Gesundheitswesens sind die unter dem Begriff der

„Bewahrungspflicht“ erfaßten Forderungen, nämlich gefährdetes menschliches Leben zu erhalten, Krankheiten zu heilen, Leiden zu mildern und, wenn keine anderen Möglichkeiten mehr bestehen, unabwendbares Sterben durch menschliche Fürsorge auf humane Weise erfolgen zu lassen. Dieser Bewahrungsauftrag charakterisiert auf spezifische Weise den eigentlichen Zweck der Medizin als einer sozialen Institution und geht davon aus daß der zu erhaltende individuelle menschliche Lebensprozeß bzw. die möglichst weitgehende Abwendung von Erkrankungen ein fundamentales Interesse der Menschen und der Gesellschaft darstellen. Im psychotherapeutischen Handlungsfeld fordert die Bewahrungspflicht vom Therapeuten den Einsatz der ihm zur Verfügung stehenden Mittel zur Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit bzw. zur Erhaltung des Lebens und setzt damit voraus, daß offensichtliche Gefährdungen von Gesundheit, bereits vorliegende Erkrankungen und Risiken für die Lebenserhaltung im Befinden und Verhalten von Personen erkannt und hinsichtlich ihrer Ausprägung beurteilt werden können. Eine erste spezifische Problematik ergibt sich dabei daraus, daß bei manchen psychosomatischen Beeinträchtigungen, bei vielen neurotischen Entwicklungen, sowie bei Suchten und verschiedenen Formen von Störungen des Sexuallebens die sonst üblichen Kriterien für das Vorliegen von „Krankheit“ nur bedingt zutreffen, und die Indikation zur medizinischen Betreuung generell, zur psychotherapeutischen Behandlung im besonderen deshalb einer sorgsam Prüfung bedarf. Der inzwischen übliche Brauch, zwischen Krankheiten im engeren Sinne und nach den Kriterien der sonstigen somatischen Medizin und psychischen Störungen mit Krankheitswert zu unterscheiden, verdeutlicht dieses Problem zwar, löst es aber auch nur unzureichend, solange „Krankheitswert“ nicht genügend genau definiert wird. Die soziale Relevanz des Problems besteht dabei weniger darin, daß eine zu großzügige Zusprechung des sozialen Status des Krankseins gegenüber Personen mit nur passager bedeutsamen Befindensbeeinträchtigungen eine zusätzliche Belastung der Gesellschaft bewirkt, sondern vor allem darin, daß unzureichende Zuwendungen zu Personen mit solchen Befindensbeeinträchtigungen und Leidensdruck die Gefahren ernsthafter Schädigungen und chronifizierender Verläufe einschließt und dazu beitragen könnte, daß in vielen Fällen vorhandene Möglichkeiten einer angemessenen Persönlichkeitsentwicklung nicht zum Tragen kommen. Während diese Situation [233] auf der theoretischen Ebene die verpflichtende Aufgabe impliziert, eine ausreichend komplexe Bestimmung von „Krankheit“ auch unter Beachtung von Störungen des Erlebens und Verhaltens zu schaffen, die hier eindeutiger Entscheidungshilfen liefern könnte, muß im Einzelfall eine Entscheidung über die Aufnahme in ein Betreuungsverhältnis getroffen werden, die neben bereits vorliegenden Anzeichen einer bereits eingetretenen Einschränkung von Leistungsfähigkeiten vor allem die wahrscheinlichen Risiken des weiteren Verlaufs derartiger Prozesse zur Krankheit hin in Rechnung stellt. Angesichts derzeit gegebener und sicher noch länger existierender Disproportionen zwischen den psychotherapeutischen Behandlungskapazitäten einerseits und den Bedürfnissen nach deren Nutzung andererseits verschärft sich diese Entscheidungssituation noch, da hier Prioritätssetzungen nach dem angenommenen Schweregrad derartiger Erkrankungen und Störungen unumgänglich werden und ein partieller Ausweg aus den gegebenen Schwierigkeiten nur darin besteht, die Leistung psychotherapeutischer Einrichtungen und Fachkader dadurch zu erweitern, daß über den Ausbau von Gruppenverfahren und speziell von Gruppenpsychotherapie im ambulanten Bereich eine wachsende Zahl von Patienten eine systematische Anleitung und Betreuung erhält. Eine weitere Möglichkeit zur Bewältigung derartiger Entscheidungssituationen scheint darin zu bestehen, einen deutlichen Unterschied zwischen Psychotherapie als Form medizinischer Behandlung von Krankheiten und psychischen Störungen mit Krankheitswert einerseits und psychotherapeutischer Beratung von Personen bei der Bewältigung von komplizierten Lebensproblemen andererseits zu machen. Diese Unterscheidung sollte nicht darauf hinauslaufen, die Beratung als minder wichtig anzusehen und sie aus der Arbeit von psychotherapeutischen Einrichtungen wegzudelegieren, sondern dazu beitragen, unterschiedliche Formen psychotherapeutischen Wirkens mit verschiedenartigen Akzenten und Implikationen bewußter zu durchdenken. Beratung in diesem Sinne kann Vorstufe oder Abschluß einer Therapie sein, ebenso kann sie komplexes therapeutisches Vorgehen u. U. dann ersetzen, wenn möglicherweise die Aufnahme in ein direktes medizinisches Betreuungsverhältnis die Gefahren iatrogenen Schädigungen, des Ausweichens der Patienten vor der möglichen und zumutbaren Auseinandersetzung mit sozialen Konfliktsituationen und dgl. einschließt.

Eine zweite spezifische Problematik ergibt sich daraus, daß Personen mit offensichtlichen psychischen Erkrankungen bzw. ernsthaften psychischen Störungen aus verschiedenen Gründen nicht von vornherein bereit sind, eine psychotherapeutische Hilfe zu akzeptieren. Die dabei auftretenden konkreten Umstände sind sicher sehr vielgestaltig. Relativ häufig dürften vor allem Ablehnungen von psychotherapeutischer Behandlung aus Angst und Abwehrreaktionen gegenüber der Psychiatrie generell sein, ebenso auch solche, die aus mangelnder bzw. völlig fehlender Krankheitseinsicht resultieren (z. B. bei Suchten). Sofern dabei nach dem heutigen Erkenntnisstand eine Behandlungsbedürftigkeit angenommen werden kann, gehört es zu den moralischen Pflichten des Psychotherapeuten, die Motivation zur Annahme der Psychotherapie systematisch und mit allen Mitteln zu fördern, was in erster Linie eine angemessene Aufklärung, vor allem aber auch eine klare Darstellung des vorgesehenen oder potentiell möglichen Behandlungsmodus einschließt. Auf die nicht unkomplizierten Fragen der Achtung von Entscheidungen der Patienten wollen wir im Zusammenhang mit der Aufklärungspflicht eingehen.

[234] In bezug auf beide der skizzierten spezifischen Schwierigkeiten der Interpretation des Bewahrungsauftrages für die Psychotherapie besteht die übergreifende ethische Problematik in der Frage, wie weit die Verantwortung oder auch Kompetenz für die Behandlung von Krankheiten eigentlich gefaßt werden darf und muß, wenn es um Lebensäußerungen oder Reaktionen von Menschen geht, die nicht mehr als objektivierbare Abweichungen von einem Optimum an organischen Funktionen meßbar sind, sondern im Bereich der Handlungsfähigkeiten und der subjektiven Einstellungen liegen. Eine zu enge Auffassung dieser Verantwortung, verbunden mit der Anerkennung von Behandlungsbedürftigkeit nur dort, wo klar definierbare Symptome eine sinngemäße Anwendung des Krankheitsbegriffs der Somatomedizin erlauben, könnte zur Folge haben, daß noch beeinflufßbare Entwicklungen zu schwereren Störungen hin nicht berücksichtigt werden; eine zu weite Indikation dagegen schließt die Gefahr ein, begrenzte Leistungsmöglichkeiten am falschen Platz zu vergeuden und Menschen Verantwortung abzunehmen, die sie selbst tragen können und müssen. Der persönliche Ermessensspielraum der Entscheidung für den Therapeuten ist hier relativ breit und obwohl eine Weiterführung der Diskussion auf der theoretischen Ebene hier sicher noch manches klarstellen wird, kann mit einer Aufhebung dieser ganz und gar eigenständigen Entscheidungsnotwendigkeiten und der damit verbundenen moralischen Verantwortung sicher nicht gerechnet werden.

Eine zweite bedeutsame Gruppe moralischer Ansprüche an therapeutisches Handeln in der Medizin wird unter dem generalisierenden Namen der „Sorgfaltspflicht“ zusammengefaßt. Diese Sorgfaltspflicht fordert ein verantwortungsbewußtes Abwägen der zur Erhaltung des Lebens, zur Wiederherstellung der Gesundheit oder zur Milderung von Erkrankungsfolgen einzusetzenden Mittel in Diagnostik und Therapie. Dem Patienten soll mit den eingesetzten Mitteln kein Schaden zugefügt werden und es sollen solche Methoden zur Anwendung gelangen, die optimal im Hinblick auf den therapeutischen Zweck, minimal belastend und möglichst auch effektiv in dem Sinne sind, daß sie bei einem vertretbaren Aufwand und in möglichst kurzer Zeit zum Erfolg führen. Da der Stand der dabei zu beachtenden wissenschaftlichen Erkenntnisse über diagnostische, therapeutische und rehabilitative Verfahren, Indikationen und Kontraindikationen sowie Neben- und Spätfolgen in dynamischer Bewegung ist und für jeden Einzelfall zu treffende Entscheidungen dessen Spezifik in Rechnung zu stellen haben, sind Entscheidungen im Rahmen dieser Mittelwahl immer nur bezogen auf einzelne Patienten und in der persönlichen Verantwortung des Therapeuten sinnvoll möglich, wobei Therapieempfehlungen genereller Art und dgl. lediglich Hilfsmittel für die Entscheidungsfindung darstellen können. Fachlich und in diesem Zusammenhang auch moralisch fragwürdig ist eine zu einseitige Bindung eines Psychotherapeuten an eine einzige methodische Richtung, da beim gegenwärtigen Erkenntnisstand absolute Vorrangstellungen einzelner methodischer Verfahren nicht begründet werden können und eine solche Bindung notwendig auch zur Folge hätte, daß eine Auswahl der Patienten hinsichtlich ihrer Eignung für eine bestimmte Methode und nicht nach der vom Zustand ausgehenden Therapiebedürftigkeit erfolgen würde. Eine bewußte Einstellung auf die Anforderungen der Sorgfaltspflicht setzt eine entsprechend breite Ausbildung von Psychotherapeuten voraus, die nicht nur über die Fähigkeit zur Anwendung möglichst mehrerer Verfahren [235] verfügen müssen (autosuggestiver, verhaltenstherapeutischer,

gesprächspsychotherapeutischer u. a.), sondern auch die Grenzen oder Risiken derartiger Methoden und speziell jener, für die sie im Sinne einer sicher unumgänglichen, funktionellen Spezialisierung vorrangig kompetent sind, zu überschauen imstande sein sollten.

Außerordentlich wichtig ist dabei auch das Wissen um jene Folgewirkungen psychotherapeutischen Handelns, die weitgehend unabhängig von der gewählten Methodik von den Verhaltensweisen des Therapeuten als Person ausgehen (und z. B. im Rahmen der in diesem Band an anderer Stelle behandelten Übertragungs- und Gegenübertragungsmechanismen zur Wirkung kommen). Neuere Ergebnisse wissenschaftlicher Forschung, die auf Einstellungen und Verhaltensweisen mit generell vertrauensvolle oder partnerschaftliche Therapeut-Patient-Beziehungen fördernde Wirkungen aufmerksam machen (z. B. die von der Gesprächspsychotherapie eingehender analysierten Therapeutenvariablen), sollten sorgsam beachtet und auch in angemessenen Ausbildungsformen gefördert und geübt werden. Der spezifische Charakter der Psychotherapie mit der besonders bedeutsamen Rolle der personalen Beziehungen verlangt ein hohes Maß an Fähigkeiten zur ständigen kritischen Beurteilung der eigenen Reaktionen und Einstellungen durch den Therapeuten, welches zu fördern eine außerordentlich wichtige Aufgabe jeder Form von Ausbildung und Qualifizierung von Therapeuten darstellt.

Eine wichtige Komponente der Sorgfaltsverpflichtung besteht darin, daß der Psychotherapie zugängliche Krankheitsprozesse oft auch somatische Komponenten besitzen und auch mit den Mitteln somatischer Therapie (im besonderen mit Pharmaka) direkt oder begleitend behandelt werden müssen. Für den ärztlichen Psychotherapeuten ist in jedem Falle die sorgsame Ermittlung derartiger Komponenten und Möglichkeiten eine verpflichtende Aufgabe; für den psychologisch ausgebildeten Therapeuten ist die zu diesem Zweck erforderliche Bereitschaft und Fähigkeit zur ständigen Zusammenarbeit mit Ärzten unerlässlich. Derartige Postulate scheinen trivial und sind es sicher auch für jene zahlreichen Fälle, da Psychotherapeuten in Kollektiven arbeiten, in denen Diagnostik und Behandlung bereits weitgehend auf kollegialer Beratung beruht und ständige Verlaufskontrollen einschließt. Schwieriger ist die Realisierung derartiger Forderungen dann, wenn der Psychotherapeut weitgehend selbständig tätig ist und seine eigenen Möglichkeiten zur diagnostischen Urteilsbildung und Verlaufskontrolle Grenzen unterliegen (die nicht nur solche der fachlichen Kompetenz, sondern auch solche der Verfügung über technische Mittel – z. B. zur Gewinnung und Bewertung von Laborwerten, physiologischen Parametern u. a. – sein können).

Besonders schwer zu beurteilen sind die mit der Belastbarkeit von Patienten und mit der Überschaubarkeit von Spätwirkungen therapeutischer Aktivitäten verbundenen Zusammenhänge. Hierzu Verhaltensorientierungen geben zu wollen, scheint uns derzeit noch als vermessen. Daß aber in jedem Falle eine Pflicht dazu besteht, die Zumutbarkeit von Therapieverfahren zu bedenken und die Risiken ungewollter Wirkungen möglichst gering zu halten, darf sicher betont werden und verweist ein weiteres Mal darauf, daß moralische Ansprüche hier einen relativ breiten Entscheidungsspielraum voraussetzen, dessen Eingrenzung mittels Angaben von eindeutigen sachlich-fachlichen Kriterien nur bedingt oder in manchen Fällen überhaupt nicht möglich ist.

[236] Im Mittelpunkt der Aufklärungspflicht, der dritten der hier auf ihre Implikationen für die Psychotherapie zu befragenden generell gefaßten berufsspezifischen ärztlichen Handlungspflicht, steht das moralische und auch in der Form von Rechtsbestimmungen präzisierete Gebot, dem Patienten wahrheitsgemäße Informationen über seinen Krankheitszustand, dessen mögliche Ursache und die überschaubaren Folgewirkungen der zur Verfügung stehenden und für die Therapie in Aussicht genommenen Behandlungsverfahren zu geben, wobei Angaben zu den therapeutischen Verfahren auch deren Belastungen und Risiken aufweisen sollen. Diese Aufklärung ist die fundamentale Voraussetzung für die rechtlich und moralisch erforderliche Zustimmung zur Behandlung überhaupt und zu einer bestimmten Behandlungsmethode im Speziellen. Dabei wird davon ausgegangen, daß jeder im juristischen Sinne entscheidungsfähige Bürger auch das Recht der Verfügung über seinen Körper besitzt und nicht zu einer medizinischen Behandlung gegen seinen Willen gezwungen werden kann, wobei allerdings im Falle von momentaner Entscheidungsunfähigkeit infolge von Bewußtseinsverlust der

Arzt selbst von dem vermutlichen Interesse an der Lebensbewahrung ausgehend im Sinne des Bewahrungsauftrages zur Einleitung von therapeutischer Hilfe verpflichtet ist (eine Verpflichtung, die auch der Psychotherapeut z. B. im Falle von Suizidversuch seiner Patienten unbedingt zu achten hat). Eine Befreiung von der Aufklärungspflicht existiert grundsätzlich nur dann, wenn Angaben über den Krankheitszustand für den betroffenen Patienten selbst die Gefahr einer ernsthaften Schädigung im Sinne der Auslösung von Schock- oder Panikreaktionen in sich bergen, woraus für den Arzt gerade bei schwerwiegenden inkurablen oder in absehbarer Zeit zum Tode führenden Krankheitsprozessen konfliktvolle Entscheidungssituationen entstehen, da er in diesen Fällen dem Patienten durch Aufklärung nicht schaden darf, zugleich aber auch hier dessen Einwilligung zu bestimmten therapeutischen Eingriffen gewinnen muß.

Auch im psychotherapeutischen Handlungsfeld muß dem juristisch entscheidungsfähigen Patienten angemessene und für ihn verständliche Aufklärung zuteil werden und auch hier muß grundsätzlich das Prinzip der Freiwilligkeit der Behandlung und des Einverständnisses mit einer bestimmten Therapie Anerkennung finden. Die Verweigerung von Behandlung generell und von speziellen Behandlungsformen muß akzeptiert werden und darf in moralischer Hinsicht zu keinen negativen Sanktionen von seiten des Therapeuten führen – beispielsweise zur Verweigerung von erbetener Beratung, wenn eine angebotene Therapie spezieller Art abgelehnt wird.

Besondere Schwierigkeiten für die Handhabung der Aufklärungsverpflichtung ergeben sich für den Psychotherapeuten dort, wo Aussagen über vermutliche Ursachen von Erkrankungen iatrogene Folgen haben könnten oder wo – etwa bei akuten psychotischen Dekompensationen – die Urteils- und Entscheidungsfähigkeit des Patienten wesentlich eingeschränkt ist. Im letzteren Falle sind praktikable und verbindliche Regelungen für die psychiatrische Praxis durch die gesetzlichen Festlegungen für die Einweisung fixiert, an die sich auch der Psychotherapeut halten muß, falls ihm entsprechende psychotische Patienten mit einem hohen Maß von Behandlungsbedürftigkeit und fehlender Krankheitseinsicht begegnen. Noch komplizierter dürfte das Finden der moralisch richtigen Entscheidung sein, wenn es um Patienten mit bereits ausgeprägtem und für sie und die Gesell-[237]schaft gefährlichen Suchtverhalten geht oder um schwere neurotische Entwicklungen mit ausgeprägten pathologischen Kompensationsmechanismen, bei denen die Urteilsfähigkeit im juristischen Sinne aufhebende Symptome psychotischen Schweregrades nicht vorliegen, eine Behandlung jedoch unbedingt indiziert erscheint. Obwohl in solchen Fällen eine erzwungene Behandlung nicht in Frage kommt (und ohne Hilfe des Einweisungsgesetzes auch praktisch nicht realisiert werden kann), besteht hier eine dringende moralische Verpflichtung zu nachhaltigen Bemühungen um die Motivation zur Behandlungsaufnahme und Umstimmung des potentiellen Patienten, der sich kein Psychotherapeut mit dem Verweis auf einen ersten gescheiterten Versuch entziehen kann. Auch in der wohl heute die Regel bildenden Situation, daß die Leistungsfähigkeit eines Psychotherapeuten oder einer psychotherapeutischen Institution voll beansprucht ist und genügend behandlungswillige Patienten auf Zuwendung dringend warten, darf in den genannten Fällen einer klar überschaubaren und dringenden Behandlungsbedürftigkeit nicht auf entsprechende Bemühungen verzichtet werden, da es hier um die Wahrnehmung einer sozialen Verantwortung gegenüber Menschen geht, die ohne fachgerechte Hilfe mit Sicherheit in schwerwiegende Beeinträchtigungen ihrer Lebensmöglichkeiten geraten müssen. Die Behandlungswilligkeit ist eine entscheidende Voraussetzung für die erforderliche Kooperation im psychotherapeutischen Prozeß und für den Regelfall eine unverzichtbare Voraussetzung für die Aufnahme der Therapie; sie ist jedoch nicht zugleich ein zuverlässiges Indiz für die Behandlungsbedürftigkeit, deren Beurteilung der fachlichen Kompetenz des Therapeuten obliegt. Psychische Störungen mit erheblichem Krankheitswert und psychische Erkrankungen ohne Krankheitseinsicht und Therapiebereitschaft bedürfen auf jeden Fall im Sinne des bereits besprochenen Bewahrungsauftrages der intensiven Zuwendung, u. U. auch einer konsequenten und wiederholten Bemühung um die Schaffung der Motivation zur Behandlung unter Einsatz der bei der Realisierung der Aufklärungsverpflichtung einsetzbaren Mittel, d. h. auch der offenen Darstellung der überschaubaren Folgen bereits begonnener oder ausgeprägter Krankheitsverläufe.

Während dem Patienten im Regelfall (d. h. unter der Voraussetzung der juristischen Entscheidungsfähigkeit) das Recht auf die eigene Entscheidung über die Aufnahme einer Behandlung, über die Annahme oder Ablehnung eines therapeutischen Verfahrens und auch die Wahl des Therapeuten zusteht, untersteht der Therapeut einer generellen moralischen Pflicht zur Übernahme therapeutischer Aufgaben gegenüber jedem therapiebedürftigen Patienten. Diese Ungleichartigkeit der Pflichten ergibt sich daraus, daß der Therapeut nicht in der Position eines privaten Vertragspartners agiert, sondern durch seine Zugehörigkeit zur Institution des sozialistischen Gesundheitswesens gebunden ist, in dessen Auftrag er handelt. Diese Pflicht zur Hilfeleistung, unabhängig von persönlichen Intentionen, wird generalisierend unter die Bereitschaftspflicht eingeordnet, die darüber hinaus fordert, den Patienten im Notfalle auch außerhalb definierter Arbeitspflichten (z. B. festgelegter Arbeitszeiten) zur Hilfeleistung zur Verfügung zu stehen. Für den erstgenannten Aspekt sind Ausnahmen von der Pflicht zur Übernahme von Behandlung nur in eng umschriebenen Fällen denkbar, wenn man von den Situationen absieht, da bei gründlicher Prüfung eines Therapiebegehrens einfach keine Indikation für Psychotherapie ermittelt werden kann und eine Verweisung an andere therapeutische Institutionen oder in eine Beratung angebracht [238] erscheint. Ein Abgehen von dem Grundsatz, daß jedem Patienten therapeutische Hilfe gemäß der medizinisch zu beurteilenden Behandlungsbedürftigkeit unabhängig von dessen sozialen Positionen, Anschauungen oder Persönlichkeitsmerkmalen zu gewähren ist, ist mit dem Bewahrungsauftrag im Prinzip unvereinbar. Die Ablehnung der Weiterführung einer begonnenen Behandlung durch einen Therapeuten kann jedoch als zulässig dann angesehen werden, wenn 1. im Rahmen der therapeutischen Beziehung solche persönliche Bindungen entstehen, die ein objektives Verhältnis des Therapeuten zu den Erfordernissen der Behandlung unmöglich machen und wenn 2. ein Patient mehrfach und in grober Weise gegen Pflichten verstößt, die er mit der Aufnahme eines Betreuungsverhältnisses freiwillig übernommen hat und die den Erfolg der Behandlung ernsthaft in Frage stellen. Letzteres kann aber auch nur dann einen Behandlungsabbruch legitimieren, wenn die Pflichtverstöße nicht symptomatischen Charakters sind, d. h. wenn sie nicht als Ausdruck inadäquater Kompensationsmechanismen angesehen werden müssen. Im Ausnahmefall derartiger berechtigter Ablehnungen weiterer therapeutischer Aktivitäten bleibt bei ernsthaften Krankheiten jedoch die Verpflichtung, die Möglichkeiten einer Behandlung durch andere Therapeuten oder andere Methoden aufzuzeigen und auch entsprechende Überweisungen zu arrangieren.

Höchst problematisch ist unter den derzeit gegebenen Bedingungen einer durchgehend starken Belastung der noch relativ geringen Zahl von spezialisierten Psychotherapeuten die bereits erwähnte Forderung der Bereitschaftspflicht, den Patienten im Notfall auch außerhalb vereinbarter Konsultationen und Sprech- bzw. Dienstzeiten zur Verfügung zu stehen. Eine bei Psychotherapiepatienten oft vorhandene Tendenz einer starken Anlehnung an den Therapeuten könnte bei einer zu weiten Auslegung dieser Forderung zu unannehmbaren Überlastungen führen, weshalb eine genauere Verständigung über den fraglichen „Notfall“ notwendig erscheint. Unseres Erachtens sollten vor allem solche Entwicklungen diesen Notfällen zugeordnet werden, die vitale Gefährdungen des Patienten oder seiner Bezugspersonen mit sich bringen (z. B. Gefahren suizidaler Handlungen oder aktuelle psychotische Dekompensationen). Naturgemäß wird im Einzelfall die Entscheidung darüber, ob ein unmittelbares Hilfsbegehren auf solchen Krisen beruht oder bei Nichtachtung zu ihnen hinführen könnte, schwer sein. Im Zweifelsfalle von der Annahme auszugehen, daß ein an die Person des Therapeuten gerichteter Notruf existentielle Bedeutung habe, wird zwar manche unliebsame Belastungen zur Folge haben, aber die Risiken einer dauerhaft das Gewissen belastenden Fehlentscheidung vermindern.

Die letzte wichtige der hier zu besprechenden berufsspezifischen moralischen Verpflichtungen ist die der Wahrung des Berufsgeheimnisses. Sie legt dem Therapeuten (und natürlich in moralischer Hinsicht auch anderen an der Behandlung mitbeteiligten Personen, z. B. Schwestern) die Verantwortung dafür auf, daß keine im Rahmen einer Behandlung oder Beratung erlangten Informationen über einen Patienten, an deren Geheimhaltung ein persönliches Interesse des Betroffenen besteht oder angenommen werden kann, anderen Personen weitergegeben werden. Die diese Pflicht fundierende Grundlage ist darin zu sehen, daß erst diese prinzipielle Verschwiegenheit ein vertrauensvolles Therapeut-Patient-Verhältnis zuläßt und effektive Therapie ermöglicht. Von dieser Pflicht kann der [239] Therapeut

nur durch den Patienten selbst oder durch Ausnahmeregelungen darstellende Rechtsvorschriften befreit werden, wie sie im besonderen die Anzeigepflicht bei Verdacht auf bestimmte strafbare Handlungen oder zum Zwecke der Abwendung von Gefahren für die Gesellschaft (etwa im Hinblick auf den Schutz vor übertragbaren Krankheiten) darstellen. Die Pflicht zur Verschwiegenheit betrifft auch Angaben zur Diagnose und zu den vereinbarten therapeutischen Verfahren und gilt im psychotherapeutischen Handlungsfeld besonders, solange psychische Erkrankungen im öffentlichen Bewußtsein oft noch negative Wertungen erfahren und ihre Kenntnis zu Risiken für die Weiterführung beruflicher Tätigkeiten führt. Sowohl den Angehörigen, als auch den Institutionen gegenüber sind ohne ausdrückliche Einwilligung des Patienten keine Auskünfte zu geben, die die Art der Erkrankung, persönliche Verhaltensweisen und Einstellungen des Patienten betreffen oder sonstige Informationen darstellen, die in irgendeiner Form für den Patienten nachteilig wirken könnten.

Gegen diese Pflichten wird relativ häufig verstoßen, wobei neben unzureichender Bewußtheit über die möglichen negativen Folgen vor allem auch Erfordernisse der Zusammenarbeit mit Bezugspersonen (z. B. in der Ehepaartherapie) oder auch mit den die Patienten beschäftigenden Institutionen im Hinblick auf die soziale Wiedereingliederung und Rehabilitation eine Rolle spielen. Sofern derartige Kontakte ein notwendiges Moment des therapeutischen Prozesses bilden, muß versucht werden, den Patienten zur Zustimmung bezüglich der Weitergabe unerläßlicher Mitteilungen zu veranlassen. Aber auch wenn diese Einwilligungen vorliegen, kann es nicht darum gehen, Kenntnisse aus der unmittelbar persönlichen Sphäre des Erlebens und Verhaltens weiterzugeben.

Eine der sonstigen medizinischen Praxis gegenüber neuartige Situation bezüglich der Einhaltung der Pflicht zur Wahrung des Berufsgeheimnisses ist in der Psychotherapie durch die relativ breite Anwendung von Gruppentherapieverfahren entstanden. In der Gruppenarbeit können sich Konstellationen herausbilden, die den einzelnen Patienten (der natürlich im Regelfall in eigener Entscheidung seine Probleme in einer Gruppe vorträgt) zur Preisgabe von vertraulichen Informationen indirekt zwingen, besonders dann, wenn ein hohes Maß an Dynamik der Gruppenprozesse auftritt. Dem Therapeuten obliegt bei der Führung von therapeutischer Gruppenarbeit deshalb die Pflicht,

- 1 den Patienten auf die Möglichkeit derartiger Konstellationen aufmerksam zu machen und ihm für diesen Fall Empfehlungen zu geben
- 2 ihm die Möglichkeit begleitender individueller Beratung zu bieten;
- 3 innerhalb der Gruppenarbeit im Bedarfsfalle auch einzuschreiten, wenn einem Patienten gegenüber Ansprüche geltend gemacht werden, die als indirekter Zwang zur Aufgabe von Persönlichkeitsrechten angesehen werden können.

Darüber hinaus sollten Mitglieder einer therapeutischen Gruppe auch unter Verweis auf ihre eigenen Interessen immer dazu verpflichtet werden, über die in der Gruppe offenbar gewordenen Probleme von Mitpatienten Stillschweigen zu bewahren. [240]

Aspekte der übergreifenden sozialen Verantwortung psychotherapeutischen Handelns aus der Sicht gesellschaftlicher Interessen

Neben den bisher diskutierten Folgerungen aus den wichtigsten berufsspezifischen moralischen Verpflichtungen ärztlichen Handelns gibt es gerade auch für die Psychotherapie Handlungsfelder und Entscheidungsfragen, die mit erheblicher ethischer Verantwortung belastet sind und deshalb wenigstens andeutungsweise noch besprochen werden müssen. Einer dieser Problembereiche betrifft die den individuellen Therapieauftrag übergreifende Verantwortung für die Beeinflussung sozialer Basisbedingungen von psychischen Erkrankungen und ernsthaften psychischen Störungen.

Von sozialen Basisbedingungen für psychische Erkrankungen kann hier allerdings nur in dem Sinne die Rede sein, daß nach dem bisherigen Erkenntnisstand mit hoher Wahrscheinlichkeit angenommen werden darf, daß ihrem Wesen nach soziale Formen der Persönlichkeitsbildung in Gestalt von Erziehungspraktiken, in Gestalt von spezifischen Tätigkeiten mit hoher Belastung des psychischen Leistungsvermögens und in Gestalt von spezifischen interpersonellen Konfliktsituationen unter

gewissen Bedingungen Voraussetzungen für psychopathologische Reaktionen, für Neurosen oder auch für inadäquate Ausweichstrategien des Verhaltens, wie z. B. Suchten, schaffen können. Die Art und Weise dieser vielfach vermittelten und zumeist erst im Komplex auf die Persönlichkeitsbildung Einfluß nehmenden Wirkungen von sozialen Bedingungen ist dabei noch nicht genau überschaubar und mit Sicherheit bei unterschiedlichen Erkrankungen auch verschiedenartig (Thom, A., 1979; Gleiss, I., 1978). Wo dabei der Gang der wissenschaftlichen Forschung nach und nach Felder mit relativ hohen Risiken für die Persönlichkeitsbildung (z. B. im Zusammenhang mit der Analyse von Erziehungsstilen im frühkindlichen Alter) oder mit besonders hohen Belastungen und gehäuft auftretenden Störungen (z. B. im Rahmen der Untersuchungen des Gesundheitszustandes von Angehörigen verschiedener Berufsgruppen, etwa von Lehrern und Erziehern) erkennbar werden läßt, entstehen auch für die Psychotherapie Verpflichtungen zur gezielten Einflußnahme auf derartige Bedingungskonstellationen. Denkbar sind dabei durchaus verschiedene Folgerungen und Ansätze, wie u. a. die Entwicklung von Dispensairebetreuungen, mit denen individuell gezielte Prophylaxe möglich wird, die Erarbeitung von angemessenen Verfahren der Prüfung von Berufseignungen, mit denen eine Reihe von Komplikationen vermeidbar werden könnten, oder auch die Ausarbeitung von wissenschaftlich begründeten Empfehlungen zur Umgestaltung von durchschnittlich krankheitsfördernden Bedingungen spezifischer Art. Derartige Ansprüche an den einzelnen Psychotherapeuten richten zu wollen wäre sicher vermessen, da alle der genannten und weitere denkbare Strategien und Lösungsvorschläge nur das Ergebnis kooperativ organisierter systematischer Forschung sein können, an der zumeist auch Vertreter weiterer wissenschaftlicher Disziplinen teilnehmen müssen (z. B. der Pädagogik, z.B. der Arbeitshygiene u. a.). Was z. Z. mit einer verständlichen Intention auf prophylaktische Wirksamkeit an relevanten Vorschlägen angeboten wird ist demgegenüber zumeist zu abstrakt oder zu wenig fundiert, um Wirksamkeit zu erreichen.

Eine der Gefahren einseitiger und oberflächlicher Beurteilung sozialer Prozesse und Entwicklungen besteht für die Psychotherapie sicher darin, daß sie in erster Linie mit einer Auswahl besonders problematischer Seiten und Folgen aus der vielschichtigen Dynamik der Entwicklung des sozialen Lebensprozesses konfrontiert wird, die nicht unbedingt typisch und wesentlich im Hinblick auf das Ganze sind. Die Neigung, aus der Sicht auf die sog. Kehrseitenphänomene des gesellschaftlichen Lebens die Kritik an gesellschaftlichen Entwicklungen, wie etwa der in der entwickelten sozialistischen Gesellschaft unumgänglichen Leistungsforderung, verabsolutierend zu fassen, ist zwar aus der spezifischen Situation heraus verständlich, jedoch nicht akzeptabel. Fest steht für uns allerdings auch, daß gerade die Kenntnis vieler ungewollter problematischer oder direkt negativer Auswirkungen mancher Seiten der gesellschaftlichen Praxis auf das Leben von Personen für den und die Psychotherapeuten die moralische Pflicht begründen, sich um die genaue Erkenntnis der dabei mitspielenden Zusammenhänge zu bemühen und mit Engagement und Parteilichkeit für die Lösung derartiger Probleme sozialer Art eintreten. Diese Argumentation mag auf den ersten Blick widersprüchlich erscheinen, ist es aber nicht, denn die hier angesprochene Verantwortung für übergreifende Zusammenhänge schließt ein, daß fundiertes Sachwissen zur Grundlage der Urteilsbildung und konstruktive Lösungsvorschläge zum Gegenstand der kritischen Auseinandersetzung gemacht werden – wobei beides nicht aus der immer begrenzten persönlichen Erfahrung mit Patienten und deren Schicksalen und Konflikten abgeleitet werden kann, sondern ein entwickeltes Maß an wissenschaftlicher Reflexion und Analyse erfordert. Gerade in einer sozialistischen Gesellschaft, in der die Schaffung optimaler Bedingungen der Persönlichkeitsbildung ein notwendiges und allseits anerkanntes Ziel der gesellschaftlichen Entwicklung darstellt und das geltende Prinzip der demokratischen Mitverantwortung aller Bürger an der Gestaltung sozialer Prozesse ein hohes Maß an Möglichkeiten zur kritischen Prüfung des jeweils Gegebenen bietet, erfordert die moralische Pflicht zur Mitgestaltung auch für psychische Gesundheit erforderlicher Lebensbedingungen weitaus mehr als nur kritische Hinweise mit Signalcharakter für die Existenz von Problemen. Nicht gering zu schätzen ist u. E. jedoch trotz des noch unentwickelten Standes der komplexen wissenschaftlichen Analyse der für die Erhaltung und Sicherung von psychischer Gesundheit anzustrebenden Verbesserungen mikrostruktureller Seiten unseres gesellschaftlichen Lebens jener Beitrag zur Durchsetzung oder auch Ausprägung der dem Sozialismus

angemessenen humaner Formen menschlicher Begegnung, den faktisch jeder Psychotherapeut leistet, der sich im Interesse der Therapie und Rehabilitation seiner Patienten in die Auseinandersetzung mit offensichtlichen Schwächen der Leitung von sozialen Institutionen oder mit unhaltbaren Formen der menschlichen Interaktion mit Bezugspersonen einläßt. Diese in vielen Fällen für den Therapieerfolg und die soziale Reintegration ausschlaggebende Auseinandersetzung ist oft nicht einfach und erfordert Überzeugungsvermögen und Konsequenz gerade dann, wenn sie zunächst auf ausweichende oder gar abwehrende Reaktionen stößt. Hier darf sich u. E. der Psychotherapeut moralisch legitimiert fühlen und als Vertreter auch des gesellschaftlichen Interesses sehen, solange er ein objektives Urteil über die Sachzusammenhänge besitzt und mit den für seinen Patienten entscheidenden Interessen zugleich die der weiteren progressiven Entwicklung der Gesellschaft im Blick behält. Für die dabei im Einzelfall [242] auftretenden differenzierten Situationen können generalisierende Typisierungen wohl nicht so einfach gegeben werden – der moralische Anspruch kann aber in etwa doch mit dem Satz ausgedrückt werden, daß das Eintreten für befriedigende Möglichkeiten aktiver und produktiver Lebensvollzüge von Patienten immer auch im Zusammenhang mit den objektiven Interessen unserer Gesellschaft an der Integration aller menschlichen Leistungsmöglichkeiten in den Prozeß des weiteren Aufbaus des Sozialismus gesehen werden sollte. Die in der Praxis der Konfrontation von Therapeuten mit Vertretern sozialer Institutionen gelegentlich auftauchende Frage, ob er in erster Linie den Interessen seiner Patienten oder in erster Linie denen der Gesellschaft verpflichtet sei, löst sich allerdings im Sinne eines dialektischen sowohl – auch erst dann konkreter auf, wenn zwischen dem theoretisch überschaubaren, in programmatischen Willenserklärungen und bedeutsamen politischen Akten erkenntlich werden gesamtgesellschaftliche Interesse und den spezifischen Meinungen unterschieden wird, die es in partiellen Handlungsbereichen interpretieren, auslegen und u. U. auch vereinseitigen, und wenn zugleich das Interesse des Patienten nicht aus der Perspektive alleine seiner subjektiven Wünsche und oft problematischen Wertvorstellungen, sondern aus der seiner Entwicklungsmöglichkeiten und der Erfordernisse seines reifen Lebensvollzuges in der Gemeinschaft gesehen werden.

Mit dem letzteren Aspekt ist schließlich eine zweite die spezifischen berufsethischen Verpflichtungen übergreifende moralische Verantwortung berührt, die im besonderen die Orientierung des Handelns an generellen und mit dem Persönlichkeitsverständnis verbundenen Therapiezielen betrifft. Da psychotherapeutisches Handeln zunächst von einem spezifischen Therapieauftrag im Rahmen eines medizinischen Betreuungsverhältnisses ausgeht, sind seine primären Aufgaben sicher in der Ermittlung einer Diagnose, in der Beseitigung der Symptomatik oder wenigstens in einer Befindensbesserung und schließlich in einer angemessenen sozialen Reintegration des Patienten zu sehen. Auch die Wiederherstellung von beeinträchtigten Handlungs- und Kommunikationsmöglichkeiten im Sinne der Beseitigung von leistungsbeeinträchtigenden, angstsetzenden und sozial-isolierenden Symptomen ist dabei eine sozial bedeutsame Aufgabe moralischer Relevanz, da sie Personen neue und qualitativ bessere Lebensmöglichkeiten erschließt. Wo im therapeutischen Prozeß direkte Persönlichkeitsbeeinflussung i. S. von Veränderung fest verwurzelter Einstellungen oder Ab- bzw. Aufbau von Charakterzügen oder schließlich Ausbau von Merkmalen der sozialen Kompetenz versucht werden muß, um therapeutische Effekte überhaupt erreichen zu können, bedarf sie weitergehender Orientierungen an Wertvorstellungen der entwickelten Persönlichkeit, die in unserer Gesellschaft auch im Hinblick auf die Merkmale Selbstbewußtheit, Aktivität und Fähigkeit zur progressiven Fortentwicklung eigener Leistungspotenzen im weitesten Sinne nicht nur normative Ansprüche der Gesellschaft an Personen, sondern auch reale Basis befriedigender Lebensgestaltung der Personen in der Gesellschaft darstellen. Auf diese Probleme wurde schon an anderer Stelle in unserer Literatur eingegangen, so daß hier der Verweis auf neuere Stellungnahme zum Thema, die zugleich auch die kritische Auseinandersetzung mit anthropologischen Ansätzen – z. B. denen der humanistischen Psychologie – bei der Bestimmung übergreifender Therapieziele zur Persönlichkeitsentwicklung beinhalten, genügen kann (Helm, J., 1979, Mehl, I. u. B. Behzadi, 1979). [243] In Zusammenfassung der vorgetragenen Überlegungen zur moralischen Relevanz psychotherapeutischen Handelns unter den Bedingungen der sozialistischen Gesellschaft kann wohl mit Recht festgestellt werden, daß diesem Handeln eine komplexe und hohe

soziale Verantwortung auferlegt ist, deren systematische Reflexion in bezug auf durchaus problematische Entscheidungsfragen verschiedener Art notwendig ist, auch wenn die zu treffenden Entscheidungen selbst nicht immer die äußerlich erkennbare Dramatik von Konfliktsituationen in sich bergen, mit denen andere Bereiche der modernen Medizin derzeit vorrangig Interesse für ethische Fragestellungen hervorrufen. Die hier zunächst versuchte Klarstellung des Inhalts wesentlicher moralischer Handlungsverpflichtungen für Psychotherapeuten an Hand der Interpretation der Bedeutung bereits weitgehend anerkannter berufsspezifischer Pflichten ärztlichen Handelns beansprucht dabei nicht den Rang endgültiger und definitiver Festschreibungen von Moralgeboten, sondern soll vor allem einen überschaubaren Zugang zum Problemverständnis schaffen und die weitere Diskussion zu diesen Fragen anregen. Gerade im Prozeß des Aufbaus eines weitgehend eigenständigen und differenzierten Systems der Aus- und Weiterbildung von spezialisierten Psychotherapeuten und klinischen Psychologen wird die Debatte um diese Fragen ein bleibendes und wichtiges Moment der Therapeutenqualifikation werden müssen – für diese Aufgabe einen Ausgangspunkt und einen Ansatz zu zeigen, sollte als Absicht dieser Problemskizze angesehen werden.

Literatur

- Becker, G.: *Arzt und Patient im sozialistischen Recht*. (2. erweiterte Auflage) Berlin 1978
- Becker, G.: Die Erklärung von Hawaii. *Deutsches Ärzteblatt*, 48 (1977), 2872-2873
- Gleiss, I.: Probleme und Perspektiven der sozialen Epidemiologie psychischer Störungen. In: Keupp, H., u. M. Zaumseil (Hrsg.): *Die gesellschaftliche Organisierung psychischen Leidens*. Frankfurt/M., 1978, S. 499-539
- Helm, J.: Selbstverwirklichung als Therapieziel? In: Helm, J., H. D. Rösler u. H. Szewczyk (Hrsg.). *Klinische Psychologie*. Berlin 1979, S. 153-166
- Helm, J., u. A. Thom: Zur gesellschaftlichen Relevanz persönlichkeitsbezogener Zielstellungen in der Psychotherapie. In: Helm, J. u. a. (Hrsg.): *Neurosenpsychologie*. Berlin 1976, S. 9-26
- Kabanow. M. M.: Nekotorie etitscheskie woprosi w psichoterapii i reabilitazii psichitscheskich sa-bolewaniach. Leningrad 1973, 21-26
- Katzenstein, A.: Soziogenetische Erwägungen zur Diagnostik neurotischer und zerebro-visceraler Störungen. *Psychiat. Neurol. med. Psychol.* 30 (1978) 6, 342-349
- Leder, St.: *Psychotherapy and Community psychiatry*. *Studia Psychotherapeutica* (1) Budapest (1978) 1, 34-41
- Leder, St.: Soziodynamische Aspekte der Psychotherapie. *Psychiatr. Neurol. med. Psychol.* 30 (1978) 4, 231-238
- Levine, R. J.: Ethische Regeln für Humanexperimente: Spannungen zwischen der biomedizinischen Forschergemeinschaft und der US-Bundesregierung. In: Eser, u. K.F. Schumann (Hrsg.): *Forschung im Konflikt mit Recht und Ethik*. Stuttgart 1976, S. 379-395
- Mehl, I., u. B. Behzadi: Ideologische Probleme der Therapiezielbestimmung in der Verhaltenstherapie. In: Helm, J., H. D. Rösler u. H. Szewczyk (Hrsg.): *Klinische Psychologie*. Berlin 1979, S. 177-183
- Rose, St.: *The conscious brain*. (Revised edition) Penguin books. 1976
- Skowronek, H.: Die Rolle von „ethical standards“ in der sozialwissenschaftlichen Forschung. In: Eser, A., u. K. F. Schumann (Hrsg.): *Forschung im Konflikt mit Recht und Ethik*. Stuttgart 1976, S. 370-378
- Thom, A.: Das Problem der sozialen Determiniertheit psychopathologischer Entwicklungen aus der Sicht der marxistisch-leninistischen Persönlichkeitstheorie. In: Helm, J., H.D. Rösler u. H. Szewczyk (Hrsg.): *Klinische Psychologie*. Berlin 1979, S. 42-51