

leykam: *seit 1585*

Univ.-Prof. Dr. Josef W. Egger

**Psychosoziale,
psychosomatische
und
psychotherapeutische
Medizin**

Materialien für die bio-psycho-soziale Praxis

© Leykam Buchverlagsgesellschaft m.b.H. Nfg. & Co.KG, Graz – Wien 2022

Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (durch Fotografie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Covergestaltung: Gradhammer • Concept & Design
Umschlagbild: © Adobe Stock / stock.adobe.com
Umbruch: Gerhard Gauster
Gesamtherstellung: Leykam Buchverlag

ISBN 9783-7011-0478-9

www.leykamverlag.at

Inhalt

Vorwort	11
A	
LEBENSWELT-MEDIZIN – Das ganzheitliche bio-psycho-soziale Konzept der Humanmedizin	19
Der Mensch und seine „Umwelt“	19
Das traditionelle bio-medizinische Verständnis von Krankheit	20
Das bio-psycho-soziale Verständnis als aktuelle wissenschaftliche Grundlage der Medizin	21
Der Streit um die „Ganzheitlichkeit“ in der Medizin	26
Praxis der bio-psycho-sozialen Humanmedizin – Simultandiagnostik und Simultantherapie	29
Zur Frage der Spiritualität im Konzept der <i>Körper-Seele-Einheit</i>	31
Das Menschenbild der bio-psycho-sozial orientierten Humanmedizin	33
Krankenhäuser als „heilende Umwelt“ und neuzeitliche „Gesundheitstempel“?	41
Resümee	42
B	
GESUNDHEIT UND KRANKHEIT – Die ganzheitliche Perspektive der wissenschaftlichen Medizin	45
Wissenschaftliche Medizin versus alternative Medizin und Esoterik	45
Von der dichotomen Psychosomatik zur integrativen bio-psycho-sozialen Medizin	49
Das Verständnis von Krankheit und Gesundheit in den Wissenschaften ...	52
Modelle zum Verständnis des Phänomens <i>Krankheit</i>	53
Das komplexe Phänomen <i>Gesundheit</i>	58
Kurzcharakteristik der bereichsspezifischen Definitionen von Gesundheit	59
Homöostase versus Heterostase	63
Gesundheit aus der Perspektive der Gesundheitspsychologie	64
Das Risiko- und Schutzfaktoren-Konzept	65
Salutogenese versus Pathogenese	67
Das multidimensionale Modell von Gesundheit	68

Gesundheit und Krankheit im bio-psycho-sozialen Modell	70
Lebensstil und Gesundheit – Gesundheitswissen, Gesundheits- motivation und Gesundheitsverhalten	70
Grenzen der psychologischen Nutzung von Selbstverantwortung und Selbstkontrolle	73
Wohlbefinden und Glückserleben	76
Psychologische Schutzfaktoren der Gesundheit	77
Veränderung von riskantem Gesundheitsverhalten	78
Gesundheit und Selbstheilung	83
Sprechende Medizin – Zur fundamentalen Bedeutung der Arzt*-Patient*-Kommunikation	88

C

ZUR PSYCHOSOZIALEN, PSYCHOSOMATISCHEN UND PSYCHOTHERAPEUTISCHEN KOMPETENZ VON ÄRZTEN*

.....	93
Die postgraduellen PSY-Lehrgänge als Wegbereiter für eine bio-psycho-soziale ärztliche Praxis	94
Fortbildungen in <i>psychosozialer Medizin, psychosomatischer Medizin</i> und <i>psychotherapeutischer Medizin</i>	95
Das Curriculum <i>Psychosoziale Medizin</i>	96
Das Curriculum <i>Psychosomatische Medizin</i>	97
Das Curriculum <i>Psychotherapeutische Medizin</i>	99
Resümee	103

D

PSYCHOSOZIALE MEDIZIN

.....	105
Psychosoziale Medizin als <i>Sprechende Medizin</i>	105
Das Wort als Wirkfaktor	106
Das Ärztliche Gespräch als Grundlage für Diagnostik und Therapie	109
Die Arzt*-Patient*-Kommunikation als zentrale Säule jeder medizinischen Intervention	115
Fakten zur Bedeutung der Arzt*-Patient*-Kommunikation	118
Psychosoziale Medizin als Fortbildungslehrgang	125
<i>Live Supervision</i> – eine innovative Lehrinheit zur ärztlichen Gesprächsführung	128
Die Arztrolle in Zeiten der Informationstechnologien – Orientierungshelfer im Krankheitsfall	133

ARBEITSBLÄTTER zur Psychosozialen Medizin	135
Merkmale einer professionellen ärztlichen Gesprächsführung	136
Kennzeichen eines patientenorientierten Gesprächs	138
Salutogenetische Exploration und Disputation	138
Information, Aufklärung und das Übermitteln schwerwiegender Diagnosen	139
Regeln für das Mitteilen von bedrohlichen diagnostischen Nachrichten	140
Beispiele für Standardsituationen im ärztlichen Gespräch	141
Häufige Fehler in der ärztlichen Gesprächsführung	144
Killerphrasen im ärztlichen Gespräch	144
Protokoll zu einem psycho-sozial orientierten therapeutischen Patientenkontakt	145
Protokollbogen <i>Critical Incident</i>	146
Leitfaden für das bio-psycho-sozial orientierte Patienten*-Gespräch im Konsiliar-Liaisondienst	147
Beurteilungsbogen für die ärztliche Gesprächsführung	149
Checkliste zum ärztlichen Kommunikationsverhalten	150
Patienten-Fragebogen zur Erhebung der Arzt*-Patient*-Beziehung	152
Organisation von „sprechender Medizin“ in der eigenen ärztlichen Praxis	153
E	
PSYCHOSOMATISCHE MEDIZIN	155
Das bipolare, dichotome Verständnis von Krankheit und Gesundheit in der traditionellen Psychosomatik	155
Bio-psycho-soziale Diagnostik und Therapie bei gesundheitlichen Störungen	158
Dokumentation einer Simultandiagnostik und Simultantherapie im klinischen Alltag	160
Stress- und belastungskorrelierte Krankheitsphänomene	164
Die Behandlung von Patienten* mit somatoformen Beschwerden	170
Zur psychischen Verarbeitung einer schweren bzw. chronischen Krankheit im zeitlichen Verlauf	174
Psychosomatische Medizin als Fortbildungslehrgang	178
Expertengespräch – ein Didaktikmodell zur Praxis der psychosomatischen Medizin	179
Parallele Diagnostik (Simultandiagnostik) und parallele Therapie (Simultantherapie)	182

ARBEITSBLÄTTER zur psychosomatischen Medizin	183
Gesundheitliche Beschwerden ohne ausreichende organische Begründung	184
Kurzanleitung für die psycho-somatische Exploration	184
Eine kleine Hilfestellung für Ärzte*	184
Somatisierungsstörungen – einige allgemeine therapeutische Ansätze	185
Patienten* mit somatoformen Störungen	185
Nützliche therapeutische Interventionen bei Patienten* mit somatoformen Störungen	185
Modell zur Entwicklung einer krankheitswertigen Somatisierungs- störung	186
Zur verhaltensmedizinischen Therapie chronifizierter Schmerzen	187
Vorbereitung zum Umgang mit Patienten* mit somatoformen Schmerzstörungen	187
Patienten*-Information zur verhaltensmedizinischen Schmerztherapie	187
Der „Teufelskreis“ bei Angstanfällen	188
Idealtypischer Angstablauf	189
Modell zur Entstehung einer Hypochondrie	190
Therapiestrategien bei Patienten* mit übersteigter Krankheitsangst	191
Kognitive Umstrukturierung hypochondrischer Bewertungs- prozesse	192
Notfall-Plan für Panik-Patienten*	192
Check-Liste zum Ergründen der subjektiven Krankheitstheorie	193
Alternative Erklärung für körperliche Beschwerden	196
Allgemeine therapeutische Ansätze zur Förderung der Stresstoleranz und Resilienz	197
Meine psychologische Apotheke – Aktivitätenliste zur Modifikation von Stimmungen	198
Mein Wochenplan (zeitliche Planung von Aktivitäten)	200
Patienten*information zur Motivierung von gesundheitlich relevanten Verhaltensänderungen	201
Pragmatische Selbsthilfe für Ärzte* gegen Überlastung und Burnout im Beruf	201
Unterlagen zur Dokumentation „Praxis der psychosomatischen Medizin“	202
Psychosomatische Medizin – Verlaufsdokumentation	203
Simultandiagnostik und Simultantherapie in der bio-psycho-sozialen Patienten*betreuung	204

F

PSYCHOTHERAPEUTISCHE MEDIZIN	209
Die heilkundliche Behandlung mit psychologischen Mitteln	209
Psychotherapeutische Medizin als integrative und integrierte klinische Psychotherapie	209
Psychotherapeutische Traditionen	217
Psychotherapeutische Medizin als Fortbildungslehrgang	218
Ausbildung am Beispiel des Curriculums „integrative Verhaltenstherapie“	220
Idealtypisches Ablaufschema für den therapeutischen Prozess	232
ARBEITSBLÄTTER zur Psychotherapeutischen Medizin	234
Modell für die Analyse eines unerwünschten (problematischen) Verhaltens (A), Diagnostische Daten (B), Veränderungsplan (C), Durchführung (D)	235
Das Beobachten und Beschreiben von Gefühlen	237
Der Gefühlskreis	238
Psychologische Entspannungsverfahren in der therapeutischen Praxis	239
Traum und Traumerleben	240
Zur therapeutischen Nutzung von Träumen in der ärztlichen Praxis	241
Disputation zu kognitiven Einstellungen	242
Beispiele für Modellsuggestionen	243
Problemlöseschritte	244
Problemlösebogen	245
Soziales Kompetenztraining	246
Tagesprotokoll für negative Gedanken	247
Therapie-Aufgaben in der Depressionstherapie	248
Mögliche Gründe für das Nichtausführen von Therapieaufgaben	249
Prototypen therapeutischer Beziehungen	250
Schrittweiser Aufbau selbstsicheren Verhaltens in sozialen Situationen	251
Ideensammlung zur Nutzung von individuellen Leitmotiven (mein Motto)	252
Die 10 Dimensionen der Weisheitskompetenz	253
Katalog zur Arbeit mit Lebensstil-Themen	254
Themen zur eigenen Familie, Herkunft und Lebensgeschichte	255
Einsamkeit nach Partnerverlust	256

Therapievereinbarung	257
Protokollierungsbogen für eine therapeutische Behandlungs- stunde	258
Idealtypisches Schema für die Aufarbeitung eines therapeutischen Prozesses	259

G

AUSWIRKUNGEN DER FÖRDERUNG VON PSYCHOSOZIALEN KOMPETENZEN AUF DIE ÄRZTLICHE PRAXIS?	261
Effektivität des ärztlichen Gesprächs	264
Durch PSY-Fortbildungslehrgänge erworbene Kompetenzen	269
Erlebter Kompetenzzuwachs durch PSY-Diplom-Ausbildungen	278
Beurteilung und Ausblick	291

H

Literatur	293
 Angaben zum Autor	 307

Vorwort

Zeitgemäße wissenschaftliche Medizin verlangt nach Ärzten*¹, die im Umgang mit kranken Menschen nicht nur technisch-chirurgische Fertigkeiten und pharmakologisches Wissen aufweisen, sondern auch eine psychosoziale Kompetenz besitzen. Es braucht Ärzte*, die nicht nur „reparieren“, sondern den Patienten* auch Hilfe zur Selbsthilfe geben und sie aktiv im Krankheitsverlauf begleiten. Es gilt, gemeinsam mit den Patienten* die gesundheitlichen Probleme anzupacken und die vielfältigen Einflussfaktoren bei der Krankheitsentstehung und Behandlung zu erfassen und effektiv zu beeinflussen. Darüber hinaus wird die rehabilitative und informative sekundärpräventive Arbeit (zur weiteren Krankheitsverhütung und Rückfallsprophylaxe) eine zunehmend stärkere Bedeutung in der ärztlichen Praxis erlangen.

In der Aus- und Fortbildung erhält das professionelle ärztliche Gespräch damit neben den technisch-chirurgischen und medikamentösen Eingriffen eine zentrale Bedeutung im medizinischen Alltag. Arzt*, Patient* und Gesellschaft müssen zusammen Verantwortung für die Wiederherstellung und Erhaltung von Gesundheit übernehmen. Eine reine „Reparaturmedizin“ oder „Apparatemedizin“ würde nachweislich zu kurz greifen und zu Frustrationen bei allen Beteiligten führen.

In der wissenschaftlichen Medizin dominiert bis heute die bio-medizinische Perspektive: Im Zentrum ihrer Aufmerksamkeit steht die „Krankheit“ im Sinne von organisch manifest Krankhaftem, Defizitärem oder Funktionsstörung. Das Phänomen „Gesundheit“ ergibt sich dabei in erster Linie als Ausschluss von krankhaften Vorgängen im Organismus. Dass diese Dichotomie von „krank“ und „gesund“ zu simpel ist, zeigen die Fakten, die belegen, dass der vollkommen unauffällige,

¹ Die mit * gekennzeichneten Begriffe sollen zum Ausdruck bringen, dass jeweils alle Geschlechteridentitäten gemeint sind. Mit Arzt* ist also die gesamte Ärzteschaft, mit Patientin* die gesamte Patientenschaft gemeint. Dies dient der besseren Lesbarkeit.

intakte Körper eine Wunschvorstellung oder ein Idealbild ist. Wie also soll bzw. kann *Gesundheit* auf zeitgemäßer wissenschaftlicher Basis besser definiert werden? Die zurzeit umfassendste Antwort darauf gibt das bio-psycho-soziale Gesundheitsmodell, welches zugleich ein wissenschaftlich begründetes, ganzheitliches Fundament für die Humanmedizin anbietet.

Die in diesem Band zusammengefassten Erkenntnisse handeln von diesem bio-psycho-sozialen Ansatz der wissenschaftlichen Medizin und umfassen neben den grundlegenden theoretischen Aspekten vor allem die praktischen Seiten dieses „ganzheitlichen“ ärztlichen Wirkens. Zentrale Themen sind dabei:

Gesundheit versus Krankheit – Definitionen und Verstehensmodelle von Gesundheit und Krankheit und ihre Bedeutung für das praktische Handeln. Gesundheit als bio-psycho-soziale Kompetenz. Pathogenese versus Salutogenese und Homöostase versus Heterostase. Gesundheitswissen, Gesundheitsmotivation und Gesundheitsverhalten. Risikofaktoren- und Schutzfaktorenkonzept. Resilienz und Bewältigungskompetenz. Zusammenhänge zwischen Lebenswelten, Lebensstil, Wohlbefinden und Krankheit.

Ein großer Teil des Bandes widmet sich der Praxis eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Vorgehens in der Medizin. Eine Humanmedizin, die einen über die „Reparatur-“ und „Ingenieurmedizin“ hinausgehenden Anspruch erhebt und die Zentrierung auf Apparate und Organdefekte übersteigen möchte, benötigt natürlich eine breitere Sicht auf Krankheit und Gesundheit. Eine solche Orientierung bietet das auf der Allgemeinen Systemtheorie basierende bio-psycho-soziale Modell der Medizin. Im Kern handelt es sich dabei um eine wissenschaftstheoretisch gut begründete Körper-Seele-Einheit. Mit diesem theoretischen Fundament kann erstmals eine gemeinsame Rahmentheorie sowohl für das Organische als auch das Psychische des Menschen genützt werden. Für die Praxis bedeutet dies die Möglichkeit, sowohl in Diagnostik als auch Therapie die biologischen (organisch erfassbaren) Befunde, die psychischen (Denken, Fühlen, Handeln) und

sozialen wie ökologischen Lebenswelten des Menschen parallel zu erfassen und für die heilkundliche Beeinflussung zu nützen.

Dieser bio-psycho-soziale Ansatz erweitert die bisher dominierende bio-medizinische Theorie – deren plakativer Ansatz „der Mensch als komplexe Maschine“ unzweifelhaft für entscheidende Erfolge steht – und schafft den theoretischen Rahmen für eine wissenschaftliche Medizin des 21. Jahrhunderts. Auf diese Weise wird die moderne Medizin (wieder) auf ihre drei Grundpfeiler gestellt: „Wort“ (Arzt*-Patient*-Kommunikation), „Arznei“ (Medikamente bzw. pharmazeutische Interventionen) und „Messer“ (chirurgisch-technische Interventionen). Der kranke Mensch erscheint hier sowohl als Objekt (der Organismus als materieller Körper) als auch als Subjekt (der Mensch als denkendes, fühlendes und handelndes Wesen) in der Medizin.

Für das Verständnis einer solcherart wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Medizin gilt es auch zu berücksichtigen, dass eine Reihe von Denk- und Handlungstraditionen modifiziert oder ergänzt werden müssen. Dies betrifft sowohl die Ausbildung als auch das praktische ärztlich Tun. Auch der Begriff „Schulmedizin“ ist dafür obsolet, weil es sich wissenschaftstheoretisch um kein geschlossenes System (also „keine Schule“), sondern um ein sich stets kontrollierendes und international permanent weiterentwickelndes Arbeitsfeld handelt. Die korrekte Bezeichnung wäre also „wissenschaftliche Medizin“.

Der aktuelle Stand der bio-psycho-sozialen Medizin ist natürlich ohne die vorausgehenden, langanhaltenden Bemühungen um ein besseres Verständnis der Beschaffenheit des menschlichen Organismus mit seinen körperlichen wie seelischen Funktionen – immer eingebettet in seine sozial-ökologischen Lebenswelten – nicht vorstellbar. Es war vor allem die sogenannte *Psychosomatik*, die sich dem Leib-Seele-Thema weit über 100 Jahre angenommen hat. Sie konnte aber die Dichotomie von Materie und Geist nicht lösen. Erst mit dem metatheoretischen Ansatz der *Allgemeinen Systemtheorie* und der wissenschaftstheoretisch

notwendigen Ergänzung durch das *Leib-Seele-Identitätskonzept* konnte im letzten Viertel des zwanzigsten Jahrhunderts dieses Problem besser aufgelöst werden. Der Stand der Theorieentwicklung kann als „erweitertes bio-psycho-soziales Modell“ bezeichnet werden und wird in Kurzform meist als Theorie der „Leib-Seele-Einheit“ (body mind unity-theory) bezeichnet.

Die praktischen Auswirkungen dieser wissenschaftlich begründeten *Theorie der Leib-Seele-Einheit* sind hoch bedeutsam: Es wird in diesem Ansatz nicht mehr streng zwischen körperlichen und seelischen Erkrankungen getrennt: Es erscheint vernünftiger, eine Einschluss-Diagnostik anstatt einer Ausschluss-Diagnostik zu betreiben. Der Patient* hat zudem mit seinem Verhalten prinzipiell Mitverantwortung (wenngleich in individuell unterschiedlichem Ausmaß) an der Entwicklung und Beeinflussung seiner Erkrankung. Für die Medizin ergibt sich daraus auch die Chance, dass unsere Krankenhäuser nicht so sehr krankheitsbezogene Reparaturwerkstätten sein müssten. Sie könnten mehr und mehr zu Gesundheitseinrichtungen werden, in denen Menschen ihre Krankheit nicht nur behandeln lassen, sondern zugleich auch besser verstehen lernen. Sie könnten hier eine gesundheitsrelevante psycho-edukative Begleitung erfahren, eine persönliche Förderung für den Aufbau eigener gesundheitlicher Kompetenzen angeboten bekommen und eine verbesserte Verantwortungsübernahme für die weitere Entwicklung ihrer Erkrankung erwerben. Naturgemäß kommt dabei der Arzt*-Patient*-Kommunikation bzw. der „sprechenden Medizin“ eine wesentlich größere Bedeutung als bisher zu.

Die Weiterentwicklung der bisherigen dichotomen Betrachtungsweise in der herkömmlichen Psychosomatik zu einer *Theorie der Körper-Seele-Einheit* (zur „body mind unity-theory“ oder auch „vereinheitlichten Materie-Geist-Theorie“) bringt allerdings nicht nur eine Reihe von wissenschaftstheoretischen Vorteilen und eine damit verbundene Verbesserung der wissenschaftlichen Grundlagen für die Humanmedizin mit sich. Sie verbreitert vor allem auch den Denk- und

Handlungsspielraum des ärztlichen Wirkens. Für die Praxis der ärztlichen Interventionen gilt nun das Konzept einer umfassenderen parallelen Diagnostik und parallelen Therapie, wobei die relevanten organbezogenen, psycho-sozialen und öko-kulturellen Einflussgrößen gemeinsam berücksichtigt werden können. Die besondere Bedeutung der Kommunikation bzw. der Arzt*-Patient*-Beziehung für die konkrete Umsetzung einer solchen „ganzheitlichen“ bio-psycho-sozialen Medizin wird jedenfalls offensichtlich.

Es ist leicht einsehbar, dass für eine solche markante Erweiterung des Denk- und Handlungsspielraums in der Medizin auch eine adäquate Aus- und Fortbildung erforderlich ist. Tatsächlich sind in den letzten Jahrzehnten die meisten Studienpläne an den medizinischen Universitäten im gesamten deutschen Sprachraum verändert worden und eine Reihe von breit angelegten Fortbildungs-Curricula entwickelt worden, die zumindest eine Ergänzung, in etlichen Fällen aber auch eine deutliche Hinwendung zu einem wissenschaftlich begründeten, ganzheitlichen Verständnis von Krankheit und Gesundheit zeigen. Für Österreich sind dies in erster Linie die postgraduellen PSY-Diplom-Curricula. Sie sollen in diesem Band mit ihren Kernanliegen und praktischen Arbeitsweisen vorgestellt werden. Es handelt sich um die Lehrgänge *Psychosoziale Medizin (PSY1)*, *Psychosomatische Medizin (PSY2)* und *Psychotherapeutische Medizin (PSY3)*.

Diese Gliederung folgt der logischen inhaltlichen Struktur der PSY-Diplom-Fortbildungen. Als Einstieg in die bio-psycho-soziale Sicht auf Krankheit und Gesundheit bietet sich das ärztliche Gespräch als Diagnostikum und Therapeutikum an. Die Kennung heißt hier „psychosoziale Medizin“. Danach folgt als zentrales Thema der Umgang mit *komplexen Gesundheitsstörungen* („funktionellen Störungen“ oder unklaren körperlichen Beschwerden), für die meistens eine multimodale und multidimensionale Zugewandtheit in Diagnostik und Therapie erforderlich ist. Dies wird nach alter Tradition mit „psychosomatischer Medizin“ überschrieben. Der darauf aufbauende Ausbildungsteil fokussiert auf die genuin *psychologischen Wirkfaktoren* im Rahmen des

gesamten Behandlungskonzepts. Es ist dies das Arbeitsfeld der „psychotherapeutischen Medizin“. Dabei gilt es auch Fragen zu beantworten, die die postgraduellen PSY-Diplom-Fortbildungen per se betreffen: Welches Ausbildungsziel verfolgen die einzelnen PSY-Diplom-Lehrgänge und welche PSY-Kompetenzen sollen vermittelt werden? Welche Ergebnisse bringen die Untersuchungen zur Wirksamkeit bzw. zum Nutzen einer postgraduellen PSY-Ausbildung? Wie hängen Berufspraxis und eigenes Arztbild mit der eigenen beruflichen Zufriedenheit einerseits und der Patienten*zufriedenheit andererseits zusammen? Was macht den „guten Arzt*“ aus?

In gewisser Weise kann der Band auch als Arbeitsbuch verstanden werden: Entlang der Struktur der PSY-Curricula werden eine Vielzahl von erprobten Unterlagen für die ärztliche Praxis angeboten. Diese können einerseits als mögliche Erweiterung des Denk- und Handlungsspielraums für ärztliche Interventionen und andererseits als praktische Vorlagen für den Eigengebrauch genützt werden. Besonderer Wert gelegt wird dabei auf die spezielle Bedeutung der Kommunikation für die Gestaltung der Arzt*-Patient*-Beziehung sowie auf das Konzept der parallelen Diagnostik („Simultandiagnostik“) und parallelen Therapie („Simultantherapie“) in der täglichen ärztlichen Praxis.

Die vorgestellten Arbeitsunterlagen stammen aus über 30-jähriger Erfahrung des Autors als akademisch Lehrender, Forschender, Lehrtherapeut und Supervisor in der Ärztefortbildung und als in der klinischen Patienten*versorgung Tätiger. Den Schwerpunkt bilden jene Materialien, die vor allem für die postgraduellen PSY-Diplom-Curricula von Nutzen waren. Als primäre Motivation darf dabei die Förderung der psychosozialen Kompetenzen von Ärzten* gesehen werden, welche sowohl für jeden Arzt* als auch Patienten* den erwünschten verbesserten Behandlungsvollzug unterstützen.

Jenseits der PSY-Diplom-Lehrgänge sollen die in diesem Band zusammengestellten Beiträge die praktische Nutzung der bio-psycho-sozialen Arbeitsweise ganz generell fördern. Eine wissenschaftlich begründete

ganzheitliche Humanmedizin, in welcher der Mensch sowohl als materieller Organismus als auch als denkendes, fühlendes, handelndes und in seinen Lebenswelten verankertes Wesen erkannt und behandelt wird, darf wohl auch als Gebot der Zeit verstanden werden. Wir besitzen nämlich inzwischen die theoretischen Grundlagen und das praktische Handwerkzeug für eine solche Herangehensweise an die Phänomene *Krankheit* und *Gesundheit*. Es kommt jetzt darauf an, diese in der akademischen Ausbildung und die Berufspraxis begleitenden Fortbildung sowie in der täglichen ärztlichen Routine zu nutzen.

Damit einzelne Kapitel oder Themenblöcke dieses Bandes auch isoliert gelesen und für die Praxis verwendet werden können, sind gelegentliche Wiederholungen bzw. Redundanzen unvermeidlich und gewollt. Dies hilft die ansonsten notwendigen Querverweise zu reduzieren und dient der besseren Verständlichkeit der jeweiligen Inhalte, ohne dass dazu das gesamte Buch durchgearbeitet werden muss.

Eine kurze Anmerkung zur sogenannten gendergerechten Sprache: Es besteht die Gefahr, der deutschen Sprache erheblichen Schaden zuzufügen und zudem den Lesefluss eines „gegenderten“ Textes massiv zu beeinträchtigen. Bei diesen Forderungen nach einer Änderung von bisherigen Normen wird die Tatsache übersehen, dass die Variabilität innerhalb der binär ausgewiesenen Geschlechter signifikant größer ist als zwischen den beiden. Die Einsicht, dass die sexuelle Orientierung und Identität weit mehr als „männlich“ und „weiblich“ kennt, führt in der Folge zum Versuch, eine „gendergerechte“ deutsche Sprache zu erzwingen, welche all diesen Identitäten entgegenkommen soll. Ein flüssig zu lesender Text würde damit unmöglich gemacht werden, weswegen sich im gesamten deutschen Sprachraum markanter Widerstand dagegen aufgebaut hat. Der Autor versucht nun bewusst, einen alternativen Weg zu beschreiten. Er geht davon aus, dass jeder Leser und jede Leserin Bescheid weiß, dass es Mann und Frau gibt, darüber hinaus aber nicht nur eine männliche und eine weibliche Identität. Diese Vielschichtigkeit soll mit einem * hinter den betroffenen Begriffen gekennzeichnet werden und damit auch eine Zuordnung zu einem

dichotomen Gender-Rollenverständnis umgehen. Arzt* oder Ärztin* meint also „gesamte Ärzteschaft“ (egal welcher genderspezifischen Identität) und Patient* oder Patientin* meint die Gesamtheit aller kranken Menschen, unabhängig von der jeweiligen sexuellen Orientierung und Identität.

Graz, im Sommer 2021

Josef W. Egger

A

LEBENSWELT-MEDIZIN

Das ganzheitliche bio-psycho-soziale Konzept der Humanmedizin

Wenn wir komplexere Phänomene verstehen wollen, benötigen wir einen Blick, der auch die Sicht auf die Zusammenhänge ermöglicht. Für den Gegenstand „Krankheit“ bzw. „Gesundheit“ gilt: Jeder Mensch lebt von der ihn umgebenden Welt (der „Umwelt“), d.h. von der jeweils gegebenen physiko-chemischen bzw. ökologischen sowie sozio-kulturellen Umwelt. Jede Energie für sein Überleben bezieht er aus dieser Umwelt (seiner „Lebenswelt“). Gleichzeitig ist er selbst physische wie soziale Umwelt für andere und wirkt auf die ihn umgebenden Bedingungen ein. Für die medizinischen Wissenschaften gilt es, dieser Komplexität besser gerecht zu werden und das gängige Konzept „Der Mensch als komplexe Maschine“ zu erweitern. Es braucht dazu die Erweiterung auf einen Ansatz, der den Menschen als bio-psycho-soziales Wesen fasst, das untrennbar mit seinen physiko-chemischen und sozio-kulturellen Lebenswelten verbunden ist. Nur so ist er in seiner Gesamtheit verstehbar. Am Beispiel des systemtheoretisch fundierten (und wissenschaftstheoretisch inzwischen erweiterten) *bio-psycho-sozialen Modells* soll dies im Folgenden für den Wirkungsbereich der Humanmedizin erörtert werden.

Der Mensch und seine „Umwelt“

Als Menschen leben wir in unterscheidbaren „Umwelten“. Wir sind umgeben von ökologischen Gegebenheiten wie der Beschaffenheit der jeweiligen geologischen und klimatischen Welt, in der wir leben, weiters von kleinräumigeren sozialen und größeren kulturellen Netzwerken. Wir können diese Bedingungen summarisch als die „Lebenswelt“ eines Individuums bezeichnen. In dieser Lebenswelt wird der einzelne Mensch – natürlich auf der Grundlage seiner genetischen Matrix – geprägt und wirkt nun selbst auf diese ihn umgebende Welt zurück. Diese komplexe

Wechselwirkung gilt es zu akzeptieren, wenn wir dem Verhältnis „Mensch und Umwelt“ gerecht werden wollen.

Was die physische („natürliche“) Welt betrifft, bevorzugt der Mensch im Übrigen nicht die originäre, wilde Natur als Lebensumwelt. Er kann dies gar nicht, da er für die Befriedigung seiner komplexen Bedürfnisse einen fortdauernden Einfluss auf alles, was ihn umgibt, ausüben muss. Am wohlsten scheint er sich in einer naturnah umgestalteten und von ihm kontrollierbaren Umwelt zu fühlen. In ihr meint er, die archaischen Ängste gezähmt zu haben, und aus ihr vermag er vielfältige Kraft zu schöpfen (Egger 2019).

Das traditionelle bio-medizinische Verständnis von Krankheit

Seit weit über hundert Jahren – schon im 19. Jahrhundert beginnend – dominiert in der wissenschaftlichen Medizin die naturwissenschaftliche Orientierung mit einer relativ streng auf die Gesetzmäßigkeiten der Physik und Chemie ausgerichteten Begrenzung. Es ist unbestreitbar, dass diese Vorgehensweise zu einem erheblichen Erkenntnisfortschritt und zu Behandlungsmöglichkeiten geführt hat, auf die heute wohl niemand vernünftigerweise verzichten möchte. Die Fokussierung auf pharmakologische und technisch/chirurgische Wirkfaktoren hat allerdings zu einer Art *Ingenieursmedizin* oder *Reparaturmedizin* geführt, in der der menschliche Organismus als komplexe Maschine erscheint und dementsprechend „behandelt“ wird. In der Öffentlichkeit wird diesbezüglich vor allem die Dominanz der „Apparatemedizin“ und die Vernachlässigung der „Arzt*-Patient*-Interaktion“ kritisiert. Es ist zu einer Verarmung der Kommunikation zwischen medizinischem Vorgehen und Patienten* orientierten Bedürfnissen (Verstehensmöglichkeiten, Wünschen und Mitgestaltungsansprüchen) gekommen.

Aus wissenschaftlicher Sicht wiegt besonders die Kritik an der bio-medizinisch ausgerichteten Humanmedizin schwer, wonach dieses Modell nur wenig bis gar nicht geeignet ist für die große Gruppe der chronisch Kranken (wo per definitionem nichts zu heilen ist). Auch bei den sogenannten somatoformen Störungen (das ist die große Sammelkategorie von Beschwerden, für die keine ausreichende organische Erklärung gefunden werden kann) erweist sich das bio-medizinische

Modell recht hilflos. Und gänzlich untauglich ist dieses bei der Gesundheitsförderung, wo es auf das Gesundheitswissen, die Gesundheitsmotivation und die Gesundheitsverhaltenskompetenz der Bevölkerung ankommt.

Als logischer Widersacher des bio-medizinischen Modells hat sich daher von Anfang an – aber mit bescheidenem Erfolg – die *psychosomatische Perspektive* entwickelt. Sie wollte nachweisen, dass seelische Einflüsse auf das körperliche Geschehen keine Einbildung, sondern Tatsache ist. Dies hat in der Folge zur begrifflichen Bildung von sogenannten *psychosomatischen Krankheiten* geführt, also solchen, wo dieser Nachweis einigermaßen empirisch glaubhaft gemacht werden konnte. Allerdings bleibt die konventionelle Psychosomatik ganz der Dichotomie von Körper und Seele verhaftet, weswegen trotz vielfältiger Versuche, diese Wechselwirkung zu erklären, die sogenannte *hardcore medicine* wenig Notiz von diesen Erkenntnissen nehmen musste. Es brauchte also einen anderen, kompetenteren Ansatz, um dieses Problem zu lösen.

Das bio-psycho-soziale Modell als aktuelle wissenschaftliche Grundlage der Humanmedizin

Zum Verhältnis von Theorie und Praxis gibt es einen klugen Spruch: *Nichts ist praktischer als eine gute Theorie!* Seit Jahrhunderten wurden theoretische Überlegungen angestellt, wie die Beziehung zwischen *Körper* und *Seele* (besser: zwischen *Gehirn* und *Geist*) zu erklären sei. Von all diesen Ansätzen ist heute das *bio-psycho-soziale Modell* das mit großem Abstand meistgenutzte Paradigma (Goodman 1991, Egger 1995, 2017, 2020). Keine andere Theorie hat hier eine größere Reichweite. Wie sich seit der ersten Ausformulierung vor fast 50 Jahren inzwischen herausgestellt hat, ist diese Theorie für eine integrierte Medizin zwar wissenschaftlich äußerst fruchtbar und stellt alles, was die wissenschaftliche Medizin bis dato an Rahmentheorien zur Verfügung hatte, in den Schatten. Aber sie bereitet den potenziellen Nutznießern doch einiges Kopfzerbrechen, weil das dahinterliegende Denkmodell ungeläufig und auch einigermaßen komplex erscheint. Selbst viele Vertreter der sogenannten „Psychosomatik“ tun sich schwer mit den Implikationen des bio-psycho-sozialen Modells. Das hat gute Gründe: In der

C

ZUR PSYCHOSOZIALEN, PSYCHOSOMATISCHEN UND PSYCHOTHERAPEUTISCHEN KOMPETENZ VON ÄRZTEN*

Als wesentliche Ergänzung zur akademischen Ausbildung an den Medizinischen Universitäten und Erweiterung der ärztlichen Fertigkeiten und Kompetenzen für den beruflichen Alltag werden in Österreich bereits seit der ersten Hälfte der 1990er-Jahre spezielle Fortbildungs-Curricula der Österreichischen Ärztekammer als *PSY-Diplom-Lehrgänge* angeboten. Diese werden seither von den Länder-Ärztekammern oder eigenen (von der ÖÄK akkreditierten) PSY-Diplom-Gesellschaften angeboten. Die approbierten Diplom-Curricula bestehen aus drei aufeinander aufbauenden Lehrgängen, in denen Ärztinnen* aus allen Bereichen der Medizin berufs begleitend psychosoziale (PSY₁), psychosomatische (PSY₂) und psychotherapeutische Kompetenzen (PSY₃) vermittelt bekommen. Ziel dieser hochkarätigen Diplomfortbildung ist die Erweiterung der wissenschaftlichen Medizin um die vielschichtigen psychologischen Wirkfaktoren in der Behandlung kranker Menschen.

Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über den unterschiedlichen beruflichen Zugang zum Erwerb psychotherapeutischer Kompetenzen und deren staatlichen Regulierung seit 1990 (in Kraft gesetzt 1991).

PSYCHOTHERAPIE – ÜBERSICHT ZU DEN AUSBILDUNGSVARIANTEN

- A. *Ausbildung zur eigenständigen Berufsausübung als Psychotherapeut**
 1. Ausbildung zum *Psychotherapeuten* / zur *Psychotherapeutin* gemäß Bundesgesetz für Psychotherapie (1990) im Sinne eines freien heilkundlichen Berufes. Dies ermöglicht die Ausübung der Psychotherapie als Psychotherapeutin*; die Ausbildung ist über staatlich anerkannte Ausbildungsvereine organisiert.
- B. *Psychotherapie als Zusatzqualifikation im Rahmen von gesetzlich geregelten (akademischen) Heilberufen*
 2. Postgraduelle Zusatzausbildung: ÖÄK-Diplom – psychotherapeutische Medizin für Ärztinnen* im Rahmen der postgraduellen Zusatzausbildung der Österreichischen Ärztekammer (Diplomordnung gem. Ärztegesetz). Dies ermöglicht Ärztinnen* die Anwendung psychotherapeutischer Methoden in der Medizin über die jeweils erworbene psychotherapeutische Kompetenz. Die Ausbildung erfolgt in dafür bei der ÖÄK akkreditierten Vereinen bzw. Landesärztekammern (häufig in Kooperation mit den Medizinischen Universitäten und/oder Psychotherapie-Ausbildungsvereinen) und wird über die Arztakademie der ÖÄK verwaltet.

3. Postgraduelle Ausbildung: *Klinische Psychologen** und *Gesundheitspsychologinnen** für Psychologinnen* gemäß Österreichischem Psychologengesetz (1990) im Sinne eines freien heilkundlichen Berufes nach österreichischem Verfassungsrecht. Dies ermöglicht den Klinischen Psychologinnen* und Gesundheitspsychologinnen* die Anwendung psychologischer und Schulen übergreifender therapeutischer Methoden über den Sammelbegriff der psychologischen Behandlung. Die theoretische wie praktische Ausbildung dazu erfolgt nach den Vorgaben des Berufsverbandes der Österreichischen Psychologinnen und Psychologen (BÖP) und den jeweils gültigen Bestimmungen sowie der Aufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit.

Nach den geltenden Rechtsnormen können also im Rahmen der ärztlichen Tätigkeit psychotherapeutische Aufgaben als solche und unter dieser Bezeichnung wahrgenommen und diese Leistungen auch von der Sozialversicherung honoriert werden, ohne dass der Arzt* dafür eine Psychotherapieausbildung gemäß Österreichischem Psychotherapiegesetz absolvieren muss. Dafür braucht es allerdings eine qualifizierte Zusatzausbildung, welche über drei aufeinander aufbauende Lehrgänge, den sog. PSY-Diplom-Curricula, erworben werden. Damit soll dem Umstand Rechnung getragen werden, dass der Arzt* nicht primär als Psychotherapeut* agiert, sondern die (zu erwerbende) psychotherapeutische Kompetenz in seine Routinetätigkeit einfließen lässt (Egger 2015, Egger et al. 2000).

Die postgraduellen PSY-Lehrgänge als Wegbereiter für eine bio-psycho-soziale ärztliche Praxis

Die *PSY-Diplome* haben innerhalb der Diplomordnung der ärztlichen Standesvertretung eine Sonderstellung, was die inhaltliche Bedeutung für die Medizin, aber auch den Aufwand an Zeit und Investition für diese Ausbildung betrifft. Die gesamte postgraduelle, berufsbegleitende Zusatzausbildung wird in Form eines dreiteiligen (aufbauenden) Weiterbildungs-Curriculums angeboten, dauert über alle PSY-Diplom-Curricula gerechnet etwa 12 Semester und wird nach erfolgreichem Abschluss mit entsprechenden Schilder fähigen Zusatzbezeichnungen der ÖÄK ausgewiesen.

Während das einsemestrige „Diplom für psychosoziale Medizin“ (PSY₁) die professionelle Gestaltung der *Arzt*-Patient*-Kommunikation* (mit Ausbildungsteilen wie z.B. professionelle ärztliche Gesprächsführung und Balintgruppen) zum zentralen Inhalt hat, fokussiert das

viersemestrige „Diplom für psychosomatische Medizin“ (PSY2) auf die Grundlagen und Basisfertigkeiten für den Umgang mit Patienten* mit *komplexen Krankheitsbildern*, bei denen neben der somatischen auch die psychosozialen Wirkfaktoren in ihrer bio-psycho-sozialen Verschränkung eine besondere Bedeutung haben. Auf der Grundlage des *bio-psycho-sozialen Modells* wird hier für die ärztliche Praxis im Sinne einer „psychosomatischen Grundversorgung“ eine parallele Erfassung von relevanten Informationen und auch parallele Nutzung von Interventionsmöglichkeiten aus allen drei Bereichen „organisch“, „psychologisch“ und „öko-sozial“ (d.h. Lebenswelt bezogen) gelehrt.

Das anschließende sechssemestrige „Diplom für psychotherapeutische Medizin“ (PSY3) vermittelt Kenntnisse und Fertigkeiten zur Erlangung von psychotherapeutischer Kompetenz, um eigenverantwortlich *psychotherapeutische Medizin* in der Krankenbehandlung durchführen zu können. Hier können die Teilnehmerinnen* aus den jeweils angebotenen Psychotherapie-Hauptfächern eine Haupttrichtung wählen (z.B. integrative Verhaltenstherapie, systemische, psychodynamische oder humanistische Therapie) und bekommen zusätzlich auch eine Basisausbildung in den drei restlichen, nicht gewählten Psychotherapietraditionen.

Die ÖÄK-Lehrgänge *Psychosoziale Medizin*, *Psychosomatische Medizin* und *Psychotherapeutische Medizin* sind kompetenzerweiternde, berufsbegleitende ÖÄK-Diplom-Weiterbildungen, die bei erfolgreicher Absolvierung aller drei Diplome eine für die ärztliche Berufsausübung adäquate psychotherapeutische Kompetenz ergeben.

Charakteristika der Curricula *Psychosoziale Medizin*, *Psychosomatische Medizin* und *Psychotherapeutische Medizin*

In bewusster Erweiterung des derzeit noch vorherrschenden bio-medizinischen Modells („der Mensch als komplexe Maschine“) beziehen sich die PSY-Diplom-Lehrgänge auf das erweiternde, systemtheoretisch begründete bio-psycho-soziale Krankheitsmodell. Gesundheit und Krankheit werden demnach als ein komplexes, vielfach verwobenes Gefüge verstanden, in dem biologische, psychologische und soziale Elemente als prinzipiell gleichwertige Bedingungen der menschlichen

Existenz zu begreifen sind (Deutscher Wissenschaftsrat für die Reform des Medizinstudiums 1992). Neben biologischen können prinzipiell immer auch psychische und öko-soziale Faktoren für die Entstehung, Ausformung und Aufrechterhaltung einer Krankheit relevant sein. Dieses Postulat gründet auf der Einsicht in die parallele Verschaltung der beteiligten Systemebenen gemäß der *body mind unity*-Theorie, dem Kern des bio-psycho-sozialen Modells (Egger 2008, 2015). Psycho-soziale Einflussgrößen nehmen z.B. Einfluss auf den Zeitpunkt des Auftretens einer Krankheit, sie beeinflussen die Reaktion des Menschen auf körperliche Veränderungen und bestimmen wesentlich auch den Zeitpunkt, in dem der Kranke* den Arzt* aufsucht. Sie färben das Verhalten während des Krankseins und können auch das Ausmaß und die Geschwindigkeit der Genesung modifizieren (vgl. z.B. Adler & Hemmeler 1992, Egger et al. 2005). Die PSY-Diplom-Lehrgänge verfolgen im Wesentlichen folgende Ziele:

Das Curriculum „Psychosoziale Medizin“

Das ÖÄK-Diplom „Psychosoziale Medizin“ (PSY1) führt in das theoretische Verständnis des bio-psycho-sozialen Gesundheits- und Krankheitsmodells ein, weist die Kompetenz für den sozialmedizinischen Aufgaben- und Therapiebereich aus und befähigt zum professionellen ärztlichen Gespräch für Interventionen im psychosozialen Arbeitsfeld. Erfahrungsgemäß ist die Mehrzahl der Patienten* im Verbalisieren von Gefühlen und inneren Wahrnehmungen ungeübt, sodass psychosoziale Probleme oft nur indirekt zur Sprache kommen. Es bedarf daher einer Technik der Anamneseerhebung, die über das übliche Abfragen biologischer Faktoren hinausgeht: Dies wird im Lehrziel des professionell geführten ärztlichen Gesprächs angestrebt und erwirkt. Soweit Kränkungen und Konflikte zur Symptomentstehung bzw. zur Krankheitsentwicklung wesentlich beitragen, sollen diese (über eine biographische Anamnese) erfahren und verbalisiert werden (damit wird dem emotionalen Inhalt eine Sprache verliehen) und so das Krankheitsverständnis des Patienten* vertieft.

Der Arzt* soll befähigt werden, die von ihm gesammelten Informationen und Wahrnehmungen so einzuordnen, dass sie einen Einblick

F

PSYCHOTHERAPEUTISCHE MEDIZIN

Die heilkundliche Behandlung mit psychologischen Mitteln

Psychologische Wirkfaktoren sind in der Heilkunde seit Jahrtausenden bekannt. Sie werden im Rahmen des jeweiligen Zeitverständnisses und des jeweils aktuellen Wissens immer wieder neu gefasst und sind erst seit gut 100 Jahren einer internationalen wissenschaftlichen Forschung unterworfen. Dies hat zugleich zu einer weiteren Auffächerung der Einflussvariablen bzw. Wirkgrößen geführt, in dessen Folge es zu einer Vielzahl von psychotherapeutischen „Schulen“ gekommen ist. *Psychotherapie* kann in komprimiertester Weise als *die Behandlung mit psychologischen Mitteln* verstanden werden, während *Psychotherapeutische Medizin* die Schulen übergreifende Anwendung von Psychotherapie durch Ärztinnen* in ihrem jeweiligen Arbeitsbereich meint (Egger 2017).

Psychotherapeutische Medizin als integrative und integrierte klinische Psychotherapie

War die bisherige Diskussion zum Gegenstand der *Psychotherapie* fast ausschließlich *theorieorientiert* im Sinne einer schulenspezifischen Auseinandersetzung mit Gebietsbezeichnungen wie *Psychoanalyse* (Tiefenpsychologie), *Verhaltenstherapien* (verhaltenstheoretische psychologische Psychotherapien), sog. *humanistische* und sog. *systemische* Psychotherapien, so stellt sich für den medizinischen Anwendungsbereich die Notwendigkeit einer *problemorientierten Psychotherapie* heraus. Es geht hier nicht mehr um Fragen, *was* Psychotherapie ist und *wofür* Psychotherapie im Praktischen nützlich ist. Vielmehr dreht sich alles um die Beantwortung der Frage, mit *welchen* Psychotherapieorientierten Ansätzen *welche* medizinischen Problemstellungen *wie* und unter welchen Erfolgsaussichten angegangen werden können.

Diese *problemorientierte* Auseinandersetzung mit dem Gegenstandsbereich *Psychotherapie* ist allerdings nicht zu leisten, solange es keine universale *Psychotherapietheorie* gibt. Da eine solche weiterhin nicht in

Sicht ist, wird als Übergangslösung der Entwurf einer *integrativen Psychotherapie* nach dem Modell der *psychotherapeutischen Medizin* vorgeschlagen. Für einen solchen Lösungsansatz existieren schon einige konkrete und elaborierte Modelle (s. Tabelle „psychotherapeutische Traditionen“ in diesem Kapitel). Eine solche integrative Psychotherapie hat ihren Wert insbesondere in der Potenz zur Integration in die praktisch-medizinische Arbeit mit ihren spezifischen Problemstellungen.

Da die Theorie-orientierte Schulen-spezifische Auseinandersetzung mit den Disziplinen der Psychotherapie – nicht nur in Österreich – von einzelnen privatrechtlichen Vereinen oder „Schulen“ geführt wird, verbleibt den *Universitätsinstitutionen*, die sich mit der wissenschaftlichen Psychotherapie zu beschäftigen haben, die Arbeit, eine zukunftsweisende und Schulen übergreifende universitäre Lehre der Psychotherapie zu entwickeln und zu fördern. Eine solche integrative Psychotherapie muss den bisherigen Erkenntnisstand und die praktischen Erfahrungen aller Psychotherapien berücksichtigen.

Wesentliche Kriterien zur Beurteilung von bisher vorliegenden Theoriekonzeptionen sind unter wissenschaftlichen Aspekten sowie der Überprüfung von Nützlichkeit bzw. Brauchbarkeit bei der Bewältigung bzw. Lösung von gesundheitlichen Problemstellungen zu sehen. Jede ausgereifte Psychotherapietheorie kann zudem auch nach ihren erkenntnistheoretischen Ansätzen beschrieben werden. Dabei wird ersichtlich, dass in jeder dieser basalen Traditionen ein typischer spezifischer Schwerpunkt gesetzt wird. Die vier grundlegenden erkenntnistheoretischen Positionen oder Methoden (*methodos* = Weg) sind

- (1) Phänomenologie,
- (2) Hermeneutik,
- (3) Heuristik (empirisch-analytischer Erkenntnisweg) und
- (4) Dialektik.

Von den etablierten Psychotherapieformen wären die sog. humanistischen Therapien (Gesprächspsychotherapie, klientenzentrierte Psychotherapie, kreativ-gestaltende Therapien, auch Logotherapie/Existenz-

analyse) schwerpunktmäßig dem Kreis der *Phänomenologie* zuzurechnen, die Psychoanalyse der *Hermeneutik* und *Dialektik*, die Verhaltensmedizin und Verhaltenstherapien primär der empirischen Analytik bzw. *Heuristik*. Eine zu enge Zuordnung der psychotherapeutischen Richtungen zu den vier Erkenntnispositionen würde allerdings übersehen, dass sich diese über die Jahrzehnte langsam aber merkbar verändern bzw. weiterentwickeln, sodass es zunehmend mehr Überschneidungen gibt.

Am Beispiel der verhaltenstherapeutischen Psychotherapien lässt sich diese Entwicklung am eindrucksvollsten beschreiben. Diese verstehen sich heute mehrheitlich als empirisch-analytisch und phänomenologisch orientiert, zeigen aber auch dialektische und hermeneutische Aspekte. Ein Phänomen erscheint zwar als „Ganzes“, was aber das Ganze wirklich ist, ist nicht zu fassen. So gesehen erfolgt in einer ersten phänomenologischen Erfassung eine Annäherung oder eine Beschreibung hervorstechender Merkmale aus der Sicht des Beobachters (z.B. Erfassung von diagnostischen Informationen). Die erfahrungswissenschaftliche Zugangsweise erfolgt als möglichst umfangreiche und möglichst differenzierte (multidimensionale) Beschreibung von angebbaren/benennbaren/erfassbaren Details. Ob diese Details tatsächlich in Korrelation oder sogar in kausaler Weise mit dem „Ganzen“ zu tun haben, wird in empirisch-analytischer Weise Schritt um Schritt im Sinne der Falsifikationsmethodik untersucht (dazu eignen sich auch experimentelle Untersuchungsanlagen).

Diese Detailuntersuchungen bilden nun Mosaiksteine, die dann wiederum zu einem Ganzen zusammengefügt werden müssen und so das Ganze (die „Gestalt“ oder die gesamte Figur) ergeben. Allerdings bleibt dieses Ganze immer eine mehr oder minder kreative Leistung des Beobachters bzw. Untersuchers und ergibt sich nicht allein aus den Details (vgl. *Gestaltgesetz*: „Das Ganze ist mehr – etwas Komplexeres – als die Summe seiner Teile“). So gesehen kann die empirisch-analytische Forschung als ein erkenntnistheoretisches Umwegverhalten betrachtet werden: Über eine Fülle von Detailuntersuchungen werden sowohl die Kern- wie auch Grenzbereiche einzelner Faktoren untersucht, die danach zu einem systemischen Ganzen zusammengefügt werden. Das

solcherart erstellte „Ganze“ ist nun wesentlich detailreicher, als es das ursprüngliche „Schauen auf das Ganze“ ermöglicht.

Neben der empirisch-analytischen (heuristischen) und phänomenologischen Erkenntnismethode in den kognitiven Verhaltenstherapien spielt in der Praxis auch der *dialektische* Zugang eine Rolle: Die erlebte (also subjektiv erfahrene) Wirklichkeit ist mehr oder weniger auch ein Konstrukt des Untersuchers oder Einzelmenschen. Er „schafft“ jene Wirklichkeit, die für ihn dann „real“ ist. Dass es nicht unendlich viele „Wirklichkeiten“ gibt, verhindert die Passform mit der Außenwelt („der Welt an sich“ oder der als objektiv angenommenen Wirklichkeit). Dabei handelt es sich um einen permanenten Abstimmungsvorgang zwischen „Innenwelt“ und „Außenwelt“, der im zwischenmenschlichen Austausch auch als sozialer „Abschleifprozess“ beschreibbar ist. Unterstützt wird diese Passform in unserer Zeit auch durch die permanente Begleitung der „objektivierenden“ Wissenschaften. So könnte man z.B. im Rahmen der therapeutischen Arbeit von einem dialogischen Prozess der Datenerhebung sprechen. Die Erfassung eines Konstrukts wie der *subjektiven Lebensqualität* oder die Erhebung von *subjektiven Krankheitstheorien*, die Erkundung einer individuellen Werthierarchie oder von irrationalen Einstellungen braucht die dialektische Methode: In einer kommunikativen Auseinandersetzung oder Disputation versuchen Therapeut* und Patient* sich der jeweils infrage stehenden Wirklichkeit in einem dialogischen Prozess anzunähern und zu einem gemeinsamen Verständnis zu gelangen.

Auch der vierte Erkenntnisweg – die Hermeneutik – ist für die aktuellen verhaltenstheoretischen Psychotherapien bedeutsam. Dabei haben allerdings die beiden anthropologischen Konstanten *Wort* und *Hand* (d.h. *Kommunikation* und *handelndes Eingreifen/Technik*) gleichermaßen Bedeutung. Wenn wir das Symbol *Wort* für *Verstehen*, *Einsicht* und *Erkenntnis erlangen* nehmen, wird schnell einsichtig, wie wichtig das Versehen von Bedeutung (die „Deutung“) im therapeutischen Prozess ist. Dabei handelt es sich offensichtlich um einen eigenen Wirkfaktor. Ohne „Einsicht“ in die Sinnhaftigkeit oder Notwendigkeit einer Veränderung bleibt jede Intervention im „luftleeren Raum“. Erst wenn ein entsprechendes Verständnis aufgebaut werden kann, sind z.B. die

Self management-Konzepte oder Selbsthilfe-Programme effektiv. Aber jede *Einsicht* greift zu kurz, wenn sie nicht auch in handelnde Gestaltung bzw. Problembewältigung umgesetzt werden kann. Dies ist beispielsweise bei der Therapie von Angststörungen unumgänglich. Sich auf das Problem handelnd einzulassen, in die Problemsituation einzugreifen, dabei neue Erfahrungen zu machen und diese neuen Erfahrungen auch auf vergleichbare zukünftige Herausforderungen zu transferieren, sind ausdrückliche Therapieziele. „Heilen durch Einsicht und Handeln“ könnte hier als Motto gelten.

Die vier Methoden der Erkenntnisgewinnung – Phänomenologie, Hermeneutik, empirische Analytik bzw. Heuristik und Dialektik – dürfen nicht als sich gegenseitig ausschließende Wege zur Wirklichkeitserschaffung gesehen werden. Sie überlappen sich und sind selbst dann am Werk, wenn die jeweilige Therapietheorie dies nicht explizit ausweist. Natürlich ist dennoch ein schwerpunktmäßiger Zugang zur Art und Weise beschreibbar, wie ein Vertreter einer bestimmten Theorieschule an das herangeht, was er für wesentlich hält und in welchen Bereichen er ein vergleichsweise größeres Auflösungsvermögen besitzt. Für die Ausbildung zur Psychotherapie gilt es, ausreichende Kenntnisse zur Nutzung aller vier Erkenntnismethoden zu erwerben. Dies soll erreicht werden über die Vermittlung von

- (1) Theorie,
- (2) Selbsterfahrung (Eigentherapie, „Lehranalyse“) und
- (3) therapeutischer Praxis inklusive Supervision (Begleitung, Anregung, Reflexion) der konkreten therapeutischen Fertigkeiten.

Dabei ist der psychotherapeutisch Tätige in seiner praktischen Arbeit „teilnehmender“ und nicht „objektiver“ Beobachter, er braucht zudem genügend Kompetenzen zur therapeutischen Kooperation mit dem Patienten*, ausreichende Empathie und auch Sensibilität für szenische Informationen in der Behandlungssituation.

Angaben zum Autor

Josef W. EGGER, Univ.-Prof. Dr.phil.habil. et med.habil., hatte zuletzt den *Lehrstuhl für Biopsychosoziale Medizin* an der Medizinischen Universität Graz inne, wo er Ende 2014 emeritierte. Als Medizinpsychologe, Verhaltensmediziner, Klinischer Psychologe, Gesundheitspsychologe und Psychotherapeut war er Pionier in mehreren wissenschaftlichen und praktischen Arbeitsbereichen. Seit den 70er-Jahren des vorigen Jahrhunderts hat er zahlreiche Beiträge für theoretische und anwendungsorientierte Arbeitsfelder geleistet. War es zuerst die kardiologische *Rehabilitationspsychologie* und ihre verantwortliche praktische Umsetzung in einer kardiologischen Rehabilitationsklinik, so war es ab den 80er-Jahren der Aufbau der ersten *Abteilung für Verhaltensmedizin und Gesundheitspsychologie* an einer österreichischen Universität. Auch dabei war für ihn die Zusammenführung von angewandter Forschung, akademischer Lehre und praktischer Anwendung die leitende Vorstellung. Es folgte die Gründung und Leitung universitärer Strukturen in Form einer *research unit* für Verhaltensmedizin und Gesundheitspsychologie („empirische Psychosomatik“) und *teaching unit* für Kommunikation-Supervision-Reflexion (inklusive Ethik und Recht in der Medizin) im Rahmen der Studienreform *Humanmedizin* an der Medizinischen Universität Graz.

Besondere Bedeutung erlangten seine Beiträge zur theoretischen Fundierung und Weiterentwicklung des bio-psycho-sozialen Modells zu einer Theorie der Körper-Seele-Einheit (*body mind unity-theory*), einer wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Theorie der Humanmedizin. Im Rahmen seiner Professur für Biopsychosoziale Medizin – der ersten dieser Art im deutschen Sprachraum – hat er zusammen mit seinen ca. 30 Lehrbeauftragten die medizinische Ausbildung an der Medizinischen Universität Graz wesentlich mitbestimmt. Als Mitbegründer der österreichischen PSY-Diplom-Lehrgänge und Leiter des PSY3-Hauptfaches *integrative Verhaltenstherapie* war er auch 3 Jahrzehnte als Lehrtherapeut und Supervisor in der ärztlichen Fortbildung tätig.

Parallel dazu fungierte er 30 Jahre als Herausgeber der interdisziplinären Fachzeitschrift *Psychologische Medizin*. 2011 wurde ihm in Anerkennung für seine umfassenden akademischen und beruflichen Leistungen das *Goldene Ehrenzeichen für Verdienste um die Republik Österreich* verliehen.

Zuletzt erschienen von ihm die Monografien

Egger, J.W. (2020): *Die Einheit von Körper und Seele. Die bio-psycho-soziale Perspektive auf Krankheit und Gesundheit*. Baden-Baden: Deutscher Wissenschaftsverlag (DWV) 2020, 288 S., ISBN 978-3-86888-155-4.

Egger, J.W. (2017): *Theorie und Praxis der biopsychosozialen Medizin. Körper-Seele-Einheit und sprechende Medizin*. Wien: Facultas 2017, 304 S., ISBN 978-3-7089-1498-5 / eBook ISBN 978-3-99030-600-0.

Egger, J.W. (2015): *Integrative Verhaltenstherapie und psychotherapeutische Medizin. Ein biopsychosoziales Modell*. Wiesbaden: Springer 2015, 416 S., ISBN 978-3-658-06802-8 / eBook ISBN 978-3-658-06803-5.