

DIE STELLUNG DER PSYCHOSOMATISCHEN MEDIZIN IN DER HEILKUNDE *

Thure von Uexküll

1. Eine Definition

Die Richtung der Heilkunde, welche die Bedeutung seelischer Vorgänge für die Entstehung und Fortdauer körperlicher Krankheiten untersuchen will, ist unter dem Namen „Psychosomatische Medizin“ allgemeiner bekannt geworden, als es sonst für eine Richtung der Heilkunde üblich ist. Psychosomatische Medizin wurde zu einer Art Modewort, hinter dem sich die verschiedensten Bestrebungen verbergen und unter dem sich daher die wenigsten etwas Konkretes vorstellen können.

Im folgenden soll der Versuch unternommen werden darzustellen, was innerhalb der Medizin, also unter den Vorbehalten kritisch wissenschaftlicher Einstellung, darunter zu verstehen ist. Dazu ist es aber erforderlich, die Probleme aufzuzeigen, die entstehen, wenn wir uns entschließen, Seelisches in die Medizin hineinzunehmen. Denn dieser Entschluß wirft eine Reihe von Fragen auf, mit denen sich die Medizin bisher nicht oder nur am Rande zu beschäftigen brauchte.

Psychosomatische Medizin stellt zunächst die These auf, der Einfluß seelischer Vorgänge auf die Entstehung und den Ablauf von Krankheiten sei ein Problem, das ebenso ernsthaft erforscht werden müsse wie der Einfluß chemischer, physikalischer oder bakterieller Prozesse.

Es ist klar, daß ein solches Programm alle Zweige der Medizin vor grundsätzlich gleichartige Fragen stellt wie die innere Medizin und die Psychiatrie, die sich bisher in erster Linie damit befaßt haben. Aus diesem Grunde ist psychosomatische Medizin auch kein neues Spezialfach, das etwa zur Dermatologie, Chirurgie, Frauenheilkunde usw. hinzutritt, sondern eine alle Zweige der Medizin betreffende neue Forschungsrichtung.

2. Der geschichtliche Standort

Das klingt alles recht einleuchtend. Man fragt sich daher, warum die Einführung der psychosomatischen Medizin auf so starke Widerstände stößt; aber auch, woher andererseits das ungewöhnliche Interesse der Öffentlichkeit an ihren Fragen stammt.

* Erstveröffentlichung in VON UEXKÜLL, Thure (1963). *Grundfragen der psychosomatischen Medizin*, Kapitel 1, S. 13-43. Hamburg: Rowohlt's Deutsche Enzyklopädie, Band 179/180.

Beides läßt sich aus der historischen Situation unserer Zeit verstehen. Jede Zeit lebt in einem System von Vorstellungen, die sie sich über den Zusammenhang der Wirklichkeit macht. In einem solchen System hat alles einen Platz und eine Bedeutung, die dem Zusammenhang mit dem übrigen entspricht. Veränderungen auch in einem Teilbezirk können nur soweit stattfinden, als sie das Gesamtsystem nicht gefährden.

Das System von Vorstellungen unserer Zeit ruht auf einem Fundament, das die Naturwissenschaften geschaffen haben. Für die Medizin bedeutet das, daß ihre Vorstellungen über „Krankheit“, „Körper“, „Welt“ und die Beziehungen zwischen diesen Größen in bestimmten Grundzügen von dorthin festgelegt sind. Es ist kein Geheimnis, daß in diesem System „Seele“ und alles, was dazugehört, keinen Platz hat. Seelisches mußte, soweit man nicht völlig davon absehen konnte, in einen Sonderbezirk verwiesen werden, der mit dem übrigen in keinerlei Zusammenhang stand. Nur dort konnte man sich mit ihm beschäftigen, ohne Schaden anzurichten. So entstand die Scheidewand, die Körper und Seele auch heute noch gegeneinander abschließt.

Die Medizin hat das Vorhandensein dieser Scheidewand bedauert, konnte aber an den gegebenen Verhältnissen nicht viel ändern. Sie hätte mit ihr etwas abschaffen müssen, dem die vital wichtige Aufgabe zukommt, das System unserer Vorstellungen, das dem Zeitgenossen eine zweifelsfreie Orientierung in wichtigen Grundbezirken des Daseins garantiert, vor gefährlichen Einbrüchen zu schützen.

Wenn die psychosomatische Medizin heute diese Scheidewand einreißen will, darf sie sich also nicht wundern, daß ihr Vorhaben auf den Widerstand äußerer und innerer Kräfte stößt. Es wäre naiv zu glauben, das ließe sich ohne Erschütterung des Gesamtsystems unserer Vorstellungen verwirklichen.

Die Tatsache, daß uns heute eine bestimmte Art von Medizin selbstverständlich erscheint, in der die Begriffe „Körper“, „Organ“, „Krankheit“ usw. eine sehr bestimmte und der Begriff „Seele“ eine sehr unbestimmte Bedeutung haben, ist z. T. durch die Zeitepoche begründet, in der wir leben. Daß es früher andere Arten Medizin mit anderen Selbstverständlichkeiten gab, in denen die gleichen Begriffe andere Bedeutungen hatten, scheint uns unwesentlich. Wir meinen, es könne sich dabei lediglich um überholte Epochen mit überwundenen Irrtümern gehandelt haben.

Nun gibt es in der Tat einen Fortschritt in der Medizin, durch den frühere Theorien und Lehrgebäude überwunden und durch bessere ersetzt werden. Es unterliegt keinem Zweifel, daß z. B. die moderne Infektionslehre mit ihren subtilen Kenntnissen der Bakterien und Viren sowie der Gegenwirkungen, die sie im Körper auslösen, der alten „Miasmen“-Lehre überlegen ist, in der Infektionskrankheiten als Folge giftiger Bodenausdünstungen gedeutet wurden. Auf der anderen Seite gibt es aber auch eine Geschichte des Vergessens und der Einengung des Gesichtsfeldes. Unsere wissenschaftlichen Forschungsmethoden lassen sich mit Mikroskopen vergleichen: Je stärker die Vergrößerung der optischen Apparaturen wird, um so genauer wird zwar das Bild, um so enger aber auch der Ausschnitt und um so größer die Gefahr, Nachbargebiete zu übersehen und den Zusammenhang des Ganzen aus dem Auge zu verlieren. Als man sich z. B. zu Beginn der bakteriologischen Ära auf die Entdeckung immer neuer Erreger konzentrierte, geriet die alte Erfahrung von den Widerstandskräften des Körpers in Vergessenheit. Man glaubte mit der Entdeckung des Erregers das Problem der Infektionskrankheit gelöst zu haben. Es bedurfte drastischer Hinweise, um die Medizin daran zu erinnern, daß sie mit den neuen Entdeckungen nur einen Teilbezirk erfaßt hatte. Der erboste Hygieniker PETTENKOFER trank damals eine Kultur lebender Choleraabzillen und bewies durch sein Überleben den Gegnern, daß der Erreger allein noch keine Cholera macht.

Meist bringen Enttäuschungen über die Grenzen der neuen Erkenntnisse die Medizin zur Wiederentdeckung vergessener Zusammenhänge. Sie kann dann versuchen, die scharf vergrößernde Optik ihrer inzwischen verfeinerten Forschungsmethoden auch auf die vernachlässigten Nachbargebiete zu richten. So griff z. B. v. BEHRING die alten Erfahrungen von den Widerstandskräften des Körpers gegen Infektionskrankheiten wieder auf und konn-

te nun mit den neuen Forschungsmethoden zeigen, daß die Erreger im menschlichen und tierischen Organismus Antikörper erzeugen.

Aber in diesem Prozeß des Vergessens und Wiederentdeckens stößt die Medizin auch auf Gebiete, auf denen die inzwischen weiterentwickelten Forschungsmethoden versagen. So ist es ebenfalls eine alte ärztliche Erfahrung, daß die Widerstandskraft gegen Infektionskrankheiten auch mit dem Gemütszustand des Menschen zusammenhängt. Furcht und Entmutigung machen einen Menschen anfälliger für die Gefahr einer Ansteckung. Der gleiche Mensch, der sich in der Stadt nach jeder Abkühlung eine Erkältungskrankheit holt, übersteht als Jäger auch stundenlange Durchnässung ohne Folgen. Im Krieg waren Erkältungskrankheiten bei den Fronttruppen selten, solange sie sich auf dem Vormarsch oder im Kampf befanden. Sie häuften sich auf dem Rückzug und in Ruhestellung. Auch die Lungenentzündung älterer Menschen nach Beerdigungen gehört hierher, ein Beispiel, auf das G. V. BERGMANN hinwies. Diese Zusammenhänge finden in der modernen Immunitätslehre keine Berücksichtigung, denn seelische Vorgänge lassen sich mit den Verfahren nicht erfassen, mit denen man Antitoxintiter und die Virulenz von Erregern bestimmt.

Es ist keine Frage, daß frühere Epochen der Medizin uns hier überlegen waren. Aber ihre Beobachtungs- und Forschungsmethoden waren noch zu grob, um einen Vergleich mit dem aushalten zu können, was wir heute von wissenschaftlichen Verfahren verlangen.

Die psychosomatische Medizin will also im Grunde nur ein vergessenes Gebiet der Heilkunde wiederentdecken. Aber sie befindet sich damit in einer ungleich ungünstigeren Ausgangsposition als etwa v. BEHRING, der die vergessene Erfahrung von den Widerstandskräften des Organismus wiederentdeckte; denn die naturwissenschaftlichen - oder genauer gesagt - physikalischen und chemischen Forschungsmethoden, die das Fundament der heutigen Medizin bilden, versagen auf dem Gebiet der seelischen Vorgänge. Wenn aber frühere Epochen der Medizin mit ihren gröberen Beobachtungsmethoden noch imstande waren, diese Zusammenhänge zu sehen, dann wird der psychosomatischen Medizin nichts anderes übrigbleiben, als die Entwicklung unserer Forschungsmethoden bis zu dem Punkt zurückzuverfolgen, an dem sie ihre Fähigkeit verloren, Seelisches mit in den Blickkreis ihrer Beobachtung einzubeziehen. Diese Frage wird uns später beschäftigen.

3. Die Vorgeschichte der psychosomatischen Medizin

Wir sagten schon, daß es meist Enttäuschungen über die Grenzen ihrer Erkenntnisse und Vorstellungen sind, welche die Medizin zur Wiederentdeckung vergessener Bereiche führen. Es steckt also so etwas wie ein geschichtlicher Zwang dahinter. So zeigt uns auch ein Blick auf die jüngere Vergangenheit der Medizin, daß die Beschäftigung mit seelischen Vorgängen keine Marotte einiger weniger Ärzte ist, sondern daß die Medizin einfach nicht länger an dem Gebiet des Seelischen vorbeigehen kann. Es wird ihr in Zukunft nicht mehr möglich sein, sich weiterhin ausschließlich auf die Erforschung der Zusammenhänge im Körper zu beschränken.

Beginnen wir mit der bereits erwähnten Feststellung, daß die Medizin der Jahrhundertwende eine bestimmte Auffassung von Krankheit und eine dieser entsprechende Auffassung vom Körper entwickelt hatte: Darin war - etwas vergrößert ausgedrückt - Krankheit das Resultat einer Veränderung der anatomischen Struktur des Körpers, wobei man unter der anatomischen Struktur seine Zusammensetzung aus physikalischen und chemischen Bestandteilen verstand. Der Körper sollte seine lebendigen Leistungen auf prinzipiell gleiche Weise hervorbringen wie eine Maschine ihre maschinellen Leistungen. Waren also die Leistungen des Körpers gestört, so galt es, den Sitz der Störung im inneren Getriebe aufzufinden und wenn möglich zu beseitigen.

Es zeigte sich nun mit dem Fortschreiten der diagnostischen und therapeutischen Erfahrungen immer deutlicher, daß die Definition einseitig und unbefriedigend war. Man fand Krankheiten, bei denen sich trotz krasser Störungen bestimmter Körperleistungen keinerlei anatomische Veränderungen im inneren Gefüge des Organismus nachweisen ließen, und man stieß auf Krankheiten, bei denen zwar anatomische Veränderungen in den Organen gefunden wurden, die aber nicht die Ursache, sondern die Folge der Krankheit waren.

Ein berühmtes Beispiel für die erste Gruppe waren die sogenannten Kriegszitterer. Im Ersten Weltkrieg gab es Soldaten, die nach seelischen Erschütterungen zu zittern begannen. Dieses Zittern nahm so schwere und oft groteske Formen an, daß die Betroffenen nicht nur kriegsdienstuntauglich, sondern auch arbeitsunfähig wurden. Die Nervenärzte zerbrachen sich den Kopf über die möglichen Ursachen dieser neuen Krankheit. Ein bekannter Neurologe, OPPENHEIMER, stellte die These auf, die seelischen Erschütterungen hätten zu einer Erschütterung der feinsten Teile des Gehirns geführt und das Zittern sei die Folge der anatomischen Auswirkungen dieser „Gehirnerschütterung“. Damals arbeitete der später weltbekannte Neurologe NONNE als junger Arzt am Eppendorfer Krankenhaus in Hamburg. Er glaubte nicht an die Theorie seines berühmten Kollegen, sondern hielt die Erscheinungen für seelisch bedingt. Er stellte die These auf, daß sie auch vom Seelischen her heilbar sein müßten, und bewies die Richtigkeit seiner Auffassung schlagend. Es gelang ihm mit den damals sehr primitiven Formen von Psychotherapie, die außer in Hypnose vor allem in recht groben suggestiven Maßnahmen bestanden, die Kriegszitterer zu heilen. Der Erfolg der NONNEschen Behandlungsmethode, zu der in gewissen Situationen auch Anbrüllen gehörte, sprach sich unter den Patienten rascher herum als in den Fachkreisen seiner Kollegen. Jedenfalls wird berichtet, daß die Kriegszitterer schließlich schon auf dem Weg zum Eppendorfer Krankenhaus ihr Zittern verloren.

Ein anderes Beispiel dieser Gruppe sind Lähmungen einzelner oder mehrerer Gliedmaßen, Blindheit, Taubheit und andere schwere Störungen körperlicher Leistungen, die im Verlaufe von hysterischen Erkrankungen auftreten und die sich ebenfalls durch suggestive Methoden bzw. durch Hypnose beeinflussen lassen. Auch hier sind keine anatomischen Veränderungen im Getriebe des Körpers aufzufinden.

Da man Krankheit als Folge einer anatomischen Veränderung in der Körperstruktur definiert hatte, blieb in allen diesen Fällen nichts anderes übrig, als zwischen „echten“ und „falschen“ Krankheiten zu unterscheiden. Man tat das, indem man weniger beleidigend von „organischen“ und „funktionellen“ Leiden sprach. Aber nur die ersteren, die eine anatomische Veränderung in irgendeinem Organ aufwiesen, ließ man als Zustände gelten, die Mitleid und ärztliche Hilfe verdienten. Die anderen, bei denen „nur“ die Störung einer Funktion, einer körperlichen Leistung, aber keine anatomische Organveränderung vorlag, verdächtigte man der Simulation aus unlauteren Motiven.

Es verdient festgehalten zu werden, wie man hier auf Grund einer offensichtlich falschen theoretischen Voraussetzung zu einer falschen Beurteilung kranker Menschen kam, einer Beurteilung, die sich durch ihren moralischen Akzent in der Folge besonders nachteilig auswirken sollte. Denn diese Dinge spielen auch heute noch bei den Widerständen der Allgemeinheit, die Möglichkeit seelischer Ursachen für körperliche Leiden zuzulassen, eine erhebliche Rolle.

Die Erfahrungen, die man mit den Kriegszitterern und den hysterischen Lähmungen gemacht hatte, hätten allein wohl noch nicht ausgereicht, um das Vertrauen der Medizin in ihren einseitig anatomisch orientierten Krankheitsbegriff wirklich zu erschüttern. Denn mit der Zeit wurden Kriegszitterer und hysterische Körperstörungen immer seltener. Aber an ihre Stelle traten jetzt andere Krankheiten, die ebensowenig in das alte Konzept paßten. Hier fand der Anatom zwar Veränderungen an den Organen des Körpers, aber sie waren nicht die Ursache, sondern eine Folge der Krankheit. Der Wandel in der Erscheinungsform bestimmter Krankheiten im Verlauf geschichtlicher Vorgänge, die zu sozialen und sozialpsychologischen Veränderungen in der Gesellschaft führen,

gehört zu den interessantesten Problemen der Medizin. Darunter fällt auch die Erfahrung, daß es während des Zweiten Weltkrieges im deutschen Heer so gut wie keine Kriegszitterer mehr gab und daß die Fälle von hysterischen Lähmungen, Erblindungen usw. so selten wurden, daß die Universitätskliniken sie kaum noch den Studenten im Kolleg zeigen können.

Was waren das nun für Krankheiten, die an ihre Stelle traten? Es waren vor allem Erkrankungen des Herzens und der Gefäße, die man durchaus mißverständlich unter dem Namen „Manager-Krankheit“ zusammengefaßt hat. Es waren das Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür und eine Reihe anderer, z. T. weniger genau profilierter Krankheiten. Greifen wir aus dieser Gruppe das Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür heraus und betrachten wir seine Geschichte: Vor der Entdeckung der Röntgenstrahlen, die heute die Diagnose eines Geschwüres relativ einfach machen, galt das Magengeschwür als seltene Krankheit. Die Symptome wurden damals meistens als „Magenneurose“, d. h. als Folge seelischer Spannungen und Belastungen gedeutet. Diese heute wieder sehr moderne Auffassung kam in Mißkredit, als man lernte, die Innenwand des Magens im Röntgenbild sichtbar zu machen, und nun entdeckte, daß viele der bisher als Magen-neurotiker aufgefaßten Patienten ein Geschwür hatten. Damit glaubte man die organische Ursache der Krankheit gefunden zu haben, und hielt diese Annahme seelischer Faktoren für überholt.

Nach der Auffassung, daß Krankheit die Folge einer anatomischen Schädigung sei, die es aufzufinden und zu beseitigen gelte, war es auch nur folgerichtig, daß man dann mit viel Eifer an die chirurgische Entfernung der Geschwüre ging. Es zeigte sich aber bald, daß man den Kranken damit keinen guten Dienst erwies. Es kam zum Auftreten neuer Geschwüre, und als man dann schließlich dazu überging, nicht nur das Geschwür, sondern den größten Teil des Magens mit zu entfernen, traten zwar keine Geschwüre mehr, aber nicht selten andere, oft nicht weniger quälende Symptome auf. Das führte zu der Einsicht, daß die chirurgische Entfernung von Teilen des Magens der Krankheit zwar die Möglichkeit nimmt, neue Geschwüre hervorzubringen, daß der Mensch aber trotzdem krank bleiben kann. Es gibt also „Allgemeinkrankheiten“, die sich zwar in einem Organ manifestieren, bei denen der anatomisch nachweisbare Organbefund aber nicht die Ursache, sondern die Folge der Krankheit ist.

Das Ungenügen des einseitig anatomisch ausgerichteten Krankheitsbegriffes wurde hier so evident, daß eine Revision der traditionellen Vorstellungen kaum mehr zu umgehen war. Daß diese Revision dann aber auch wirklich in Gang kam, verdankt die Medizin dem Bemühen einiger großer Kliniker, unter denen vor allem L. KREHL (1929) und G. v. BERGMANN (1936) genannt zu werden verdienen.

Der letztere hatte als junger Arzt bei seinen experimentellen Untersuchungen über die Vorgänge am Dickdarm beobachtet, wie dieses Organ im lebenden Körper seine Gestalt veränderte. Es zog sich zusammen, dehnte sich wieder aus, und seine taschenförmigen seitlichen Ausbuchtungen, die sogenannten Haustren, erwiesen sich dabei nicht, wie man bisher angenommen hatte, als anatomisch fixierte, sondern als ständig neu entstehende und vergehende und sich dabei fortbewegende Gebilde (v. BERGMANN & KATSCH, 1913). Es zeigte sich, daß die bisherigen Vorstellungen über den Dickdarm, die man sich auf Grund von Beobachtungen an der Leiche gemacht hatte, falsch waren. Was der Pathologe sah, war nur ein erstarrtes Zustandsbild aus einem ständig sich wandelnden Geschehen, wie eine zufällige Momentaufnahme aus einem Film. Hier war also nicht die Leistung das Resultat der anatomischen Struktur, sondern diese war das plastische Ergebnis der lebendigen Leistung.

Die Anwendung dieser Erfahrung auf die Vorstellungen über die Krankheit ergab eine revolutionäre Umkehr der bisher geltenden These: Krankheit war nicht mehr ein anatomisch fixierter Zustand mit einer gestörten Lebensleistung als Resultat, sondern ein Geschehen, in welchem die Störung der Leistung - der Funktion, wie man sagt - am Anfang, die anatomische Veränderung jedoch am Ende steht, und zwar als Resultat der „Betriebsstörung“, wie v. BERGMANN es anschaulich ausdrückte.

Dem Außenstehenden mag dieser Streit über das Primat der Funktion oder das Primat der Struktur bei der Krankheitsentstehung vielleicht als Haarspalterei erscheinen. Er macht sich gewöhnlich nicht klar, daß in der Medizin theoretische Vorstellungen immer - früher oder später - sehr praktische Auswirkungen haben.

Wir haben oben schon von den unmittelbaren Folgen der Krankheitsauffassung auf die chirurgische Behandlung des Magengeschwürleidens gesprochen. An dem gleichen Beispiel läßt sich auch die praktische Bedeutung der neuen Betrachtungsweise zeigen. Heute weiß man, daß Betriebsstörungen in Form von Anomalien der Säuresekretion, der Neigung zu Krämpfen an den Gefäßen und der Muskulatur des Magens zur Entstehung der Geschwüre beitragen. Die Gefäß- und Muskelkrämpfe in der Magenwand haben eine mangelhafte Ernährung bestimmter Bezirke der Schleimhaut zur Folge, die den Magen von innen auskleidet. Die in diesen Bezirken geschädigte Schleimhaut kann dann von der Magensäure angegriffen und zerstört werden. Der Magen richtet dabei gewissermaßen seine Verdauungsfunktion gegen sich selbst. Auf diese Weise sehen wir fließende Übergänge von bloßen Betriebsstörungen zur ausgesprochenen Geschwürkrankheit und richten unser therapeutisches Bemühen in erster Linie auf eine Normalisierung der gestörten Leistung - wir bekämpfen die Übersäuerung und die Krampfneigung - und nehmen erst als letztes unsere Zuflucht zu der chirurgischen Entfernung des erkrankten Magens.

Die neue Betrachtungsweise der „funktionellen Pathologie“ hat sich auf weiten Gebieten der Medizin als so fruchtbar erwiesen, daß sie heute schon zu einer Selbstverständlichkeit des ärztlichen Denkens geworden ist.

Trotzdem ist damit die Revision, von deren Notwendigkeit wir sprachen, erst eingeleitet; denn die neue Auffassung ist noch durchaus mit der Vorstellung vereinbar, daß der Körper nichts anderes sei als eine komplizierte Maschine, deren Funktionieren allein aus ihrem physikalischen und chemischen Aufbau erklärbar ist. Ob eine Betriebsstörung zu einem Schaden im Material oder ob ein Materialschaden zur Betriebsstörung führt, ist für diese Frage belanglos. Wäre das nicht so, dann hätte die neue Betrachtungsweise wohl auch kaum so bereitwillige Aufnahme gefunden.

4. Die Entstehung der psychosomatischen Medizin

Trotzdem hat die Medizin damit einen Weg beschritten, auf dem sie weder stehenbleiben noch umkehren kann. Das hat einer der ersten Vorkämpfer der psychosomatischen Richtung in Deutschland, V. v. WEIZSÄCKER (1947 ac) sehr klar gesehen. Dem Schüler KREHLs war das Denken in funktionellen Zusammenhängen von Jugend an geläufig. Ihn interessierten aber die Zusammenhänge zwischen Funktionsstörung und anatomischer Organschädigung weniger als die Frage, was denn nun hinter der gestörten Funktion stehe; was Veranlassung gebe, daß bei einem Menschen normale Körperleistungen pathologisch entgleisen.

Da im Körper letztlich alles mit allem zusammenhängt, kann man die Ursache für eine Funktionsstörung natürlich immer wieder in den Störungen anderer Funktionen suchen und finden. So kann man als Ursache für die Gefäßkrämpfe in der Magenschleimhaut Störungen in der Tätigkeit der Nerven suchen, welche die Gefäße versorgen. Man kann dafür wieder Giftstoffe, allergische Vorgänge, Vitaminmangel u. a. verantwortlich machen, wobei es dann immer sehr schwer zu entscheiden ist, was in einem so komplexen Geschehen Ursache und was Wirkung sein soll. Auf diese Weise kann man es immer wieder vermeiden, das Gebiet des Seelischen in seine Überlegungen miteinzubeziehen.

Niemand wird leugnen, daß es wichtig ist, alle Glieder und Zwischenglieder in dem Vorgang der Krankheitsentstehung zu erforschen. Die Gefahr, daß die Medizin sich hier im Kreis um sich selbst dreht und nicht von der Stelle kommt, kann aber auch nicht übersehen werden. V. v. WEIZSÄCKER sah - und wurde nicht

müde, das immer wieder zu betonen -, daß hinter der Funktionsstörung früher oder später etwas anderes, nämlich die Person des kranken Menschen mit ihrer seelischen Individualität, steht. Hier lag für ihn daher das eigentliche Ziel der medizinischen Forschung. Er fürchtete, daß sie dieses Ziel aus den Augen verlieren oder gar nicht erkennen würde, wenn sie im Gestrüpp der körperlichen Funktionsstörungen steckenbliebe.

Dieses Anliegen brachte ihn schon relativ bald in Gegensatz zu seinen Fachkollegen, aber in Kontakt mit den Arbeiten eines anderen Arztes, der auch schon sehr früh auf den vergessenen Bereich des Seelischen gestoßen und ihm nicht ausgewichen war: Sigmund FREUD¹. Er, dem die Medizin die Erschließung des Unbewußten verdankt, hatte festgestellt, daß hinter der Störung bestimmter Körperfunktionen, die im Verlauf von Hysterien und Neurosen auftreten, unbewußte seelische Konflikte stehen und daß diese Betriebsstörungen mit der Auflösung der Konflikte verschwinden.

Seine Tätigkeit bei dem berühmten französischen Nervenarzt CHARCOT hatte ihm reichlich Gelegenheit geboten, das heute so seltene Krankheitsbild der „großen Hysterie“ zu studieren. Dabei kommt es weniger zu Lähmungen und Störungen der Sinnesorgane als vielmehr zu Anfällen von konvulsivischen Krämpfen, die den ganzen Körper ergreifen und von Stöhnen, Schreien und anderen dramatischen Erscheinungen begleitet werden. Die Zustände haben eine gewisse Ähnlichkeit mit epileptischen Anfällen, aber sie unterscheiden sich von diesen durch ihren viel regelloseren Verlauf und durch einen gewissermaßen theatralischen Charakter.

Trotzdem handelt es sich dabei nicht um bewußte „Verstellung“. Aber die Anfälle konnten in Hypnose und durch gewisse suggestive Maßnahmen ausgelöst und auch zum Verschwinden gebracht werden. Der Kranke war daran also zwar nicht mit seinem Bewußtsein und seinem bewußten Wollen, aber mit irgend etwas beteiligt, das der Beeinflussung in Hypnose und Suggestion zugänglich war.

FREUD nahm daher an, daß hier Willenskräfte des Kranken im Spiel seien, die seinem Bewußtsein ebenso fremd sind wie der Wille des Hypnotiseurs dem Denken und Wollen des Hypnotisierten. Diese Konzeption eines unbewußten „Gegenwillens“, der über das wache Wollen und Denken eines Menschen Gewalt bekommen kann, war dann der Ausgangspunkt für die Entwicklung einer neuen Methode der Erforschung und Behandlung seelischer Störungen: der Psychoanalyse.

Im Laufe der dann folgenden Untersuchungen stellte sich heraus, daß die unbewußten Willenskräfte von Motiven beherrscht werden, die das Bewußtsein des Kranken aus irgendwelchen Gründen nicht zuläßt, von Motiven mit denen sich das bewußte Ich nicht identifizieren kann. In der damaligen Zeit waren das häufig unbefriedigte erotische Wünsche, die von der Prüderie der Gesellschaftsmoral des ausklingenden 19. Jahrhunderts als schimpflich gebrandmarkt und nicht zugelassen waren. Damals versuchte man - wenigstens nach außen hin - so zu tun, als ob das Gebiet des Sexuellen nicht existiere.

Inzwischen hat sich die Moralordnung der Gesellschaft gewandelt. Die Sphäre des Sexuellen ist - sicher durch den Anstoß der Psychoanalyse mit bedingt - „gesellschaftsfähig“ und, was damit meist Hand in Hand geht, auch bewußtseinsfähig geworden. An ihrer Stelle sind andere, subtilere Regungen von der Verbannung aus dem Bereich des Bewußten und gesellschaftlich Akzeptierbaren bedroht. Hier finden wir einen der Gründe für den bereits erwähnten Wandel bestimmter Krankheitsbilder im Verlauf geschichtlicher Umwälzungen.

Die Symptome der „großen Hysterie“ erwiesen sich also als der gewissermaßen chiffrierte Ausdruck geächter erotischer Triebe, die nur in der Maske der Krankheit gesellschaftsfähig präsentiert werden konnten. Erst die

¹ Vgl. über ihn: LUDWIG MARCUSE, *Sigmund Freud. Sein Bild vom Menschen*. Rowohlt's Deutsche Enzyklopädie Bd. 14, 3. Aufl. 1962; über sein Werk: GUSTAV BALLY, *Einführung in die Psychoanalyse SIGMUND FREUDs*. Rowohlt's Deutsche Enzyklopädie Bd. 131/32, 1961, außerdem Beiträge von WERNER KEMPER, Rowohlt's Deutsche Enzyklopädie Bd. 4, und LAWRENCE S. KUBIE, Rowohlt's Deutsche Enzyklopädie Bd. 11.

Aufdeckung und Bewußtmachung dieser dem Kranken selbst verborgenen Zusammenhänge befreite ihn von seiner Krankheit, während Hypnose und suggestive Maßnahmen fast immer nur ein vorübergehendes Verschwinden der Symptome erreichten. Dem Außenstehenden mag es merkwürdig erscheinen, daß es eine ganze Weile dauerte, ehe man sah, daß die Forschungsergebnisse, die zur funktionellen Betrachtungsweise des Krankheitsgeschehens geführt hatten, und die Einsichten der Psychoanalyse sich gegenseitig auf das genaueste zu ergänzen und weiterzuführen schienen: Wenn auf der einen Seite krankhafte Veränderungen der Körperstruktur als Folge vorübergehender Funktionsstörungen erkannt und auf der anderen Seite hinter Funktionsstörungen unbewußte seelische Konflikte aufgedeckt wurden, dann schien sich hier doch ein Kreis zu schließen, in dem krankhaftes Geschehen ohne Grenze aus Seelischem in Körperliches hinüberströmen kann.

Es schien so, und es scheint, je mehr man sich damit befaßt immer mehr so zu sein, aber um das wirkliche, mit wissenschaftlich stichhaltigen Methoden, nachweisen zu können, ist eine Revision unserer Vorstellungen und Konzepte über die Lebensvorgänge und das Zusammenwirken von Körperlichem und Seelischem nötig, die über das bisher Erreichte hinausgeht. Auch heute noch gleicht der Forscher auf psychosomatischem Gebiet einem Mann, der mit seinen Beinen auf zwei verschiedenen Inseln steht und einmal hier, das andere Mal dort seinen Schwerpunkt sucht.

5. Der Körper als „Ausdruck“ oder „Symbol“

Die ungelöste Schwierigkeit, wie man Erfahrungen über seelische Vorgänge mit dem Wissen der Medizin über körperliche Abläufe verknüpfen soll, spiegelt sich deutlich in dem Entwicklungsgang der psychosomatischen Medizin und den verschiedenen Lösungsversuchen, die darin aufgetaucht sind.

Historisch betrachtet war Georg GRODDECK der erste, der - wenn auch noch durchaus phantastisch - die Zusammenhänge zwischen den Ergebnissen der FREUDSchen Psychoanalyse und der übrigen Medizin erkannte. Der genialische Schüler SCHWENNINGERS hat auf die jungen Analytiker seiner Zeit einen starken Einfluß ausgeübt. Das ist z. T. sicher seiner Persönlichkeit zuzuschreiben, zum Teil aber auch seinen Schriften, die trotz ihrer manchmal abstrusen Behauptungen einen vergessenen Weg wieder neu aufzeigten, auf dem Seelisches mit Körperlichem verknüpft werden kann.

In der Zeit der Romantik waren die Ärzte von der Feststellung, daß der Körper in Gestik, Mimik und Sprache Seelisches zum Ausdruck bringt, so beeindruckt, daß sie die Lehre aufstellten, der Körper sei Ausdruck oder Symbol der Seele. In neuerer Zeit hat diese Lehre dann in der Graphologie und dort besonders bei KLAGES (1935) wieder Bedeutung erlangt.

Durch die psychoanalytische Erfahrung, daß bei hysterischen Erkrankungen gewisse Körpersymptome ein symbolhafter Ausdruck unterdrückter Triebregungen sein können, bekam diese Lehre plötzlich eine unerwartete Erweiterung und damit neue Aktualität für die Medizin. Wenn auch Seelisches, von dem unser Bewußtsein nichts ahnt, seinen Ausdruck in körperlichem Geschehen finden kann, dann schien damit doch bewiesen, daß die Ausdrucks- oder Symboldeutung des Rätsels Lösung bringe, wie Körperliches und Seelisches zusammenhängen. In der ersten Begeisterung wurde daher die letzten Endes ja nur an einem einzigen und überdies recht seltenen Krankheitsbild - der Hysterie - gemachte Erfahrung unbedenklich verallgemeinert und die These aufgestellt, daß alle Körpervorgänge Ausdruck oder Symbol seelischer Tendenzen seien und daß es nur darauf ankäme, die - besonders in krankhaften Körpervorgängen - verschlüsselte Ausdrucksweise der Seele zu dechiffrieren.

Dieses Dechiffrieren wurde in der Folgezeit vielfach mit so viel Phantasie und so wenig Kritik durchgeführt, daß die Gegner der psychosomatischen Richtung auch heute noch von dorthier ihre Argumente beziehen. So hatte z.B. GRODDECK (1917, 1962) die Behauptung aufgestellt, der Gebärmutterkrebs sei das Symbol eines unbefriedigten Kindchenwunsches, der statt im Wachstum der Frucht im Wachstum des Krebses seinen Ausdruck suchen müsse. Aus neuerer Zeit stammt - um ein weiteres Beispiel zu nennen - die These, die Geschwürkrankheit, bei der die Verdauungssäfte des Magens die eigene Schleimhaut angreifen, sei Ausdruck der seelischen Einstellung eines Menschen, der sich vor Ehrgeiz selbst verzehrt. Mit mehr oder weniger großer Wahrscheinlichkeit kann man schließlich jedes körperliche Symptom als Symbol einer seelischen Regung deuten, und da man fast immer den Beweis für die Richtigkeit dieser Deutung schuldig bleiben mußte, vertrat man die riskante These, die Intuition des Beobachters sei schon Beweis genug.

Die hemmungslose Begeisterung für Symboldeutung, die in der ersten Epoche die junge psychosomatische Medizin ergriff, hat aber ihren eigentlichen Grund in etwas Wesentlicherem. Die bereits mehrfach apostrophierte Erfahrung, daß gewisse hysterische Körpersymptome Symbol unterdrückter Triebregungen sein können, zeigte auch etwas, das dem gewohnten Denken der Medizin gänzlich neu war: nämlich, daß Krankheit nicht sinnlos zu sein braucht, sondern einen - wenn auch verborgenen - Sinn haben kann. Hier war man auf unerwartete und geheimnisvolle Zusammenhänge gestoßen. Man sah plötzlich ein neues Land vor sich auftauchen, dessen Grenzen nicht abzuschätzen waren. Diese Erfahrung hatte den Glanz echter Entdeckungen, von dem man sich anfangs beirraschen ließ². So schloß man denn auch kühn weiter, daß die Psychoanalyse, die ein Verfahren lieferte, um den verborgenen Sinn bestimmter Krankheiten aufzudecken, auch berufen sei, die bisherigen naturwissenschaftlichen Methoden der Medizin zu ersetzen mit denen man ja „höchstens“ mechanische Ursachen, aber niemals den gestaltenden Sinn des Krankheitsgeschehens finden konnte.

Der Streit, der dann zwischen naturwissenschaftlich eingestellter Medizin und den von ihrem Sendungsbeußtsein beflügelten Vertretern der psychosomatischen Medizin anhub, hat so viel Staub aufgewirbelt, daß sich die Atmosphäre auch heute noch nicht ganz von Ressentiment gereinigt hat. Das hat sehr viel zu einer unnötigen Entfremdung zwischen den beiden Richtungen beigetragen. Auch das hat sich in der Medizin, allerdings mit umgekehrten Vorzeichen, schon einmal abgespielt. Vor noch nicht hundert Jahren versuchte die damals erst aufkommende naturwissenschaftlich eingestellte Medizin sich gegen die sogenannten „Psychiker“ durchzusetzen, die meist religiös beeinflusste Thesen von Krankheitsentstehung als Folge von Verfehlung und Sünde vertraten. Ein lehrreiches Beispiel für diese Zeit sind die Schwierigkeiten, die LIEBIG noch hatte, um seinen Forschungs-ideen Anerkennung zu verschaffen. Ein Teil der Ressentiments gegen die psychosomatische Medizin stammt von der Erinnerung an diese alten Erfahrungen. Im Grunde ist es aber ein Streit um des Kaisers Bart. Beide Parteien haben darin recht und unrecht. Die Psychosomatiker haben recht, wenn sie darauf bestehen, man müsse in Gesundheit und Krankheit nach den Sinnzusammenhängen des Lebens fragen. Sie haben jedoch unrecht, wenn sie glauben, diesen Sinn schon in allen Fällen durch Symboldeutung aufdecken zu können, und sie haben weiter unrecht, wenn sie meinen, eine Analyse der Sinnzusammenhänge mache eine Untersuchung der Kausalzusammenhänge überflüssig. Die naturwissenschaftlich eingestellten Ärzte haben daher recht, wenn sie auf der Notwendigkeit exakter experimenteller Methoden bestehen; sie haben jedoch unrecht, wenn sie behaupten, die Kausalanalyse mache die Frage nach dem Sinn überflüssig. Jedem Einsichtigen ist es klar, daß Kausalforschung und Frage nach dem Sinn sich ergänzen müssen.

² Auch hier handelt es sich letztlich um Wiederentdeckung, denn die Lehre, daß Krankheit einen Sinn habe, spielte bis in die Mitte des vorigen Jahrhunderts eine große Rolle (HEINROTH). Meist war dabei Sinn religiös aufgefaßt, Krankheit galt als Ausdruck von Sünde. Es ist daher nicht verwunderlich, daß in der psychosomatischen Medizin ähnliche Gedankengänge wieder aufgetaucht sind.

Inzwischen hat man in der psychosomatischen Medizin eingesehen, daß die anfängliche Begeisterung über das Ziel hinausschoß: Man glaubt nicht mehr, daß die Einsicht in den Sinn eines Geschehens die Suche nach den kausalen Ursachen überflüssig macht. Man beginnt auch einzusehen, daß die Anwendung der Sinndeutung mehr Probleme aufwirft, als man anfänglich erwartet hatte. Es ist aber schließlich auch in der Medizin ein legitimes Verfahren, die Grenzen einer Lehre, die sich aus der Einsicht in neue Zusammenhänge ergibt, dadurch aufzufinden, daß man diese Lehre zunächst einmal auf allen Gebieten anzuwenden sucht.

Wir werden später sehen, was von den ersten Versuchen, jedes körperliche Geschehen als Ausdruck oder Symbol seelischer Motive zu deuten, schließlich als dauerhafte Bereicherung der Medizin übriggeblieben ist.

6. Wechselwirkung zwischen Körper und Seele

Wir wollen versuchen, die Entwicklung wenigstens ungefähr chronologisch zu schildern. Dabei wird sich zeigen, daß die psychosomatische Forschung schon bald, ungeachtet der Gegensätze, die sie theoretisch von der traditionellen Medizin trennen, im Praktischen immer mehr empirische Forschungswege beschritten hat, die von klinischen Erfahrungen ausgingen. Schon in den zwanziger Jahren begannen die ersten methodischen Untersuchungen über Zusammenhänge zwischen psychoanalytisch aufweisbaren Fehlhaltungen und inneren Erkrankungen. 1922 veröffentlichte Felix DEUTSCH, auf den übrigens auch die Einführung des schon im 19. Jahrhundert geprägten Terminus „psychosomatisch“³ als Bezeichnung der neuen Richtung zurückgeht, einen Aufsatz über das Anwendungsgebiet der Psychoanalyse in der inneren Medizin. Im gleichen Jahr berichtete Eduardo WEISS (1922) über die psychoanalytische Behandlung eines Kranken mit Bronchialasthma. In Berlin wurde eine psychoanalytische Poliklinik gegründet an der neben psychisch Kranken auch Patienten mit internen Leiden behandelt wurden⁴. Es verdient hervorgehoben zu werden, daß sich damals bereits G. v. BERGMANN als Internist an der Universität Berlin für die Anerkennung der Bedeutung seelischer Vorgänge bei der Entstehung innerer Krankheiten und für eine entsprechende Behandlung einsetzte.

Die folgenden Jahre brachten dann in zunehmendem Maße Berichte über Zusammenhänge zwischen körperlichen und seelischen Vorgängen, nicht nur auf Grund analytischer Beobachtungen, sondern auch auf experimentellen Untersuchungen, vor allem in Hypnose, fußend.

HEYER (1925) hat als erster gezeigt, daß der Magen mehr Verdauungssäfte absondert, wenn man einer Versuchsperson in Hypnose appetitregende Vorstellungen suggeriert, daß er aber bei Suggestionen mit unangenehmem Inhalt seine Tätigkeit drosselt. Hypnoseversuche sind dann immer wieder von verschiedenen Forschern durchgeführt worden. Dabei wurde der Einfluß seelischer Vorgänge auf zahlreiche Körperfunktionen nachgewiesen. So konnte z.B. H. MARX (1926) zeigen, daß die Niere mehr Urin produziert, wenn man einer hypnotisier-

³ Der Terminus „psychosomatisch“ soll nach der einer Version auf HEINROTH zurückgehen, einen Psychiater, der den theologisch-romantischen Ideen RINGSEIS nahestand und dessen Anthropologie GOETHEs Kritik herausforderte. (E. L. MARGETTS, *Recent Developments in Psychosomatic Medicine*. London, 1954.) Nach einer anderen Version soll der Ausdruck von OTTMAR ROSENBAACH stammen. Dieser lebte Ende des vorigen Jahrhunderts. Er war ein Schüler TRAUBES und Assistent bei NOTHNAGEL und LEUBE. Von ihm stammt eine Energielehre, die noch deutlich romantische Züge trägt. (Zwirner, Schweizer med. Wschr., 1512, 1953.) Näheres über HEINROTH und ROSENBAACH siehe bei W. LEIBBRAND, *Romantische Medizin*. Hamburg 1937.

⁴ In einem Bericht wurden von 1920-24 unter 283 Behandlungen und 249 Konsultationen 2 Fälle von Basedowscher Krankheit, ein Asthmakranker, 3 Patienten mit Multipler Sklerose, ein Kranker mit Störungen der inneren Sekretion, 3 Neurosen mit Organerkrankungen und 15 Organerkrankungen ohne psychisch auffälligen Befund erwähnt.

ten Person suggeriert, sie trinke Wasser. Kürzlich hat v. EIFF (1957) in sehr exakten Versuchen nachgewiesen, daß auch der Grundumsatz, d. h. das Ausmaß der Energie erzeugenden Verbrennungsprozesse in den Körpergeweben, in Hypnose beeinflusst werden kann.

WITTKOWER (1936) hat die Ergebnisse der früheren Arbeiten zusammengestellt. Dabei zeigte sich, daß sie recht widerspruchsvoll sind: Die gleichen Suggestionen führen einmal zu einer Steigerung, das andere Mal zu einer Senkung der untersuchten Körperfunktionen. Der einzige feste Zusammenhang war der, daß der Körper überhaupt auf eine Suggestion reagiert. Es läßt sich aber nicht vorhersagen, in welcher Richtung die Reaktion gehen wird.

Die Erwartung, eine festere Regelmäßigkeit zwischen seelischem und körperlichem Geschehen aufzufinden, wurde durch die Ergebnisse der Hypnoseuntersuchungen nicht erfüllt. Das war zwar enttäuschend, ist im Grunde aber nicht besonders verwunderlich; denn die Suggestion, die man einem hypnotisierten Menschen gibt, sagt relativ wenig darüber, was dieser Mensch dann unter der Suggestion tatsächlich erlebt. So kann man z. B. einem Hypnotisierten suggerieren, er esse Austern, und überzeugt sein, damit seinen Appetit mächtig anzuregen. Wenn dieser Mensch sich aber zufällig vor Austern ekelt - was ja vorkommt -, wird der Versuch zu ganz falschen Schlußfolgerungen führen. Dieser Nachteil, der übrigens nicht nur für Versuche in Hypnose, sondern für alle Versuche gilt, die mit suggestiven Methoden arbeiten, hat dann dazu geführt, daß die psychosomatische Forschung sich in der Folge auch nach anderen Methoden umsah.

Bei den erwähnten Untersuchungen spielte die Frage, ob die Körperreaktionen ein Symbol der suggerierten seelischen Motive sind, keine große Rolle. Man bewegte sich ausgesprochen oder unausgesprochen in geläufigen Bahnen des medizinischen Denkens. Man nahm einfach an, das eine sei die Ursache des anderen. Man sprach von „Psychogenie“, wenn es sich darum handelte, daß Seelisches eine Körperreaktion auslöst, oder von Wechselwirkung, wenn man die gegenseitige Beeinflussung von beiden beschreiben wollte.

Diese Untersuchungen fanden keinen großen Widerhall in der Medizin. Sie bewiesen nicht viel für die Rolle des Seelischen bei der Entstehung und dem Ablauf von Krankheiten. Man war sich klar darüber, daß Begriffe wie „Wechselwirkung“ oder „Psychogenie“ nur Umschreibungen für Zusammenhänge sein können, deren eigentliches Wesen damit noch nicht erfaßt wird.

Die Hypnose-Experimente stellen also nur einen ersten Schritt auf dem Weg in ein neues Land dar; der weitere Verlauf dieses Weges wird durch sie noch nicht sichtbar. Trotzdem waren sie wichtig; denn sie erbrachten zum erstenmal Beweise dafür, daß Seelisches Auswirkungen im Körpergeschehen hat, Beweise, die auf exakten jederzeit nachprüfbaren Experimenten und nicht nur auf der Annahme symbolischer Entsprechungen beruhen.

7. Gegenwart und Vergangenheit

Aber da ist noch ein anderes Problem, von dem bisher noch nicht die Rede war. Es entsteht nicht erst innerhalb des psychosomatischen Fragenkomplexes, wenn es dort auch besondere Bedeutung bekommt. Es begleitet die Medizin schon seit Beginn und stellt sich ihr bei jedem einzelnen Fall immer wieder von neuem. Wir wollen es an einem konkreten Beispiel erläutern:

Vor einiger Zeit wurde eine etwa fünfzigjährige Frau in die Klinik eingeliefert, die nach einer Auseinandersetzung mit ihrem Untermieter einen Schlaganfall bekommen hatte. Solche Auseinandersetzungen hatten seit Jahren immer wieder stattgefunden und sie jedesmal sehr aufgeregt.

Der Zusammenhang zwischen seelischer Erregung und Schlaganfall läßt sich relativ leicht verstehen, wenn man weiß, daß in Erregungszuständen der Blutdruck ansteigt. Ein bereits brüchiges Blutgefäß im Gehirn kann

dann dem plötzlich erhöhten Innendruck nachgeben und einen Riß bekommen. Die Folge ist dann eine Gehirnblutung, die sich als Schlaganfall äußert.

Weniger leicht zu verstehen - und damit stehen wir vor unserer Frage - ist aber, warum die Frau die Gehirnblutung gerade bei dieser Auseinandersetzung und nicht schon früher oder erst später bekam.

Man kann sagen, ein Blutgefäß wird eben so lange halten, bis es abgenutzt ist. Man kann auch vermuten, daß die letzte Auseinandersetzung besonders heftig war oder die Patientin besonders aufgeregt hat. Vielleicht hat sich bei ihr der Blutdruck auch im Laufe der wiederholten Auseinandersetzungen schließlich daran gewöhnt, höher anzusteigen als früher. Was es auch war, die Frau hat jedenfalls auf ein Ereignis, das sie schon viele Male ohne Schaden überstanden hatte, plötzlich anders reagiert, und diese andersartige Reaktion war der Anlaß zur Erkrankung.

Es muß also in der Vergangenheit etwas geschehen sein - sei es nun ein Brüchigwerden der Gefäßwand, eine Zunahme der seelischen Reizbarkeit oder ein Sich-Einspielen höherer Blutdruckreaktionen -, das die Reaktionsweise der Patientin in der Gegenwart verändert hat. Das mag plötzlich oder ganz allmählich gekommen sein, jedenfalls ist damit die Vergangenheit wichtig geworden für das Verständnis des gegenwärtigen Geschehens.

Weder die Vorstellung einer Wechselwirkung zwischen Körper und Seele noch die Annahme, daß der Körper eine Ausdrucksfunktion für seelische Motive erfüllt, tragen diesem Problem schon Rechnung. Beide fragen nur danach, wie Seelisches sich jetzt im Körpergeschehen auswirkt bzw. auch umgekehrt. Wenn aber die Art und Weise, wie ein Mensch jetzt reagiert, von seiner Vergangenheit abhängt, wenn frühere Erfahrungen den Eindruck bestimmen, den heute etwas auf uns macht, und frühere Ereignisse, z. B. Training oder Krankheit, die derzeitige Widerstandskraft unseres Körpers beeinflussen, dann entsteht daraus auch für die psychosomatische Medizin ein neues Problem. Dann stellt sich die Frage nach dem Zusammenhang zwischen Körpergeschehen und seelischen Vorgängen nicht nur einmal in der Gegenwart, in der auf ein mehr oder weniger dramatisches Ereignis hin eine Krankheit entsteht; dann begleitet sie als Dauerfrage das Leben eines Menschen von seiner Geburt bis zum Tode. Immer wieder können ja nicht nur körperliche, sondern auch seelische Ereignisse sich auf die Reaktionsweise ausgewirkt und sie allmählich so geändert haben, daß man es dann dem letzten Anstoß, der schließlich zur Krankheit führt, gar nicht mehr ansehen kann, was ihn zum krankheitsauslösenden Faktor werden ließ.

Die Tatsache, daß sich die Reaktionsweise und damit auch die Krankheitsanfälligkeit des Menschen ständig ändert, wird durch eindrucksvolle Erfahrungen belegt. Das menschliche Leben durchläuft vom Augenblick der Zeugung bis zum Tode sehr verschiedenartige Stadien: Die Frucht im Mutterleib, der Säugling in der Wiege, das heranwachsende Kind, Erwachsenen- und Greisenalter sind von jeweils anderen Krankheiten bedroht, und die Krankheiten verlaufen in den einzelnen Lebensphasen unterschiedlich. Die Statistik zeigt, daß z. B. Tuberkulose, Krebs, Herz- und Gefäßleiden eindeutige Häufigkeitsgipfel in bestimmten Lebensjahren haben. Sie zeigt auch, daß die Chance, eine Krankheit zu überleben oder an ihr zu sterben, in den verschiedenen Lebensphasen verschieden groß ist. Der Arzt weiß, ohne daß er einen Patienten gesehen hat, nur aus der Kenntnis seines Alters schon, welche Krankheiten bei ihm wahrscheinlich und welche unwahrscheinlich sind.

Die Annahme, daß die Reaktionsweise der jeweiligen Gegenwart und die damit zusammenhängende Krankheitsbereitschaft immer wieder durch Ereignisse der Vergangenheit geprägt und umgeprägt worden sind, wird damit schlagend belegt.

8. Erbmasse und Lebensgeschichte

Es gibt nun zwei grundsätzlich verschiedenartige Möglichkeiten, wie die Vergangenheit eines Menschen dessen späteres Werden und Reagieren bestimmen kann. Da sind einmal die angeborenen Anlagen, die Erbmasse, wie man sie genannt hat, die schon im Augenblick der Zeugung bestimmt, wie die spätere Entwicklung vor sich gehen und welche Eigenschaften das Individuum haben wird. So ist z. B. schon im Samen eines Baumes entschieden, ob aus ihm, was immer auch geschehen mag, eine Buche oder eine Eiche wird; daß Blüte, Frucht und Blätterwechsel in geregelter Folge ablaufen u. a. m. Würde die Erbmasse allein das Werden und Sich-Wandeln eines Menschen bestimmen, so wäre der Augenblick der Zeugung, in dem die mütterlichen und die väterlichen Anlagen in der Eizelle zusammenkommen, der einzige Zeitpunkt in der gesamten Vergangenheit eines Menschen, der für dessen weitere Entwicklung Bedeutung hat. Der erste Lebensaugenblick würde dann schon über das Werden aller späterer Phasen und deren jeweilige Reaktionslage entscheiden. Anfälligkeit oder Resistenz eines Menschen für Krankheiten würden sich dann als unentrinnbares Schicksal aus der Erbanlage entwickeln und nach den dort festgelegten Regeln wandeln. In diesem Extremfall wäre gewissermaßen auch schon im Augenblick der Zeugung entschieden, ob aus einem Menschen später einmal ein Verbrecher oder ein nützliches Mitglied der Gesellschaft wird.

Die andere Möglichkeit wäre, wieder im Extremfall, daß der Mensch als *tabula rasa*, wie der englische Philosoph LOCKE es genannt hat, bzw. als unbeschriebenes Blatt auf die Welt kommt und daß er alle Eigenschaften erst im Laufe seines Lebens unter dem Einfluß seiner Umgebung oder durch eigene Anstrengungen erwirbt. Dann wären die Reaktionsbereitschaften der verschiedenen Lebensphasen mit ihren Konsequenzen der Krankheitsgefährdung kein unentrinnbares Schicksal, sondern Resultat der Lebensgeschichte des Menschen, in der dann evtl. bestimmte Lebensphasen eine besondere Bedeutung bekommen. In diesem Falle würde es sich also erst im Laufe des Lebens entscheiden, ob ein Mensch später für diese oder jene Krankheit anfällig ist und ob er später ein Verbrecher oder ein ehrenwerter Bürger sein wird.

Es steht nun außer Zweifel, daß weder der eine noch der andere Extremfall jemals gegeben ist. Unser Werden ist immer von beidem, von Erbmasse und Lebensgeschichte, bestimmt. Aber das Ausmaß, in dem das eine oder das andere entscheidet, ist von Fall zu Fall, aber auch von Eigenschaft zu Eigenschaft verschieden.

Die Bedeutung der Erbmasse für das künftige Schicksal eines Menschen wird an dem unheimlichen Beispiel der Erblichkeit besonders klar. Hier kann das Schicksal eines Menschen in sehr wesentlichen Zügen wirklich schon im Augenblick der Zeugung entschieden sein. Die Krankheit kann mit ihm als sein unentrinnbares Verhängnis heranwachsen. So kann die tödliche Blutung, die einen Menschen nach einer unbedeutenden Verletzung, z. B. einer Zahnextraktion, aus dem Leben reißt, die Folge eines ererbten Blutungsübels sein, das nur männliche Individuen ergreift, aber von den weiblichen weitervererbt wird. Die moderne Genetik, die bereits zu einer selbständigen Wissenschaft geworden ist, hat unsere Kenntnis der Zusammenhänge der Vererbung sehr erweitert. Sie hat uns gelehrt, daß Erbanlagen auch bei Krankheiten, die kein unentrinnbares Schicksal sind, sondern durch andere Momente ausgelöst werden, eine Rolle als Teilfaktor spielen können (BAUER, 1956).

Die Bedeutung der Lebensgeschichte für das Schicksal eines Menschen wird dagegen an dem Beispiel der Infektionskrankheiten besonders gut sichtbar. Wir sprachen ja schon davon, daß der menschliche Organismus bei dem Kontakt mit Erregern Abwehrstoffe bildet, die ihm dann einen völligen oder teilweisen Schutz gegen künftige Erkrankung verleihen. Die Frage, ob ein Mensch an Tuberkulose oder Kinderlähmung oder anderen infektiösen Leiden erkrankt und wie dieses Leiden dann verläuft, hängt also sehr wesentlich davon ab, ob er in der Vergangenheit schon einmal mit dem betreffenden Erreger in Berührung gekommen ist und Abwehrstoffe bilden konnte oder nicht. Hier ist sein Schicksal also nicht durch die Erbmasse, sondern durch eine Episode in seiner Lebensgeschichte bestimmt. Um diesen Unterschied deutlich zu machen, bezeichnet man in der Medizin die Summe der schon im Augenblick der Zeugung festliegenden, also als Resultat der mitgebrachten Erbmasse entstandenen Eigenschaften als „Konstitution“. Alle anderen, erst im Laufe des Lebens erworbenen Eigenschaften

faßt man dagegen unter dem Begriff „Disposition“ zusammen. Die Konstitution steht fest, die Disposition ändert sich.

Das Problem, vor dem die Medizin steht, lautet, wie gesagt, also nicht: entweder Erbmasse oder Lebensgeschichte bzw. Konstitution oder Disposition; eine solche Alternative existiert nicht. Das Problem ist vielmehr, wie groß die Rolle des einen und des anderen Anteils ist.

9. Disponierende und auslösende Faktoren

Für die psychosomatische Medizin hat die Frage, wie weit die Erbmasse und wie weit die Lebensgeschichte das Schicksal eines Menschen bestimmt, aus verschiedenen Gründen eine besondere Bedeutung: Zunächst ist es klar, daß seelische Einflüsse sich nur dann in Körpergeschehen auswirken können, wenn dort die Vorgänge nicht bereits nach unabänderlichen Regeln ablaufen, die schon in der Keimzelle festgelegt sind. Ein anderer Grund ist ebenso bedeutsam: Die Beispiele von der Bluterkrankheit, die als unentrinnbares Schicksal mit einem Menschen heranwächst, und von der Infektionskrankheit, die als Faktor in der Lebensgeschichte die Reaktionsbereitschaft verändern kann, bleiben noch ganz im Bereich des Somatischen. Sie zeigen nur, wie beide, Erbkonstitution und lebensgeschichtlich erworbene Disposition, wirksam sind, wobei im Extremfall einmal der eine, das andere Mal der andere Anteil besonders hervortritt. Immer wird aber die erbte Konstitution im Laufe der Lebensgeschichte in dieser oder jener Richtung verwandelt, wobei die Erbmasse die Grenzen für die Möglichkeiten der Wandlung und Anpassung setzt. Uns interessiert jetzt die Frage, ob unter den Faktoren, die im Laufe der Lebensgeschichte die Erbanlagen eines Menschen verwandeln, auch psychische Einflüsse eine Rolle spielen.

Die neueren Erkenntnisse verschiedener Wissenschaften haben keinen Zweifel gelassen, daß psychische Faktoren für die individuelle Entwicklung des Menschen eine überragende Bedeutung haben. Moderne Biologie (PORTMANN, 1951, 1962) und moderne Anthropologie (GEHLEN, 1950) ergänzen sich hier mit ethnologischen Untersuchungen (BENEDICT, 1934; MEAD, 1949). Sie kommen gemeinsam zu dem Ergebnis, daß der Mensch im Gegensatz zu den Tieren ohne einen festen Schatz an Instinkten und artspezifischen Verhaltensweisen geboren wird. Während die Instinkte den Tieren schon kurze Zeit nach der Geburt die Orientierung in der Welt ermöglichen, braucht der Mensch viele Jahre, bis er die gleiche Sicherheit der Orientierung erlangt. In diesen Jahren müssen seine zunächst noch ganz unbestimmten und offenen Triebanlagen im Medium der menschlichen Gemeinschaft geprägt werden. In diesen ersten Jahren gewinnen also seelische Faktoren einen entscheidenden Einfluß auf seine Entwicklung. Schon ehe eine bewußte Erziehung im Elternhaus und später in der Schule einsetzt, prägt die menschliche Atmosphäre mütterlicher Zuneigung und der Geborgenheit in der elterlichen Fürsorge dem keimenden Seelenleben des Neugeborenen die ersten Formen auf, Formungen, die dann zur Grundlage für seine weitere Entwicklung werden. Hier bilden sich die ersten gefühlsmäßigen Unterscheidungen zwischen Gut und Böse, Richtig und Falsch, Geborgenheit und Bedrohung und für vieles andere, das dann im späteren Leben zur bewußten oder unbewußten Richtschnur für unser Handeln wird. Der Bereich der gefühlsmäßigen Urteile, die in den ersten Lebensjahren des Menschen geprägt werden, ist viel größer, als man sich zunächst vorstellen kann. Es fallen z. B. auch Unterscheidungen darunter, von denen man ohne weiteres voraussetzte, sie würden sich auf natürliche, d. h. angeborene Unterschiede beziehen. So hat z. B. Margaret MEAD gezeigt, daß das Urteil, was über die biologischen Geschlechtsunterschiede hinaus als „männlich“ und was als „weiblich“ gilt, von Kultur zu Kultur außerordentlich verschieden ist.

Diese Einsichten, die erst in den letzten Jahrzehnten gewonnen wurden, bedingen eine sehr einschneidende Veränderung unseres Bildes vom Menschen. Sie bestätigen aber, und das interessiert uns in diesem Zusammenhang besonders, Erfahrungen der Psychoanalyse über die Bedeutung von Kindheitserlebnissen für bestimmte

Störungen der seelischen Entwicklung. Dort hat sich gezeigt, daß manche Neurosen, die erst im späteren Alter ausbrechen, ihren Keim in Erlebnissen der ersten Lebensjahre haben können, in jener Zeit, in der die ersten gefühlsmäßigen Urteile für die Einschätzung und Bewältigung der Außenwelt geprägt werden.

Hier stoßen wir also auf psychische Faktoren in der Lebensgeschichte, welche die angeborene Konstitution eines Menschen verändern und die eine von Kultur zu Kultur und von Individuum zu Individuum wechselnde Disposition für den Umgang mit der Außenwelt schaffen. Diese Disposition kann auch Krankheitsbereitschaft bedeuten. So kann die Disposition zum Ausbruch der Neurose jahrzehntelang verborgen bleiben. Sie stellt aber eine dauernde Belastung dar, durch die sich wiederum die Disposition zum Ausbruch der Krankheit immer mehr und mehr verstärkt. Eines Tages kann dann ein scheinbar ganz nebensächliches Ereignis das immer labiler gewordene Gleichgewicht zusammenbrechen lassen.

Ob ein Mensch an Tuberkulose oder Kinderlähmung erkrankt oder ob er ohne manifeste Erkrankung mit den betreffenden Erregern fertig wird, hängt - wie wir sahen - damit zusammen, ob er in seiner Vergangenheit schon einmal mit diesen Erregern konfrontiert wurde und Abwehrstoffe bilden konnte. Ob ein Mensch in seinem späteren Leben an einer Neurose erkrankt oder ob er ohne Schädigung mit den Belastungen des täglichen Lebens fertig wird, hängt damit zusammen, ob er in seiner Kindheit gelernt hat, die plastischen Anpassungsmuster und Umgangsformen zu entwickeln, mit deren Hilfe der Gesunde die täglichen Belastungen meistert.

Wir sehen also, daß die Art und Weise, wie ein Mensch jetzt auf ein Ereignis der Außenwelt reagiert, in vielfältiger Weise durch seine Vergangenheit bestimmt ist, und damit erhebt sich die Frage, ob und wie weit dabei die somatischen und die seelischen Faktoren einander beeinflussen.

Der konkrete Anlaß für unsere theoretischen Überlegungen war die Patientin, die nach einer Auseinandersetzung mit ihrem Untermieter einen Schlaganfall bekommen hatte. Wir hatten uns gefragt, warum die Gehirnblutung gerade jetzt und nicht schon bei einer der zahlreichen früheren Auseinandersetzungen aufgetreten war. Bei genauerer Beschäftigung mit der Kranken stellte sich heraus, daß sie von Jugend auf eine gewisse neurotische Disposition mit sich herumschleppte, die sie empfindlich und streitsüchtig machte, und daß diese Disposition sich im Laufe ihres Lebens - wie das häufig der Fall ist - gesteigert hatte. Eine solche Disposition ist aber für den Körper nicht gleichgültig. Wir werden noch sehen, daß sie bei der Entstehung gewisser Krankheiten, die mit einem erhöhten Blutdruck einhergehen, eine Rolle spielt. Die Krankheit hatte also nicht erst bei der letzten Auseinandersetzung begonnen, sondern ein seelisches Ereignis in ihrer frühen Kindheit hatte eine Disposition geschaffen, die dann schließlich im fünfzigsten Lebensjahr zum Ausbruch einer manifesten körperlichen Krankheit führte. Dazwischen lag eine Zeit, in der sich sowohl die körperliche wie die seelische Reaktionsweise und damit auch die Krankheitsanfälligkeit der Patientin ganz allmählich so zuspitzten, daß schließlich ein alltägliches Ereignis zum krankheitsauslösenden Faktor werden konnte.

Die Krankengeschichte zeigt uns also, daß wir zwischen „disponierenden“ und „auslösenden“ Krankheitsfaktoren unterscheiden müssen und daß bereits bei den disponierenden Faktoren Psychisches und Somatisches auf vielfältige Weise ineinandergreifen.

So wissen wir z. B., daß die Neigung zu arteriosklerotischen Gefäßerkrankungen und zu krankhaften Blutdruckerhöhungen auch mit der Ernährung zusammenhängt. Überreiche Nahrung fördert die Krankheitsdisposition, Mangelernährung wirkt ihr entgegen. Auf der anderen Seite sind aber die Nahrungsgewohnheiten eines Menschen wieder durch psychische Faktoren bestimmt. Es gibt eine Form der Fettsucht, die man etwas respektlos als „Kummerspeck“ bezeichnet hat; es gibt eine psychisch bedingte Magersucht, die Anorexia nervosa, und es gibt dazwischen alle Übergänge. Die Frage nach dem Zusammenhang zwischen seelischen Vorgängen und Körpergeschehen taucht also nicht nur einmal in der Gegenwart beim Ausbruch einer Krankheit auf, sondern sie begleitet als Dauerfrage das Leben des Menschen vom ersten bis zum letzten Tag.

Wir erklären ja immer wieder - allerdings meist ohne sehr feste Überzeugung -, daß es der Geist sei, der den Körper baut. Wenn aber unsere gegenwärtige körperliche Disposition, unsere Widerstandskraft für Belastungen und Anforderungen des täglichen Lebens das Ergebnis unserer biographischen Geschichte sind und dort ständig durch seelische Faktoren mitbestimmt werden, dann bekommt dieser Satz einen konkreten Sinn. Wir verstehen dann auch das Interesse der psychosomatischen Medizin für die Frage Erbmasse oder Lebensgeschichte besser.

Nun ist aber in der Wissenschaft Interesse ein zweischneidiges Schwert, und es soll nicht geleugnet werden, daß die psychosomatische Medizin durch ihr Interesse an lebensgeschichtlichen Faktoren oft geneigt war, die Bedeutung der Erbmasse zu unterschätzen. Auf der anderen Seite war bei uns in Deutschland lange Zeit die genteilige Einstellung vorherrschend. Sie rückte die Bedeutung der Erbfaktoren ganz in den Vordergrund und bagatellierte die Rolle der Lebensgeschichte. Wir betreten hier einen Boden, auf dem nicht nur wissenschaftliche Interessen das Feld beherrschen, sondern auch wissenschaftsfremde Mächte in die Meinungsbildung eingreifen. Wir müssen auf diese Zusammenhänge auch aus historischen Gründen etwas näher eingehen; denn wir haben mit der Erwähnung der modernen Vorstellungen vom Menschen, wie sie durch die neuen Ergebnisse der Biologie, Ethnologie, Soziologie und Kulturanthropologie geformt wurden, der historischen Entwicklung schon weit vorausgegriffen.

10. Meinungsbildung im Kraftfeld politischer und historischer Faktoren. Die Emigration der psychoanalytischen Forschung.

Der Außenstehende versteht meist nicht recht, warum in dem Streit um die Frage Erbmasse oder Lebensgeschichte die Wellen so hoch gehen. Es scheint ihm müßig, sich über Probleme zu ereifern, von denen die meisten noch keineswegs entschieden werden können. Er hat sich überdies sagen lassen, daß die Forschung auf diesem Gebiet zu den mühsamsten und zeitraubendsten Aufgaben der modernen Wissenschaft gehört.

Es ist aber nicht nur für den Außenstehenden, es ist fast noch mehr für den Wissenschaftler selbst wichtig, sich darüber klar zu werden, wie laut auf diesem Gebiet neben sachlich-wissenschaftlichen Interessen Weltanschauung und politische Leidenschaft zu Wort kommen. Die Meinungsbildung des einzelnen erfolgt hier in einem sozialpsychologischen Kraftfeld, das je nach der geschichtlichen Vergangenheit der Völker und der jeweils herrschenden politischen Überzeugung verschieden ausfällt und das mehr oder weniger starke, mehr oder weniger offensichtliche Auswirkungen auf den einzelnen hat.

Es gibt dafür ein ganze Menge eindrucksvoller Beispiele, von denen wir nur einige herauszugreifen brauchen. So stellte der sowjetische Biologe LYSSENKO⁵ die Lehre auf, daß die Erbfaktoren nicht - wie die westliche Forschung annimmt - stabil sind, sondern von Umwelteinflüssen verändert werden können. Das würde bedeuten, daß auch erworbene Eigenschaften vererbt werden können wofür bisher keine Beweise vorliegen. Da diese Lehre aber in die politischen Theorien des dialektischen Materialismus paßt, nach denen der Mensch nur das Produkt der sozialen Verhältnisse ist, wurde sie zum Dogma der Sowjet-Biologie. Das Ziel, den neuen Sowjetmenschen zu züchten, schien nach diesem Dogma in greifbare Nähe gerückt. Ein anderes Beispiel liegt uns näher: Wir brauchen uns nur zu erinnern, wie in den dreißiger Jahren in Deutschland plötzlich der Glaube an die Allmacht der Erbmasse zu einem politischen Dogma wurde. Nach 1945 war es dann ebenso plötzlich umgekehrt: Es galt als Zeichen rückständiger und undemokratischer Gesinnung nicht auf die Allmacht der Lebensum-

⁵ Vgl. dazu GUSTAV A. WETTER, *Philosophie und Naturwissenschaft in der Sowjetunion*. Rowohlt's Deutsche Enzyklopädie, Band 67, S. 80 ff.

stände zu schwören, und als demokratisch, den Glauben an einen Einfluß von Erbfaktoren als Ausdruck reaktionärer Interessen oder als Symbol von Rassenwahn zu verdammen.

Woher stammt die gefährliche Aktualität, die diese Fragen in der Öffentlichkeit haben? Es gibt dafür sicherlich eine ganze Reihe von Gründen. Einer davon mag in der Tatsache liegen, daß hier gewisse politische Grundüberzeugungen unmittelbar betroffen werden. Gewinnt die Erbmasse das Rennen, so steht es schlecht um die These von der Gleichheit der Menschen. Gewinnen dagegen die Lebensumstände, so fallen viele Argumente für Standes- und Familienprivilegien in sich zusammen. Jedenfalls sieht es auf den ersten Blick so aus, und politische Leidenschaft hat selten Geduld, einen zweiten Blick abzuwarten.

Ein anderer Grund für die Aktualität dieser Fragen hängt damit zusammen, daß die Entscheidung, ob Erbmasse oder Lebensgeschichte das Wesen und den Charakter eines Menschen formen, sehr einschneidende Konsequenzen für unsere private Sphäre hat. Das Maß unserer Verantwortung für die Entwicklung unserer Kinder, die Entscheidung über den Wert oder Unwert bestimmter Erziehungsmethoden und noch manches andere werden davon betroffen. So ist es z. B. viel einfacher, die üble Erbanlage irgendeines fernen Ahnen dafür verantwortlich zu machen, wenn ein Zögling auf die schiefe Bahn gerät, als den Einflüssen des Elternhauses oder der Erziehung die Schuld zu geben.

Schließlich wäre die unterschiedliche historische Entwicklung zu nennen, die dazu geführt hat, daß bei einem Volk die Erbmasse, bei dem anderen die Lebensumstände in besonderem Ansehen stehen. In Deutschland ist die Tradition des Patriarchalismus, in dem Adelsgeschlechter und Fürstenhäuser die Geschicke der Volksgruppen bestimmten, nie ganz abgerissen. Der Glaube, daß politische Führungseigenschaften in bestimmten Familien, die sich in der Vergangenheit hervorgetan haben, weitervererbt würden, ein Glaube, der in seinen letzten Wurzeln noch an das Gottesgnadentum anknüpft, konnte von den Fermenten der Französischen Revolution nur bis zu dem Glauben an die Führungseigenschaften des ganzen deutschen Volkes abgebaut werden. Es ist daher kein Wunder, daß die Zählebigkeit dieses Glaubens auch die wissenschaftliche Meinungsbildung in der Frage nach der Rolle der Erbmasse mitbestimmt hat.

Im Unterschied dazu hatte in den angelsächsischen Ländern die Lehre des englischen Philosophen LOCKE von dem Menschen, der als unbeschriebenes Blatt auf die Welt kommt, den Boden für die Ideen der Französischen Revolution von der Gleichheit aller Menschen bereits vorbereitet. Daher konnte dann vor allem in den USA die These von der Bedeutung der Lebensumstände revolutionäres Pathos gewinnen und auf diese Weise das Kraftfeld der Meinungen bestimmen.

Diese Zusammenhänge erklären auch, warum bereits in den zwanziger Jahren der Schwerpunkt der psychosomatischen Forschung sich aus Deutschland nach Amerika zu verlagern begann. Die Abwanderung der führenden Wissenschaftler setzte schon vor 1933 ein, also schon vor der Ächtung der FREUDschen Lehre. Die Aufgeschlossenheit der amerikanischen Medizin für eine Richtung, deren Programm die Erforschung der Lebensumstände und ihrer Bedeutung für die menschliche Entwicklung war, enthielt für die psychosomatische Richtung eine echte Chance.

Der Streit um die Frage Erbmasse oder Lebensumstände ist also ein bestimmender Faktor in der Geschichte der Völker. Er vermag tief in ihre politische, kulturelle und wissenschaftliche Entwicklung einzugreifen. Für die Entwicklung der psychosomatischen Medizin hat er sehr konkrete Auswirkungen gehabt.

In Deutschland wurde es nach 1933 um psychosomatische Probleme still. Ja, sogar der Name geriet in Vergessenheit, obgleich er seit 1928 im Programm einer medizinischen Zeitschrift („*Der Nervenarzt*“) erwähnt wird. Nur wenige Ärzte, die es auf sich nahmen, als Außenseiter zu gelten, befaßten sich auch weiterhin mit psychosomatischen Problemen. Als dann nach 1945 der wissenschaftliche Kontakt mit dem Ausland wieder hergestellt wurde, war man erstaunt zu hören, welchen Aufschwung die psychosomatische Medizin inzwischen

vor allem in den USA genommen hatte. Man war der Meinung, daß Forschung auf diesem Gebiet, wenn überhaupt, dann nur in der idealistischen Tradition der deutschen Philosophie und durch Wiederanknüpfung an die romantische Medizin möglich sei, aber nicht in der - wie man annahm - materialistischen Atmosphäre Nordamerikas. Um so überraschender war es, zu erfahren, daß der große Aufschwung psychosomatischer Forschung in den USA nicht durch theoretische, sondern durch sehr praktische und konkrete Gründe bewirkt worden war. Der Krieg hatte gezeigt, wie einschneidend seelische Faktoren die Gesundheit und Kampfkraft der Truppe beeinflussen. Schon bei Eintritt der USA in den Krieg war die Zahl der psychosomatischen Erkrankungen unter den jungen Männern, die zum Heeresdienst eingezogen wurden, sehr groß. Es fehlte an Ärzten, die in Neurosenlehre und -therapie ausgebildet waren, um diese Patienten zu behandeln. Dadurch wurde die Öffentlichkeit aufmerksam, und man begann, durch ein großzügiges Ausbildungsprogramm diesem Mangel abzuwehren.

Ich halte es für sehr unwahrscheinlich, daß die Zahl der psychosomatischen Erkrankungen im amerikanischen Heer so viel größer war als in den Armeen der anderen kriegführenden Staaten, wenn es auch keine verlässlichen Unterlagen und Statistiken über diese Frage gibt. Es spricht vieles dafür, daß diese Erkrankungen in den anderen Ländern und auch bei uns nicht erkannt wurden. So ist es sicher, daß zahlreiche Patienten mit nervösen Herzbeschwerden als organisch Kranke angesehen wurden. Sie beziehen z. T. heute noch eine Kriegsrente. Im deutschen Heer spielte die Häufung von Magenerkrankungen mit und ohne Geschwür eine so große Rolle, daß man schließlich dazu überging, sogenannte Magenkompanien aufzustellen, die mit Diät verpflegt werden konnten. Der Erfolg dieser Maßnahme war jedoch sehr gering. Wir werden noch sehen, daß Herz und Magen zu den Organen gehören, die bei psychosomatischen Erkrankungen am häufigsten betroffen sind.

11. Rückblick und vorläufige Zusammenfassung

Wir haben den Entstehungsweg der psychosomatischen Medizin bis zu ihrer Emigration nach Nordamerika verfolgt. Von dort her setzte ein äußerst wohlthätiger Zustrom an pragmatischen, allen theoretischen und philosophischen Spekulationen abholden Ideen ein. Es ist jetzt an der Zeit, etwas Grundsätzliches zu dem Verhältnis von Theorie und Praxis bzw. Philosophie und empirischer Forschung im Rahmen der Medizin zu sagen; denn die philosophische Tradition, die in Deutschland das Denken der Ärzte bestimmte, war - ganz im Gegenteil zu der Meinung, die man darüber hatte - der Entwicklung der psychosomatischen Medizin nur abträglich.

Von allen menschlichen Wissensgebieten ist die Philosophie vielleicht am meisten in Gefahr, in bestimmten traditionellen Formen zu erstarren. Die großen Geister stellen die grundsätzlichen Fragen und geben Antworten, die weit in die Zukunft weisen. Nach ihnen kommt ein Heer von Interpreten und versucht, ihre Aussprüche für die Zeitgenossen verdaulich zu machen. Auf diese Weise wird die Geschichte der Philosophie zur Geschichte der fermentativen Aufbereitung philosophischer Ideen im geistigen Verdauungsprozeß der Mittelmäßigen. Dann kommt früher oder später der Moment, in dem die Restprodukte eintrocknen und unverdaulich werden. In dieser sterilen, aber überaus haltbaren Form kommen die philosophischen Lehren dann auf die späteren Generationen und werden an die Interessenten als eine Art eiserne Ration verteilt, die man für Notzeiten aufhebt, wenn man auch froh ist, sie nicht angreifen zu müssen. Versucht man es doch, so verdirbt man sich unweigerlich den Magen.

Die deutsche Medizin schleppte eine eiserne Ration aus den Endprodukten ehemaliger philosophischer Substanz unter der Aufschrift „psycho-physisches Problem“ mit sich herum, und wer etwas davon zu sich nahm, dessen Magen war für alle Zukunft verdorben. Er war dann überzeugt, daß die Welt aus zwei heterogenen Bestandteilen zusammengesetzt ist, von denen der eine physikalische, der andere psychologische Eigenschaften hat; und daß es unmöglich sei, die beiden in irgendeine vernünftige Beziehung zueinander zu bringen.

Nun sind aber philosophische Probleme nicht ausgebacken wie Schiffszwieback. Sie hängen auch nicht fertig an den Bäumen wie Nüsse, die ein zynischer Geist geschaffen hat, damit wir uns die Zähne daran ausbeißen. Sie entstehen vielmehr im Umgang des Menschen mit der Welt und den Schwierigkeiten, die er dort vorfindet. Diese menschliche Situation, sich in einer unbekannt und rätselvollen Welt vorzufinden und sich in ihr orientieren und zurechtfinden zu müssen, ist der Mutterboden, auf dem alle philosophischen Probleme entstehen. Sie tauchen auf, wachsen und reifen in dem Maß, in dem die Schwierigkeiten und Ängste, mit denen wir zu kämpfen haben, genauere Gestalt annehmen. Diese Situation des Menschen, die uns allen gemeinsam auferlegt ist, zeigt uns also die philosophische Ursituation, aus der alle philosophischen Probleme entsprungen sind. Man muß versuchen, den Entstehungsweg der philosophischen Lehren bis zu dieser Ursituation zurückzuverfolgen, wenn man ihren lebendigen Kern freilegen will. Erst dann kann auch das richtige Verhältnis zwischen philosophischen Grundproblemen und empirischer Praxis gefunden werden.

In den vergangenen Kapiteln haben wir gesehen, wie die Medizin Ausschnitte aus dem Gesamtkomplex der Wirklichkeit macht, mit der sie es zu tun hat. Sie entwirft Methoden, mit deren Hilfe sie die Zusammenhänge innerhalb der einzelnen Ausschnitte immer schärfer und schließlich wie durch ein Mikroskop vergrößert sehen kann. Dem Vorteil, den sie damit gewinnt, steht der Nachteil gegenüber, daß die Nachbargebiete in Vergessenheit geraten. Die Schärfe des Blickes für die Zusammenhänge auf einem Teilgebiet wird durch blinde Flecken für die Nachbarbereiche erkauft. Das kann wieder gutgemacht werden, wenn die Nachbargebiete wiederentdeckt und die inzwischen entwickelten Methoden auch dort angewandt werden können. Wir haben geschildert, wie z. B. nach der Entdeckung der Bakterien das Gebiet der Abwehrkräfte des Körpers wiederentdeckt und erforscht wurde.

Viel ungünstiger ist aber die Situation, wenn bei der Wiederentdeckung eines vergessenen Gebietes festgestellt werden muß, daß die inzwischen entwickelten Forschungsmethoden hier nicht anwendbar sind. In dieser Situation befindet sich die psychosomatische Medizin. Sie stellte wieder fest, daß seelische Vorgänge eine Rolle in der Entstehung und Unterhaltung von Krankheiten spielen, eine Feststellung, die den alten Ärzten durchaus geläufig, die dann aber in Vergessenheit geraten war. Die inzwischen entwickelten außerordentlich differenzierten physikalischen und biochemischen Verfahren erwiesen sich nun als unbrauchbar, dieses Gebiet genauer zu erforschen. Zwar besaß man jetzt eine differenzierte psychologische Methode, mit deren Hilfe man die seelischen Zusammenhänge sehr viel genauer beschreiben konnte, als das in der Vergangenheit möglich gewesen war. Durch das Pionierwerk FREUDS war eine klinische Psychologie entstanden, deren Brauchbarkeit für den Arzt alle früheren methodischen Versuche auf dem Gebiet der Psychologie in den Schatten stellte. Aber diese Methode hat den gleichen Nachteil wie alle anderen empirischen Forschungsmethoden auch: Sie verliert die Nachbargebiete aus dem Auge und enthält die Gefahr, für das Gebiet, das man mit Hilfe von physikalischen und biochemischen Methoden erforschen kann, einen blinden Fleck zu entwickeln. Der Versuch, die gesamte Medizin von der analytischen Psychologie her zu deuten, ist ebenso einseitig wie der entgegengesetzte Versuch, sie nur mit physikalischen oder biochemischen Begriffen zu erfassen.

Neben dem Versuch, die gesamte naturwissenschaftliche Medizin zugunsten einer psychologischen Ausdrucks- und Symbollehre über Bord zu werfen, deutete sich ein zweiter Lösungsversuch in dem Weg an, den man mit den Hypnoseexperimenten beschritt. Hier suchte man zweigleisig vorzugehen. Man untersuchte seelische Zusammenhänge mit psychologischen Methoden und registrierte gleichzeitig körperliche Abläufe mit physikalischen oder chemischen Verfahren. Diesen Weg hat dann vor allem die amerikanische Forschung beschritten und dabei manche methodischen Unklarheiten, die den Hypnoseversuchen noch anhafteten, beseitigt. Das änderte aber nichts an der Tatsache, daß die Bezugsetzung zwischen psychologischen und somatischen Vorgängen ein ungelöstes Problem blieb.

Die Frage, wie seelische und körperliche Vorgänge sich gegenseitig beeinflussen und verändern sollen, läßt sich nämlich weder mit physikalischen noch mit psychologischen Methoden beantworten. Beide Methoden se-

hen nur ihre Ausschnitte, sind aber außerstande, die Beziehungen zu erkennen, die zwischen beiden bestehen. Hier stoßen wir innerhalb der Medizin also auf ein philosophisches Problem. Es ist unlösbar, solange wir im Sinne der traditionellen Vorstellungen davon ausgehen, daß die Wirklichkeit aus psychischen und physischen Bestandteilen zusammengesetzt ist. Hier muß die Medizin die eiserne Ration von Begriffen und Vorurteilen, die ihr die Schulphilosophie verkauft hat, über Bord werfen und ihre eigenen Lösungen suchen. Dazu ist aber die Besinnung auf die philosophische Ursituation nötig. Wir müssen uns darüber klarwerden, daß sowohl die physikalischen wie die psychologischen Methoden nichts weiter sind als Versuche, uns in einer unbekanntem und rätselhaften Wirklichkeit zurechtzufinden. Beide Methoden machen Ausschnitte und deuten das, was sich in ihnen zeigt, auf Grund bestimmter, in der Methode festgelegter Voraussetzungen einmal als physikalisch-chemische Vorgänge und das andere Mal als psychologische Abläufe. Psychische und physische Faktoren, die sich dann als inkommensurable Gegensätze gegenüberstehen, sind also - das ist das Ergebnis dieser Besinnung - nicht schon von Anfang an in der Wirklichkeit enthalten. Beide entstehen vielmehr erst innerhalb der Ausschnitte, die wir für bestimmte Umgangsmöglichkeiten dort abgrenzen. Wir sind es, die den Gegensatz in die Natur hineinbringen.

Diese Feststellung bedeutet nicht mehr und nicht weniger als die Einsicht, daß weder die physikalische noch die psychologische Methode schon der Weisheit letzter Schluß sein kann, sondern daß es durchaus denkbar ist, einen anderen Ausschnitt zu finden und eine Methode zu entwickeln, die den Gegensatz nicht in die Phänomene hineinbringt. Ich bin sogar der Meinung, daß man alle jene zunächst noch tastenden Versuche der psychosomatischen Medizin, neue Methoden zu finden, unter diesem Gesichtspunkt betrachten muß. Auch die Begriffe „Vererbung“ und „Lebensgeschichte“ enthalten bestimmte Voraussetzungen und methodische Konsequenzen. Auch sie machen Ausschnitte und bringen die Gefahr des blinden Flecks für Nachbargebiete mit sich. Der Begriff der Vererbung läßt sich, dank der Entdeckungen der modernen Genetik, relativ leicht an das Begriffssystem der Physik und Chemie anschließen, während der Begriff der Lebensgeschichte den Rahmen physikalischer Möglichkeiten sprengt.

Wir wollen jetzt verfolgen, wie die psychosomatische Medizin sich an den konkreten Problemen weiterentwickelte. Als Ergebnis dieses Kapitels wollen wir festhalten: Wissenschaft bedeutet prinzipielle Ausschnitte aus den konkreten Phänomenen machen, das, was sich in ihnen zeigt, deuten und diese Deutungen verifizieren.

Der Fortschritt, den die psychosomatische Medizin der amerikanischen Forschung verdankt, ist der Entwurf konkreter Forschungsfelder. Auch diese Felder sind in ihrer Grenzziehung und in ihrem Inhalt von der Ausgangsposition abhängig, die der Forscher wählt. Es ist daher nur verständlich, wenn Forscher, die in einem Feld stecken, in dem andere Voraussetzungen und Methoden gelten, die neuen Ausschnitte nicht anerkennen. Die Lehre vom blinden Fleck gilt auch hier: Man sieht nur das, wofür man die methodischen Voraussetzungen besitzt.

Literatur

BAUER, J. (1956). *The person behind the disease*. New York u. London.

BENEDICT, R. (1934). *Patterns of Culture*. Boston (Mass.). (deutsch: *Urformen der Kultur*. Rowohlt's Deutsche Enzyklopädie Bd. 7, 2. Aufl, 1957)

BERGMANN, v. G. & KATSCH, T. (1913). *Über Darmbewegung und Dauerform*. *D.M.W.*, 27.

BERGMANN, v. G. (1936). *Funktionelle Pathologie*. Berlin.

- DEUTSCH, F. (1922). Das Anwendungsgebiet der Psychotherapie in der inneren Medizin. *Medizinische Wissenschaftsschriften*, 72, 809.
- DEUTSCH, F. (1928). Die Stellung der Psychoanalyse in der internen Klinik. *Medizinische Klinik*, 24, 269.
- EIFF, v. A.W. (1957). *Grundumsatz und Psyche*. Berlin.
- GEHLEN, A. (1950). Der Mensch, seine Natur und seine Stellung in der Welt. In: A. Gehlen, *Der Mensch*. Bonn.
- GRODDECK, G. (1917). *Psychische Bedingtheit und psychoanalytische Behandlung organischer Leiden*. Leipzig.
- GRODDECK, G. (1962). Das Buch vom Es. (Neuaufgabe) Wiesbaden.
- HEYER, G.R. (1925). *Das körperlich-seelische Zusammenwirken in den Lebensvorgängen. An Hand klinischer und experimenteller Tatsachen dargestellt*. München.
- KLAGES, L. (1935). *Graphologie*. Leipzig.
- KREHL, L. (1929). *Krankheitsform und Persönlichkeit*. Leipzig.
- MARX, H. (1926). Untersuchungen über den Wasserhaushalt. II: Die psychische Beeinflussung des Wasserhaushaltes. *Klinische Wissenschaftsschriften*, 5, 92.
- MEAD, M. (1949). Male and Female. (deutsch: Mann und Weib. Rowohlts Deutsche Enzyklopädie Bd. 69/70, 4. Aufl., 1962)
- PORTMANN, A. (1951). Biologische Fragmente zu einer Lehre von Menschen. Basel.
- PORTMANN, A. (1962). Zoologie und das neue Bild des Menschen. Rowohlts Deutsche Enzyklopädie Bd. 20, 5. Aufl.
- WEISS, E. (1922). Psychoanalyse eines Falls von nervösem Asthma. *Internationale Zeitschrift der Psychoanalyse*, 8, 440.
- WEIZSÄCKER, v. V. (1947a). *Körpergeschehen und Neurose. Analytische Studie über somatische Symptombildung*. Stuttgart.
- WEIZSÄCKER, v. V. (1947b). *Klinische Vorstellungen*. Stuttgart.
- WEIZSÄCKER, v. V. (1947c). *Der kranke Mensch, eine Einführung in die medizinische Anthropologie*. Stuttgart.
- WITTKOWER, E. (1936). Einfluß der Gemütsbewegungen auf den Körper. Leipzig.