

Medizinische Psychologie

Psychosomatische Krankheitslehre und Therapie

Bearbeitet von
Gion Condrau

1. Auflage 2016. Taschenbuch. 384 S. Paperback

ISBN 978 3 596 30712 8

Format (B x L): 12,5 x 19 cm

[Weitere Fachgebiete > Medizin > Human-Medizin, Gesundheitswesen > Medizinische Soziologie & Psychologie, Lebensqualität](#)

schnell und portofrei erhältlich bei

beck-shop.de
DIE FACHBUCHHANDLUNG

Die Online-Fachbuchhandlung beck-shop.de ist spezialisiert auf Fachbücher, insbesondere Recht, Steuern und Wirtschaft. Im Sortiment finden Sie alle Medien (Bücher, Zeitschriften, CDs, eBooks, etc.) aller Verlage. Ergänzt wird das Programm durch Services wie Neuerscheinungsdienst oder Zusammenstellungen von Büchern zu Sonderpreisen. Der Shop führt mehr als 8 Millionen Produkte.

Unverkäufliche Leseprobe aus:

Gion Condrau
Medizinische Psychologie

Psychosomatische Krankheitslehre und Therapie

Alle Rechte vorbehalten. Die Verwendung von Text und Bildern, auch auszugsweise, ist ohne schriftliche Zustimmung des Verlags urheberrechtswidrig und strafbar. Dies gilt insbesondere für die Vervielfältigung, Übersetzung oder die Verwendung in elektronischen Systemen.

© S. Fischer Verlag GmbH, Frankfurt am Main

Inhalt

Vorwort zur zweiten Auflage	9
Vorwort zur ersten Auflage	11
Einleitung	13

GRUNDLAGEN UND NOTWENDIGKEIT EINER MEDIZINISCHEN PSYCHOLOGIE

Warum gerade Medizin? 23	
Warum gerade Psychologie? 27	
<i>Drei Wege ärztlicher Begegnung mit dem Kranken</i> 30	
Der biologische Zugang zum Kranken	41
Ethologie, Umweltlehre, vergleichende Verhaltensforschung 43	
Das triebhafte Verhalten und die Gehirnorganisation 53	
Behaviorismus, Konflikttheorie 55	
Die Lehre von den bedingten Reflexen 57	
Der psychologische Zugang zum Kranken	62
Der phänomenologische Zugang zum Kranken	73
Psychotherapie und Hermeneutik 79	
Das phänomenologische Krankheitsverständnis 84	

<i>Die Bedeutung der medizinischen Psychologie für die ärztliche Praxis.</i>	88
Das psychosomatische Krankengut der Allgemeinpraxis . .	92
Konsequenzen für die ärztliche Praxis in bezug auf	
Diagnostik und Therapie	101
Fragen der medizinpsychologischen Ausbildung	103

DAS PSYCHOSOMATISCHE KRANKHEITSVERSTÄNDNIS

Die Beeinträchtigung des Leiblich-Seins menschlichen Existierens	121
Krankheitswahl	124

Organspezifität	132
Krankheits- und Symptomwandel	157

DIE MENSCHLICHEN LEBENSPHASEN IN MEDIZINPSYCHOLOGISCHER Sicht CHT

<i>Krankhaft gestimmtes Weltverhältnis in der Kindheit und Jugendzeit</i>	178
---	-----

Kleinkindesalter 179

Schulalter 184

Pubertät und Jugendzeit 189

<i>Psychosomatische Fälle und Probleme des mittleren Lebensalters</i>	197
---	-----

Vegetative Dystonie 203

Essentielle Hypertonie 212

Asthma bronchiale 219

<i>Erkrankungen des alternden Menschen in medizin-psychologischer Sicht</i>	223
---	-----

Herzinfarkt 228

Altersdepression 232

Karzinom 235

ZUR THERAPIE PSYCHOSOMATISCHER KRANKHEITEN

Therapeutische Methoden und Möglichkeiten	247
---	-----

Die Überweisung an den Psychiater 250

Therapeutische Kompetenzen 254

Behandlung einer sekundären Amenorrhöe 259

Die Indikation zur Psychotherapie 266

Prognose und Erfolgsbeurteilung 278

Das Ende der Therapie 282

DER STERBENDE PATIENT – EIN VERGESSENES PROBLEM DER MEDIZINPSYCHOLOGIE

Das Verhältnis der Medizin zum Tode	295
---	-----

Der sterbende Patient 297

Die infauste Prognose	300
Ärztliche Sterbehilfe	304
Psychotherapie eines Sterbenden	309

DIE BEDEUTUNG DER SPRACHE IN DER ÄRZTLICHEN HEILKUNDE

Psychoanalyse	317
Die »psychosomatische Sprechstunde«	322
Gespräch mit einer Kranken	325
Colon irritabile	328
Die biografische Anamnese	333
Heilung durch die Sprache	337
Formen des ärztlichen Gesprächs	343
Verstehen und Verständigung	349

ANHANG

Fachausdrücke	367
Bibliographie (Auswahl)	373
Namen- und Sachregister	378

Einleitung

Die Medizin betrachtet sich als die Wissenschaft von der Behandlung und Heilung kranker Menschen. Als solche hat sie sich im Laufe der Jahrtausende machtvoll etabliert und jegliche unwissenschaftliche Konkurrenztaigkeit, von der abergläubischen Naturheilkunde bis zum religiösen Wunderglauben, in ihre Schranken gewiesen. Ihre Aufgabe ist es, vorsorgliche Maßnahmen für die Bewahrung der Gesundheit des Individuums und der Gruppe zu treffen (Präventivmedizin) und Erkrankte zu heilen (Kurativmedizin). Die wissenschaftliche Erkenntnis in der Medizin ist nicht Selbstzweck, sondern Mittel zum Zweck. ROTHSCHUH sagt in den »Prinzipien der Medizin«, die Einmaligkeit des Kranken lasse zwar die Anwendung von vielen wissenschaftlichen Methoden zur Feststellung ärztlich wichtiger Größen zu, aber die Einsicht bleibe bruchstückhaft. Somit sei die Medizin eigentlich keine Wissenschaft, aber es gebe eine wissenschaftliche Medizin, die Wissenschaft um der Erkennung und Heilung der Krankheit willen treibt.

In dieser, etwas überspitzten Formulierung kommt die Erkenntnis zum Ausdruck, daß »die Rolle des Wissenschaftlichen« in der Medizin oft überschätzt wird. Man sprach und spricht deshalb oft auch davon, daß Medizin eine *Kunst* sei, wobei nicht etwa an eine schöpferische Gestaltung als vielmehr an ein besonderes Geschick in der Erfassung und Behandlung von Kranken gedacht wird. *Medicina est ars ad humani corporis sanitatem tuenda profligandosque morbes comparata* – die Medizin ist eine Kunst, aufgebaut zur Bewahrung der menschlichen Gesundheit und zur Niederwerfung der Krankheiten – schrieb FERNEL 1542.

Die Medizin wird auch als *Handwerk* bezeichnet, was für die Chirurgie einige Berechtigung haben mag (schon der griechische Ausdruck *Cheirurgos* heißt Handwerker) oder als *Seelsorge*, insbesondere die Psychotherapie. Weniger schmeichelhaft ist die Auffassung, Medizin sei ein *Geschäft* wie jedes andere, wie es auf der anderen Seite verfehlt ist, die ärztliche Heilbehandlung lediglich als *charismatische Liebestätigkeit* aufzufassen.

Eindeutig und sicher ist aber die Medizin eine *Aufgabe*; die ärztliche Heilkunde versteht sich von ihren Zielen her. Dieser Aufgabe haben sich alle wissenschaftlichen Erkenntnisse unterzuordnen. Ärztliches Denken und ärztliche Erfahrung bestim-

men die Tätigkeit am Krankenbett, gestützt von den medizinischen Hilfswissenschaften (Krankheitslehre, allgemeine und spezielle Pathologie, Heilmittellehre, Hygiene, Anatomie, Physiologie und Soziologie), getragen von der Arzt-Patient-Beziehung, die immer im Mittelpunkt ärztlicher Handlung steht. ROTHSCHUH charakterisiert die Aufgabe der Medizin zweifellos am besten als »Förderung und Erhaltung der Gesundheit«, als Linderung von Schmerzen und krankheitsbedingten Beschwerden sowie als Wiederherstellung einer gestörten Gesundheit oder beeinträchtigten Leistungsfähigkeit. »Die ärztliche Aufgabe gegenüber dem hilfesuchenden Patienten gliedert sich in einen sachlichen und einen menschlichen Sektor. Die sachliche Versorgung besteht aus Erkennen und Beurteilen der Gegebenheiten und dem Ergreifen der erforderlichen Maßnahmen. Die menschliche Versorgung besteht im Erkennen der persönlichen Not der Kranken, des Stellenwertes der Krankheit im Dasein des Kranken und in der Lösung der menschlichen Aufgabe, die Angst des Kranken zu zerstreuen, ihm Mut zu machen, ihn zur Mitarbeit und zu richtiger Einsicht und Einstellung zu bringen«. Mit anderen Worten: die Aufgabe des Arztes kann niemals nur in unpersönlicher Verabreichung von Rezepten, Injektionen oder chirurgischen Eingriffen bestehen; vielmehr wird von ihm eine mitmenschliche Anteilnahme am Leiden seines Kranken verlangt.

Die *Arbeit des Arztes* lässt sich nach ROTHSCHUH mit Vorteil dreifach gliedern: er wirkt *edukativ* in der Belehrung über die bestmögliche Erhaltung der Gesundheit, *präventiv* in der tatkräftigen Vorsorge gegen die Entstehung und Ausbreitung von Krankheiten, und *kurativ* in der Heilbehandlung. Die kurative Tätigkeit besteht zunächst in der Erkennung und Benennung der Natur einer Krankheit (*Diagnose*) aufgrund der Krankheitsgeschichte (*Anamnese*), der Krankheitszeichen (*Symptome*) und des objektiven Untersuchungsbefundes (*Status*). Die anzuwendende Hilfe wird als *Therapie* bezeichnet und die Voraussage der voraussichtlichen Entwicklung als *Prognose*.

Ein kurzes *Beispiel* soll dies erläutern:

Frau G. P., 28jährig, verheiratet, 1 Kind

1. *Symptome*: Patientin leidet an unkontrollierbarem, unwillkürliche Harnabgang, sowohl bei Bewegung wie beim Sit-

- zen und Stehen. Dazu kommen starke Schmerzen beim Geschlechtsverkehr. Seit etwa 5 Jahren Migräneanfälle.
2. *Anamnese*: 1967 wegen Fluor vaginalis und Pruritus vulvae in der Frauenklinik behandelt, 1964 Geburt eines Knaben. Kontinuierlicher Übergang des Fluor in Harninkontinenz.
 3. *Status und Diagnose*: Urininkontinenz III. Grades. Uterus retroversus flexus partim fixatus. Kein wesentlicher Desensus. Dyspareunie, Migräne. Pruritus vulvae.
 4. *Procedere*: Urethrogramm, Cystoskopie und Cystotomie, psychosomatische Abklärung.
 5. *Therapie*: noch offen.
 6. *Prognose*: unbestimmt.

Zum vorliegenden Fall ist zu bemerken, daß wohl alle Symptome der Patientin psychosomatischer Natur sind und kaum durch eine medikamentöse oder chirurgische Therapie geheilt werden dürften. Trotzdem sind fast zehn Jahre vergangen, bis sie – von einem Klinikassistenten zugewiesen – von einem Psychotherapeuten interviewt werden konnte.

Die reichhaltige Symptomatik der Patientin spricht für sich.

Die psychosomatische Bedeutung von *Fluor albus*, *Incontinentia urinae* und *Pruritus vulvae* liegt vor allem darin, daß es sich um Symptomkomplexe handelt, die eine Mittelstellung zwischen hysterischen und organneurotischen Phänomenen halten. Einerseits spielen sich die krankhaften Vorgänge scheinbar fast ausschließlich im Bereich des Leiblichen ab, andererseits wird in ihrem gebärdehaften Charakter die mitmenschliche Bezogenheit deutlich ersichtlich.

In der pathologischen Hyperfunktion beim *Fluor albus* wird dieser Umweltbezug besonders klar. Weil der normgemäße Austrag des geschlechtlichen Weltbezuges gestört ist, wird die Funktion der Exkretion, der Ausscheidung von Säften aufgebläht, so daß es zur Fluorbildung kommt. Der Fluor ist der leibliche Austrag einer emotionalen Erregtheit, die keine normgemäße Abfuhr findet.

Die von einer »psychosomatischen« *Harninkontinenz* befallenen Frauen befinden sich in einer emotionalen Spannung, die im »Wasser lösen« ihren leibsprachlichen Ausdruck findet. Es sind häufig Menschen, die im Verhältnis zu ihrer Sensibilität und Erregbarkeit, zu ihren Neigungen zu motorischen Entladungen

und zur Stärke ihrer vitalen Triebhaftigkeit zu vielen Reizen und Erregungen ausgesetzt sind oder sich zu strenge Versagungen und Hemmungen auferlegen.

Die an *Pruritus vulvae* erkrankte Frau weist eine besonders gereizte, sensible und unbefriedigte Grundstimmung auf, die nicht obligat, jedoch vornehmlich mit einer sexuellen Frustration einhergeht. Allen drei Symptomen, dem Fluor, der Inkontinenz und dem Pruritus liegt die gleiche emotionelle Spannung zugrunde: eine Störung der mitmenschlichen Beziehung im triebhaft-vitalen Lebensbereich. Die Kranken leben im Widerstreit mit den Ansprüchen ihrer außerordentlich starken Vitalität und einer ebenso starken Abwehr, wobei die Hemmung von ihnen selbst ausgehen kann oder von außen aufgezwungen wird. In dieser »Ambivalenz« kommt es zu den genannten Frustrationerscheinungen.

Die *Dyspareunie*, die diffusen, nicht genau lokalisierbaren Schmerzen im Bereich des kleinen Beckens beim Coitus, deutet auf eine schwere Störung der sexuellen Erlebnisfähigkeit hin, die möglicherweise partnerschaftlich bedingt ist. In der *Migräne* schließlich lebt die Patientin ihren Versuch, alles sie Bedrängende kopfmäßig, das heißt, mit Intellekt und Willen zu bewältigen. Die vasomotorischen Vorgänge bei der Migräne veranschaulichen das den ganzen Menschen erfassende Verkrampfen, Andrängen und Stauen des abgewehrten emotionalen, erotisch-sinnlichen Lebensbereiches. Im Migräneanfall hat man das leiblich ausgetragene Sich sperren gegen das andrängende Leben schlechthin zu sehen, während die Lärmüberempfindlichkeit auf ein Nicht-hören-Wollen, die Lichtscheu auf ein Nicht-sehen-Wollen und das Erbrechen auf ein Nichts-aufnehmen-Können hindeuten (SCHWÖBEL). Die Patienten verschließen sich derart ihrer Umwelt, daß sie sich völlig isolieren.

Eine solche Isolation fand der psychosomatische Konsiliarius an der Frauenklinik auch bei der obgenannten Patientin vor. Zunächst schien es kaum möglich, mit ihr ins Gespräch zu kommen. Sie trug eine mimische Maske, hielt sich steif und gab auf Fragen nur kontrollierte, knappe Antworten. Schließlich schmolz das Eis, als die Patientin merkte, daß sie nicht wegen Verdachts auf »Geisteskrankheit« oder »Einbildung« an den Psychiater gewiesen worden war. Es wurde ihr klar gemacht, daß vorgängig einer eventuellen Operation die näheren Lebensumstände abgeklärt

werden müßten, daß möglicherweise psychische Konfliktsituationen, Ehe- und Kinderprobleme die Heilungsaussichten verringerten, falls sie nicht gelöst würden.

Eine erste Einstiegsmöglichkeit ins Gespräch bot uns die anamnestische Angabe, daß die Beschwerden der Patientin mit der Geburt ihres ersten (und einzigen) Kindes eingesetzt hatten. Und so erfuhren wir, daß sie gerade zur Zeit, als sie eine zwei Jahre dauernde, konfliktbeladene Verlobung auflösen wollte, schwanger wurde. Mehrere Versuche zu einem Schwangerschaftsabbruch mißlangen, so daß sich die Patientin zu einer »Mußheirat« entschloß. Seither lebt sie in unglücklicher Ehe mit einem Mann, der ihr weder intellektuell noch emotionell entspricht, mit einem Kind, das sie von Anfang an ablehnte. Kurz nach der Geburt litt es an einem Pylorospasmus und mußte deswegen hospitalisiert werden. Die Mutter nahm es aber auch später nicht mehr nach Hause, so daß es die Säuglingszeit im Kinderspital verbringen mußte. In der Schulzeit wurde der Knabe schwer neurotisch.

Soweit die unmittelbar ersichtliche Konfliktsituation der Patientin, die an sich schon weitgehend die Symptome verständlich werden lassen. Allerdings darf sich der Arzt auch damit nicht begnügen. Eine vollständige Abklärung des Krankheitsbildes erfordert auch eine eingehende *biographische Anamnese*. Da zeigte sich, daß die Patientin bereits als Kind selbst in einer konfliktbeladenen Atmosphäre aufwuchs. Der Vater, ein sozial schlecht gestellter Bahnbeamter, chronischer Alkoholiker, bedrohte mehr als einmal die Familie, so daß diese flüchten mußte. Die Mutter hingegen war eine sich hingebende, aufopfernde Frau, welche die Kinder an sich band und auf deren Mitleid angewiesen war.

Es liegt auf der Hand, daß dieser Patientin mit einem operativen Eingriff nicht zu helfen war. Eine Psychotherapie schien dringend erforderlich und wurde auch sofort eingeleitet. Die weitere Entwicklung ist noch offen. Möglicherweise bessert sich das Verhältnis zum Ehemann, möglicherweise entsteht eine echte Beziehung zum Kinde, möglicherweise führt die Therapie zur Ehescheidung. In allen drei Fällen kann der Patientin nur aufgrund eines *medizinpsychologischen Verständnis* ihres »Falles« sinnvoll geholfen werden.

Grundlagen und Notwendigkeit einer Medizinischen Psychologie

Die Forderung, ein psychologisches Krankheitsverständnis in die Medizin einzubeziehen, wird heute kaum mehr in Frage gestellt. Ihre praktische Verwirklichung liegt jedoch der theoretischen Einsicht gegenüber im Rückstand. Die Gründe hierfür sind vielfältiger Natur; nicht zuletzt muß auch die Tatsache verantwortlich gemacht werden, daß die Begriffsbestimmung dessen, was wir unter medizinischer Psychologie oder psychologischer Medizin zu verstehen haben, noch recht unklar und keineswegs allgemeingültig ist. Während die einen darunter lediglich die Lehre von den Geisteskrankheiten oder das Gebiet der klassischen Psychiatrie verstehen, meinen andere damit ausschließlich eine allgemeine Psychopathologie; ein großer Teil der Ärzte denkt hingegen an Neurosenlehre und Psychotherapie oder an die Anwendung psychotherapeutischer Prinzipien sowie psychodiagnostischer Hilfsmittel in der somatischen Medizin und setzt die medizinische Psychologie der Psychosomatik gleich.

Versucht man eine Differenzierung der Begriffe, so müßte man zunächst *Aufgabe* und *Methode* der verschiedenen Disziplinen einander gegenüberstellen. Die *Psychiatrie* – in ihrer klassischen Form – sieht ihre *Aufgabe* in der Erforschung und Behandlung der Geisteskrankheiten – letztere im weitesten Sinne und unter Einbezug der Psychopathien und Neurosen verstanden. Die Psychiatrie hat sich zu einem Spezialfach der Medizin entwickelt, sie ist zu einem der großen Pflichtfächer des Medizinstudiums geworden. *Methodisch* ist sie heute noch weitgehend naturwissenschaftlich orientiert. Sie sucht nach Gesetzmäßigkeiten, ordnet die Krankheiten einheitlich und systematisch, untersucht Verläufe und Beeinflussungsmöglichkeiten. Das *Krankheitsbild* wird erforscht und behandelt, die individuelle Wesensart des Kranken wird diesem untergeordnet.

Ähnlich verhält es sich mit der *Psychopathologie*. In Analogie zur pathologischen Anatomie und Pathophysiologie wird auch im Bereich der seelischen Störungen Grundlagenforschung betrieben. Auch sie war bisher großenteils naturwissenschaftlich orientiert. Eng verbunden mit der Gehirnpathologie, war ihr Forschungsziel die Aufdeckung organischer Gehirnprozesse als Grundlage der Geistesstörungen. In einzelnen Fällen ist ihr das gelungen – denken wir an die progressive Paralyse, die arteriosklerotische Demenz, die psychischen Veränderungen nach Ge-

hirntumoren oder Schädelverletzungen. Immer häufiger jedoch wurden Stimmen laut, die das Ungenügen einer derartigen Grundlagenforschung erkannten und nach einer verstehenden, phänomenologisch orientierten Psychopathologie riefen. Bei v. GEBSATTEL wurde die Psychopathologie zu einer medizinischen Anthropologie, BINSWANGERS »psychiatrische Daseinsanalyse« eröffnete einen neuen Verstehenshorizont für die Psychosen, JASPERS führte die »phänomenologische Psychopathologie« ein.

Eine ähnliche Entwicklung zeichnet sich in der *Neurosenlehre* und in der *Psychotherapie*, in jüngster Zeit auch in der *psychosomatischen Medizin* ab. Die *Neurosenlehre*, ursprünglich ausschließlich eine Grundlagenforschung und Systematisierung lebensgeschichtlich zu verstehender, weder organisch noch hereditär bedingter psychischer Krankheiten, wurde durch Einbezug des »Unbewußten« zu einer Tiefenpsychologie. Die *Psychotherapie* wurde zur Therapie der Wahl solcher Störungen. Beide schienen zwar nicht mehr ausschließlich in den Aufgabenbereich der Psychiatrie zu gehören, doch blieben sie zunächst eine medizinische »Spezialität«. Erst durch den Einbezug »organischer« Krankheiten in das medizinpsychologische Verständnis wurde die Basis breiter. Schließlich fehlte nur noch die *Psychologie des Arztes* beziehungsweise des ärztlichen Berufes zum vollständigen Bild der Medizinischen Psychologie. Die Erfahrungen, die in der psychotherapeutischen Betreuung neurotisch Kranke gesammelt wurden, erwiesen mit aller wünschenswerten Deutlichkeit, daß *der Arzt selbst eine wesentliche Rolle im Heilungsprozeß* spielt. Dies gilt auch für die somatische Medizin, was BALINT veranlaßte, von der »Droge Arzt« zu sprechen. SEGUIN weist in einer ausgezeichneten Schrift über den psychotherapeutischen Eros darauf hin, daß das gefühlsmäßige Erleben des Arztes selbst während einer Behandlung bisher in den Darstellungen arg vernachlässigt wurde. Diese Vernachlässigung gründe in der falschen Annahme, der Arzt müsse und könne »objektiv« sein und solle sich von aller persönlichen, gefühlsmäßigen Anteilnahme an dem psychotherapeutischen Prozeß freihalten. Die grundsätzliche Unmöglichkeit einer derartigen ärztlichen Objektivität ist jedoch offensichtlich. In Wirklichkeit gibt es überhaupt keine einzige mitmenschliche Beziehung ohne eine gegenseitige gefühlsmäßige Anteilnahme. »Wenn es nämlich für

einen Arzt möglich wäre, sich im Heilungsprozeß aus allem tieferen Engagement herauszuhalten, eine rein ›berufliche‹, eine ›objektive‹, eine distanzierte, nicht involvierte Einstellung durchzuhalten, so dürfte man dies gar nicht mehr eine mitmenschliche Beziehung im eigentlichen Sinne dieses Wortes nennen. Vielmehr hätten wir dann . . . lediglich noch ein Individuum vor uns, das die Menschlichkeit seines Patienten vernichtet, ihn in ein ›Objekt‹, in ein Ding verwandelt und ihn als ein solches zu manipulieren sucht«.

Warum gerade Medizin?

Ist jedoch der Arzt in einer besonderen Weise am Krankheits- und Heilungsgeschehen seiner Patienten mitbeteiligt, so stellt sich naturgemäß sofort die Frage, was ihn primär zu einem solchen Beruf motiviert hat, beziehungsweise welche Voraussetzungen in bezug auf Persönlichkeit und Charakter vorgegeben sein müssen, damit er dieser Aufgabe, die den intellektuellen Lernprozeß übersteigt, gewachsen ist.

Unter den intellektuellen und charakterlichen Voraussetzungen für den Beruf des Arztes werden zumeist Begabung für naturwissenschaftliches Denken und Freude an der Biologie genannt. Der Arzt soll nüchtern, abstrakt und systematisch denken können, über eine gute Beobachtungsgabe und ein vorzügliches Gedächtnis verfügen. Dazu gehört ferner die praktische Begabung, namentlich ein gewisses manuelles Geschick. Ebenso wichtig ist die Mitmenschlichkeit: Güte, Toleranz, affektive Ansprechbarkeit. Eigenbrötlerie paßt nicht zum Bild des guten Arztes; dem reinen Mathematiker oder Physiker fehlt die Menschlichkeit, die vom Arzt in überdurchschnittlichem Maß gefordert wird. Steuerungsfähige Stimmung, Kompromißbereitschaft, Achtung vor dem Mitmenschen gehören zum ärztlichen Beruf; Süchtigkeit, Hemmungslosigkeit und Aggressivität, aber auch zu große Hemmungen und moralische Intransigenz passen nicht dazu. Kastengeist und Ekelschranke sind in der ärztlichen Tätigkeit aufgehoben. Der theoretische Mensch, um einige von SPRANGER beschriebene Persönlichkeitstypen zu erwähnen, dem das Richtige, das Prinzip, das Wahre, das System zum Grundsatz seines Handelns wird, eignet sich besonders für die Forschung. Er wird in der Regel – wenn überhaupt praktisch tätig – eine spezialärztliche Ausbildung vorziehen, die ihm ein

gründliches Fachwissen vermittelt. Der ökonomische Mensch, dem Erfolg und Nutzen wichtig sind, wird sich sein Fachgebiet nach mehr wirtschaftlichen Aussichten wählen, der soziale Mensch hingegen sich der Allgemeinpraxis widmen, wenn er nicht als Werkarzt oder in Heimen und Fürsorgeinstitutionen tätig ist. Er ist der Mensch, der „nicht nein sagen kann“, der Tag und Nacht für seine Patienten da ist, sich und seiner Familie kaum Urlaubstage oder Ferien gönnt. Schließlich gibt es den ästhetischen Menschen, dem Kunst und Bildung, aber auch Freundschaft, Liebe, Lebensgenuss über alles gehen. Man trifft diese Persönlichkeitsstruktur häufig, wenn auch natürlich nicht ausschließlich, bei Kinderärzten und Frauenärzten an. Der Machtmensch hingegen wird sich eine ärztliche Spezialität aussuchen, die möglichst viel Erfolg und Ruhm verspricht. Medizin ist ihm ein Ehrenberuf, sie verschafft ihm hohe soziale Stellung und Autorität. Der religiöse Mensch dagegen wird seinen Beruf als Sendung Gottes auffassen, was ihn beispielsweise zum Missionsarzt prädestiniert. Alle diese charakterlichen Eigenschaften bedingen wiederum ein je anderes Verhältnis des Arztes zu seinem Kranken.

ROGERS hat sich eingehend mit den Voraussetzungen auseinandergesetzt, die ein Psychotherapeut zu erfüllen hat, um seinem »Klienten« helfen zu können. Seine Ratschläge gelten auch für den psychosomatisch interessierten und engagierten Mediziner und Psychologen. Als Kernpunkt des therapeutischen Verhaltens wird eine Haltung des Therapeuten angesehen, die sich strikte jeder Wertung enthält und den Patienten in keiner Weise zu beeinflussen wünscht. Der Respekt vor der Individualität des Kranken hat den ersten Rang einzunehmen. Achten wir seine Befähigung und sein Recht zur Selbstlenkung, oder glauben wir im Grunde, daß sein Leben am besten von uns geleitet würde? Bis zu welchem Grad haben wir das Bedürfnis und den Wunsch, andere zu beherrschen? Die Beantwortung dieser Fragen in einem für den Patienten richtigen Sinn darf nicht dahin mißverstanden werden, daß sich der Therapeut lediglich *passiv* verhält. Auch im Gewähren-Lassen und gleichzeitigem In-Frage-Stellen liegt Aktivität. Passivität und Fehlen von Interesse und Beteiligtsein sowie Indifferenz werden als Ablehnung erlebt. Aufmerksames Zuhören und Empathie dagegen vermitteln das Gefühl von Angenommensein und Wertschätzung. Aus diesem

Grunde sollte der Therapeut jedes schulmeisterliche und belehrende Verhalten dem Patienten gegenüber vermeiden.

Auf einer Medizinstudententagung in Zürich wurde 1970 die Frage nach der Motivation zum Medizinstudium sehr lebhaft diskutiert. Von medizinpsychologischer Seite wurde vor allem darauf hingewiesen, daß sie sehr unterschiedlich gelagert sein kann. Vorstellungen und Wünsche aus eigenen Erlebnisbereichen können dabei ebenso ausschlaggebend sein wie persönliche Neigungen, die möglicherweise mit einer bestimmten Seite des Berufes in Zusammenhang stehen; aber auch äußere Faktoren (Sozialstatus, Wirtschaftlichkeit), Familientraditionen (gesellschaftliche Vorurteile) wie auch der bloße Zufall spielen eine Rolle. Neurotische Motivationen dürfen nicht übersehen werden: Angst, Schuldgefühle, Identifikationszwänge mit Kranken und Leidenden, der Wunsch nach Selbstheilung (besonders motivierend für das Psychologie- und Psychiatriestudium). Im Laufe der Ausbildung kann auch ein Wandel der Motivation eintreten, wobei es gelegentlich zum Berufswechsel kommt.

Berufswahlmotivationen sind für die meisten Berufe tiefenpsychologisch eruiert worden. Hier sei u. a. an die Arbeiten aus der Schule von SZONDI erinnert, wonach die Sozialisierung der kranken Ahnenansprüche und Ich-Störungen im Beruf durch die Erreichung der Entwicklungsstufe des *homo elector* und *homo humanus* beziehungswise des *homo liberator et humanisator* erreicht wird. Diese Sozialisierung und Humanisierung nach dem Prinzip des Operotropismus soll auch für die Umgebung optimal sein. Die Berufswahl wäre somit eine Antwort auf bestimmte pathologische Vorbedingungen in der Ahnenstruktur des Einzelnen und als Konversion zu verstehen. SZONDI bringt dafür eine ganze Reihe von Beispielen aus allen Berufsgattungen.

Man mag sich zu den eben genannten Deutungsversuchen stellen wie man will; auch die Psychoanalyse erbringt Erklärungsversuche zur Berufswahl als Sublimationsprozeß verdrängter Triebregungen. Möglicherweise spielen heute andere Faktoren eine Hauptrolle bei der Beurteilung medizinischer und psychologischer Berufe. Zweifellos steht das Anliegen des Helfens und Heilens, der unmittelbare Bezug zum Mitmenschen im Vordergrund. Die Freiheit der Berufswahl ist eine der bedeutsamsten Folgen einer fortschrittlichen Entwicklung unserer Zeit, aber gleichzeitig auch Ursache zahlreicher Risiken, deren sich