



Sendung vom 03.02.2000

Professor Dr. Michael Ermann
Facharzt für psychosomatische Medizin
im Gespräch mit Jochen Kölsch

Kölsch: Ich begrüße Sie, verehrte Zuschauerinnen und Zuschauer, bei Alpha-Forum. Gegenstand unseres Gesprächs heute werden die Psychotherapie und die Psychosomatik sein. Es wird also um die Seelenheilkunde und um körperliche Krankheiten mit seelischen Ursachen gehen. Aber das eigentliche Thema ist natürlich unser Gast: Das ist heute Michael Ermann, Professor für Psychotherapie und Psychosomatik an der "Ludwig-Maximilians-Universität" in München und Leiter der psychosomatischen Abteilung der psychiatrischen Klinik. Er ist außerdem Lehranalytiker an der Akademie für Psychotherapie und Psychoanalyse in München und in Nürnberg. Professor Ermann ist darüber hinaus auch seit vielen Jahren in psychoanalytischen Vereinigungen als Vorstand und Vorsitzender tätig. Herr Ermann, viele Zuschauer werden sich unter all diesen Funktionen wenig vorstellen können: Könnte das auch daran liegen, dass psychische Erkrankungen den Menschen eine besondere Angst machen und dass darüber weniger gesprochen wird als z. B. über Chirurgie oder Zahnmedizin?

Ermann: Ich wage zu bezweifeln, dass darüber weniger gesprochen wird. Sicherlich machen solche Erkrankungen jedoch mehr Angst: Das ist vor allem deshalb so, weil sie sehr viel mit irrationalen Phänomenen zu tun haben. Es ist für unseren Intellekt nur schwer fassbar, was bei einer psychischen Krankheit eigentlich geschieht. Vieles davon ist auch gar nicht sichtbar: Man sieht Verhaltensweisen, die vielleicht absonderlich sind – aber man "sieht" das Erleben nicht, das dabei im Hintergrund steht. All das macht sicherlich sehr viel mehr Angst als eine Zahnvereiterung oder ein entzündeter Blinddarm. Insofern stimme ich Ihnen also zu.

Kölsch: Nun sind aber doch sehr viele Menschen – nicht alle, aber eben doch wirklich sehr viele – irgendwann einmal selbst von seelischen Erkrankungen betroffen: Es ist ja so, dass jeder fünfte oder zehnte Mensch die "Chance" bzw. das Risiko hat, in seinem Leben auch einmal eine Depression zu bekommen. Bei anderen psychischen Erkrankungen sieht dieses Verhältnis ähnlich aus. Viele Menschen sind also selbst davon betroffen.

Ermann: Sicher ist das so. Wenn man das Spektrum nicht zu eng sieht, wenn man also auch die Vielzahl von kurzfristigen Reaktionen aus dem seelischen Leben der einzelnen Menschen, die ja auch Beeinträchtigungen verursachen, mit hinzu nimmt, dann kann man schon sagen, dass es ein Drittel der Bevölkerung ist, das in irgendeiner Weise von psychosomatischen oder psychotherapeutisch angehbaren Erkrankungen betroffen ist. Ich denke, dass dabei auch die verschiedenen Lebensphasen eine Rolle spielen, denn psychische Erkrankungen kommen ja in allen Lebensphasen vor: bei Kindern, bei Jugendlichen und bei Erwachsenen. Die Hauptmanifestationszeit, also die vornehmliche Zeit, in der seelische Erkrankungen entstehen bzw. erstmals auftreten, ist das junge Erwachsenenalter. Aber auch bis ins hohe Lebensalter hinein kann man

solche Erkrankungen finden. Von daher ist jeder in irgendeiner Weise mitbetroffen. Ich glaube, dass auch das ein Stück weit der Hintergrund dafür ist, dass von der Möglichkeit einer psychosomatischen oder neurotischen Erkrankung immer wieder eine Beängstigung ausgeht. Denn jeder sagt sich: "Es könnte auch mich treffen" – weil das Risiko eben doch relativ groß ist. Ich möchte dabei aber doch hinzufügen, dass ich im Laufe meiner annähernd zwanzigjährigen Berufstätigkeit die Erfahrung gemacht habe, dass sich die Einstellung dem Ganzen gegenüber doch geändert hat. Früher war es deutlich schwieriger, war eine deutlich größere Hemmschwelle zu überwinden, wenn jemand zum Psychotherapeuten oder zum Psychosomatiker gehen wollte. Heute gibt es demgegenüber viele Patienten, von denen ich den überzeugenden Eindruck habe, dass es ihnen nichts mehr ausmacht, nun speziell in eine Klinik für Psychiatrie oder in eine Abteilung für Psychosomatik bzw. Psychotherapie zu kommen. Da hat sich also doch etwas fundamental verändert.

Kölsch: Wir bekommen also im guten Sinne amerikanische Verhältnisse, wo ja der Gang zum Psychoanalytiker eher zum guten Ton gehört, als dass er etwas Abschreckendes hätte.

Ermann: Ich hoffe schon, dass wir nicht in diese modische Richtung hineingeraten: Denn das nützt wenig. Ich bin aber froh, dass sich das Vorurteil doch vermindert hat.

Kölsch: Obwohl Sie sagen, dass sich das Vorurteil langsam abbaut, hat sich die Statistik in einer bestimmten Hinsicht noch nicht entscheidend verändert: Es dauert angeblich doch immer noch sieben Jahre, bis eine psychische Erkrankung dann auch als solche erkannt wird und der Patient wirklich und endlich an der richtigen Stelle im Hinblick auf so eine Therapie angelangt ist.

Ermann: Ich weiß nicht, ob es dazu auch neuere Untersuchungen gibt, aber mein Eindruck aus der klinischen Erfahrung sagt mir, dass sich diese Zeit deutlich vermindert hat. Man kann heutzutage auch in einer Spezialinstitution wie in der, in der ich arbeite, Patienten finden, die schon kurze Zeit nach den ersten Krankheitssymptomen dann auch tatsächlich zu uns kommen. Das hat sich also meinen Eindruck nach doch deutlich verändert. Ob sich das inzwischen wissenschaftlich-empirisch belegen lässt, weiß ich jedoch nicht.

Kölsch: Ab wann ist denn eine psychische Erkrankung eine solche? Denn der Übergang ist dabei ja wohl fließend. Wenn einem auf der rein körperlichen Ebene irgendwo etwas wehtut, dann kann man das einigermaßen begreifen: Wenn man Magenschmerzen hat oder unter Herzrasen leidet, dann kann man das ja ziemlich deutlich erkennen. Aber ab wann ist denn ein psychisches Leiden welcher Art auch immer als solches überhaupt erkennbar?

Ermann: Für den Betroffenen selbst?

Kölsch: Sowohl für den Betroffenen als auch für den Arzt.

Ermann: Die Erkennbarkeit richtet sich im Wesentlichen danach, ob der Betroffene leidet oder nicht. Da gibt es nun einmal kein objektives Erkennen. Stattdessen geht es doch um sehr subjektive Leidenszustände bzw. Erlebniszustände. Ich denke, dass es auch ein unterschiedliches Ausmaß an Leidensfähigkeit in diesem Zusammenhang gibt. Unterschiedliche Menschen ertragen unterschiedlich viel, bevor sie Hilfe in Anspruch nehmen. Auch die Selbsthilfe ist unterschiedlich ausgeprägt: Wie weit kann sich der Einzelne selbst helfen, bevor er einen Spezialisten oder einen Fachmann mit hinzuzieht? Das ist meiner Meinung nach von Mensch zu Mensch sehr unterschiedlich. Entscheidend scheint mir zu sein, ob der Betroffene unter einem Leidensdruck steht, der ihn zum Arzt, zum Psychotherapeuten oder zum Psychologen führt oder ob das nicht der Fall ist.

- Kölsch:** Ist denn dieser psychische Leidensdruck für den Arzt oder Psychotherapeuten einigermaßen genau diagnostizierbar und fassbar?
- Ermann:** Ich würde umgekehrt sagen, dass das für uns Psychotherapeuten eigentlich nie ein Problem ist, wenn Patienten zu uns kommen. Es gibt ganz selten die Situation, dass wir der Ansicht sind, dieser Patient gehört nicht zu uns in die Behandlung. Es kommt auch nur ganz selten vor, dass wir der Ansicht sind, dass der Patient eigentlich irgendetwas anderes damit verbindet, weil er z. B. vielleicht das Bedürfnis nach einer Rente oder einer Krankschreibung hat oder uns sonstwie etwas vormacht. Das kommt wirklich so gut wie nicht vor.
- Kölsch:** Seelische Schmerzen haben also im Grunde eine ähnliche Qualität wie körperliche Schmerzen oder Beeinträchtigungen.
- Ermann:** Das Wesentliche, das sich im Laufe der Zeit verändert hat, liegt vielleicht auch darin, dass man heute eben nicht mehr der Meinung ist und auch populär nicht mehr davon ausgeht, dass sich jemand diesen seelischen Schmerz lediglich einbildet. Stattdessen wird heute meinerseits seelischer Schmerz, Depressivität oder Angst in der Bewertung - auch in der gesellschaftlichen Bewertung – ernst genommen und nicht mehr belächelt.
- Kölsch:** Wie steht es um die Gefährlichkeit? Seelische Leiden werden manchmal in ihrer Gefährlichkeit doch eher relativiert: als könne die Krankheit gar nicht so gefährlich sein, weil sie ja nur seelischer Natur ist. Aber das kann ja genauso tödlich sein, wie ein Blinddarm, der nicht rechtzeitig operiert wird.
- Ermann:** Das ist sehr unterschiedlich und hängt sehr stark von der Erkrankung ab. Nehmen wir als Beispiel das Phänomen der Depressivität, die sich aus einem Konflikt heraus ergibt: Da ist es ganz klar, dass daraus auch ganz schnell eine Suizidalität werden kann, also eine Selbstmordgefährdung. Es gibt auch körperliche psychosomatische Erkrankungen wie z. B. Darmblutungen im Zusammenhang mit einer Erkrankung, die wir Colitis ulcerosa nennen – das ist eine entzündliche Darmerkrankung –, die eine typische psychosomatische Darmerkrankung darstellt. Da kann es manchmal zu schwerwiegenden Komplikationen wie zu einem Verbluten kommen, und da können auch krebsartige Entartungen entstehen, die gefährlich werden können. Es kann z. B. bei der Magersucht auch zu einem Verhungern kommen. Insgesamt aber muss ich sagen, dass der überwiegende Teil der Erkrankungen, mit denen wir zu tun haben, keine lebensgefährlichen Erkrankungen sind. Das Problem der seelischen und psychosomatischen Erkrankungen besteht darin, dass sie chronifizieren, also chronisch werden, und deswegen langfristig die Lebensqualität massiv beeinträchtigen. Das ist das eigentliche Problem. Das zweite Problem ist, dass in der Folge solcher Erkrankungen dann auch Sekundärkrankheiten auftreten können, vor allem Abhängigkeits- und Suchtkrankheiten. Das bedeutet, dass diese Menschen mit diesen Leidenszuständen so umgehen, dass sie meinerseits anfangen, Trinker zu werden oder heimlich Medikamente nehmen, die nicht verordnet sind, und sich daher Abhängigkeitserkrankungen einstellen.
- Kölsch:** Sie sind Mediziner und arbeiten auch als Psychoanalytiker: Kann man denn in wenigen Worten sagen, wie sich diese Arbeitsweisen unterscheiden? Denn das ist ja doch etwas sehr Unterschiedliches.
- Ermann:** Das sind die beiden Beine der beruflichen Identität, die man als Facharzt für psychotherapeutische Medizin hat. Man muss zum einen eine gute und solide medizinische Grundausbildung haben: Man muss sich auch zu diagnostischen und differentialdiagnostischen Zwecken in der Medizin auskennen. Aber man braucht, um ein qualifizierter Psychotherapeut zu werden, auch eine Identität im Bereich der Geistes- und Sozialwissenschaften. Das ist das, was dann in der speziellen psychotherapeutischen Ausbildung vermittelt wird. Dazwischen gibt es

einen Spagat: Das ist das, was das Interessante und auch die Freude an diesem Beruf ausmacht. Das bringt aber natürlich auch Probleme mit sich. Ich bin als psychotherapeutischer Mediziner in Medizinerkreisen immer wieder in einer Sondersituation: Man weiß nie, ob ich überhaupt ein richtiger Mediziner bin, ob man mich nicht besser bei den Psychologen ansiedeln soll. Ich werde in diesen Kreisen auch oftmals als Psychologe angesprochen. Es ist ja in der Tat auch so, dass viele Psychotherapeuten von ihrem Grundberuf her Psychologen sind. Bei den Psychologen werde ich jedoch andererseits auch immer so ein bisschen als Außenseiter betrachtet, weil ich natürlich kein Psychologe, sondern Arzt bin. Das ist der Spagat in unserem Beruf, der diesen Beruf aber auch spannend macht.

Kölsch: Was bedeutet das im Hinblick auf die konkrete Arbeit als Arzt und als Psychoanalytiker?

Ermann: Wir arbeiten da wirklich in einem Übergangsfeld. Es gibt manche Patienten - vor allem dann, wenn es sich im Rahmen der Psychiatrie, in der wir auch mitarbeiten, um stationäre Behandlungen handelt -, bei denen wir sehr viel mehr ärztlich tätig werden. Das geht bis hin zur Art der Untersuchung: Da spielen also die körperlichen Untersuchungsmethoden selbstverständlich eine große Rolle. Demgegenüber fühle ich mich in den Langzeitbehandlungen vor allem als Psychoanalytiker und arbeite dann auch psychoanalytisch. Das ist dann eine reine Gesprächstherapie, die auch mit einer anderen Haltung gegenüber diesem Menschen verbunden ist, nämlich mit der Haltung, dass man viel mehr Zeit hat, dass man sehr viel mehr ins Detail gehen kann als im klinischen Alltag, dass die Dinge auch mehr an der Wurzel betrachtet und angepackt werden. Das ist dann doch eine andere Einstellung.

Kölsch: Viele Patienten haben ein Problem mit der langen Dauer von Therapien. In der Presse geistern genau aus solchen Gründen auch immer wieder Wundermittel durch die Landschaft, die angeblich bei diesem oder jenem Leiden wundersame Wirkung hätten. Lithium war z. B. vor Jahren einmal ein sehr großes Thema bei der Behandlung von Depressionen. Man meinte also, man könne die psychischen Leiden mit der chemischen Keule sehr viel schneller und effizienter besiegen. Wie stehen Sie zu solchen Medikamenten?

Ermann: Ich meine, dass man das nicht grundsätzlich beantworten kann. Das ist eine Frage der speziellen Situation des Patienten, und das kommt auch auf die spezielle Art seiner Erkrankung an. Nehmen Sie das Beispiel der Depression. Wir wissen, dass Depressionen ein recht komplexes Geschehen mit einem Bündel von Ursachen sind. Wenn wirklich das Psychosoziale, der Konflikt und die Lebensbelastung im Vordergrund stehen, dann wird man mit einer medikamentösen Behandlung nur sehr wenig ausrichten können. Man kann damit vielleicht eine kurzfristige Überbrückung machen und dem Patienten helfen, aus einer schweren depressiven Krise herauszufinden: Das wird man aber auch mit einer guten psychotherapeutischen Intervention schaffen. In so einem Fall steht also die medikamentöse Behandlung nicht nur nicht im Vordergrund, sondern ist im Allgemeinen auch nicht besonders hilfreich. Wenn aber in einem umgekehrten Fall die körperlichen Faktoren bei einem Patienten im Vordergrund stehen - wir wissen heute, dass viele Depressionen, die man früher als endogene Depressionen bezeichnet hat, überwiegend aus Stoffwechselproblemen im Gehirn stammen -, dann ist eine psychotherapeutische Intervention wenig nützlich. Sie kann vielleicht helfen, die Folgen eines solchen depressiven Erlebens einzudämmen, sie kann dem Patienten helfen, damit besser zurechtzukommen, aber das Entscheidende ist in so einem Fall doch die psychopharmakologische Behandlung. Das ist also eine Frage der genauen Diagnostik und Differentialdiagnostik und der darauf aufbauenden Behandlungsplanung.

Das ist der eine Punkt, den ich dazu sagen möchte. Der andere Punkt ist, dass bei vielen Erkrankungen, die wir als neurotisch betrachten, also bei Erkrankungen, die aus Konflikten oder aus psychosozialen Problemen heraus entstehen, von den Patienten selbst auf den Arzt die Erwartung zukommt, er möge doch medikamentös behandeln. Das ist ein großes Problem, weil man natürlich zum einen auf die Erwartung des Patienten irgendwie positiv eingehen muss, ihn also gleichsam dort abholen muss, wo er steht, und weil man natürlich zum anderen ein psychosoziales Problem wie z. B. eine Partnerschaftsproblematik, eine Ehekrise, eine Mutter-Kind-Problematik nicht medikamentös behandeln kann. Dabei kann dann das Problem entstehen, dass die medikamentöse Behandlung einer effektiven psychotherapeutischen Behandlung eher im Wege steht. Das ist wirklich eine ausgesprochen negative Problematik, die da entstehen kann. Als jemand, der mit seiner Abteilung in einer sehr wichtigen psychopharmakologischen Klinik angesiedelt ist, stehe ich den Medikamenten also grundsätzlich positiv gegenüber: aber nur bei einer rational vertretbaren und guten Indikationsstellung.

Kölsch: Aber um diese Indikation zu stellen, bedarf es doch der Kompetenz des Arztes: Im Grunde müsste doch eigentlich jeder Patient, bei dem es den Verdacht gibt, dass intensive psychische Ursachen hinter der Erkrankung stehen, auch unter dem Gesichtspunkt der Psychosomatik untersucht werden, damit man überhaupt differenzieren kann, ob man die jeweilige Erkrankung eher medikamentös oder eher psychotherapeutisch behandeln muss.

Ermann: Ja, das gilt für differentialdiagnostisch schwierige Fälle. Man kann aber sagen, dass der überwiegende Teil der Patienten ein klares Krankheitsbild hat, bei dem in einer genügend guten Diagnostik sehr schnell deutlich wird, dass dieser Patient überwiegend oder ausschließlich unter diesen oder jenen Problemen leidet oder dass es sich bei diesem Patienten meiner Meinung nach um eine ganz typische psychotische Geistesstörung handelt, die medikamentös behandelt werden muss. Es ist schon so, dass sich das in einer guten Diagnostik doch sehr schnell zeigt, sodass sich die Differentialdiagnose, ob es sich mehr um das eine oder um das andere handelt, in der klinischen Praxis als Frage gar nicht so oft stellt.

Kölsch: Das kann auch der Psychiater ohne psychotherapeutische Zusatzausbildung feststellen.

Ermann: Da bringen Sie mich etwas in Verlegenheit, und zwar deswegen, weil es da eine gewisse Rivalität zwischen Psychiatrie und Psychotherapie gegeben hat, die jetzt allerdings durch neue Berufsordnungen und durch neue Ausbildungsordnungen vermindert wird. Insgesamt entwickelt sich also dieses Verhältnis doch recht gut. Wenn man aber die Situation offen und ehrlich darstellen will, dann muss man ganz einfach sagen, dass es früher so war, dass – ich sage das natürlich mit aller Übertreibung – der Psychotherapeut immer Psychotherapie-Indikationen gestellt hat und der Psychiater fast immer eine Indikation zur psychopharmakologischen Behandlung gegeben hat. Das ist heute nicht mehr so, denn das verändert sich. Ich meine auch nicht, dass es nun alleine der Psychosomatiker wäre, der hier die Weichenstellung macht, sondern das ist etwas, das die Grundmethodik sowohl in der Psychiatrie als auch in der Psychotherapie und der Psychosomatik ausmacht, dass man nämlich über diese Differentialindikation zwischen der medikamentösen, der psychotherapeutischen und der Kombinationstherapie entscheiden kann. Das muss man im gesamten Bereich der psychologischen Medizin können. Die Praxis zeigt auch, dass das heute auf rationale, d. h. auf vernünftige und vertretbare Weise geschieht.

Kölsch: Warum haben Sie sich denn in Ihrer medizinischen Ausbildung der Psychosomatik und der Psychoanalyse zugewandt?

Ermann:

Ach, es ist ja oft so, dass da auch Zufälle mit eine Rolle spielen. Ich hatte immer schon ein gewisses Interesse für psychologische Fragen, aber ich war keiner, der sein Medizinstudium unter der Prämisse angefangen hat, nun unbedingt Psychoanalytiker werden zu wollen. Nein, das waren eher persönliche Begegnungen mit einer mich sehr beeinflussenden, sehr netten und auch sehr hübschen Stationsärztin, die mich eines Tages in einer internistischen Abteilung zur Seite genommen und mich gefragt hat, ob mir denn eigentlich klar sei, wie viele der Patienten, mit denen wir dort rein internistisch arbeiten, in Wirklichkeit seelische Probleme hätten. Da war ich zunächst einmal doch sehr irritiert. Danach wurde ich dann jedoch sehr aufmerksam in dieser Hinsicht. Sie sagte mir, ich sollte mich während eines Nachtdienstes doch einmal zu den Patienten ans Bett setzen und mit ihnen reden. Das habe ich getan: Wir hatten viele Asthmatiker in dieser Abteilung, und Asthma ist nun einmal eine dieser Erkrankungen, bei der tatsächlich psychosomatische Faktoren eine erhebliche Rolle spielen. Und siehe da, es war unglaublich spannend, was ich da erfahren habe. Ich habe dann angefangen, mich zu erkundigen, in welcher Weise man sich denn auf diesem Gebiet ausbilden lassen könnte. Das war jedoch vor 20 Jahren alles noch sehr wenig strukturiert. Nun, so bin ich letztendlich in eine psychotherapeutische Ausbildung gekommen, und diesen Weg bin ich dann auch konsequent weitergegangen. Aber die Weichenstellung wurde tatsächlich während meiner Arbeit in dieser internistischen Klinik und durch diese sehr persönliche Beziehung gelegt.

Kölsch:

Wie muss man sich denn überhaupt diesen Zusammenhang zwischen Seele und Körper vorstellen? Welcher Teil der beiden erkrankt warum? Wie genau sieht die Wechselwirkung aus, wenn man das einmal ganz pauschal ausdrückt und dabei keine speziellen Krankheitsbilder meint?

Ermann:

Über die Verknüpfung zwischen Seele und Körper wissen wir im Grunde noch nicht genügend. Es ist eine Erfahrungstatsache, dass man in Stresssituationen körperlich darauf reagiert. Wenn man meinetwegen die Disposition zu Hautkrankheiten hat, dann fängt in solchen Situationen z. B. die Haut an, rot zu blühen, pickelig zu werden usw. Wenn man dagegen eher die Disposition hat, magenkrank zu werden, kann sich der Stress z. B. auf die Verdauung auswirken. Zunächst einmal war das also eine reine Erfahrungstatsache. Heute wissen wir bereits auch einiges über die Prozesse im Zwischenhirn, die zwischen dem Affekt und der körperlichen Reaktion vermitteln. Aber insgesamt ist auf diesem Gebiet das Wissen sicherlich noch nicht hinreichend. Die zentrale Schaltstelle ist das Zentralnervensystem: So viel ist jedenfalls klar. Wenn ich soeben von Dispositionen gesprochen habe, dann meine ich damit, dass zum einen eine solche Disposition erblich, also genetisch, vorliegen kann. Es gibt so genannte "Magenfamilien", es gibt aber auch "Darmfamilien", "Hautfamilien" oder auch "Depressionsfamilien". Das bedeutet, dass es erblich bedingt die Disposition dafür gibt, mehr im seelischen oder im körperlichen, mehr mit dieser affektiven Störung oder meinetwegen mehr mit jenem Organ zu reagieren. Das Entscheidende von der seelischen Seite her besteht aber zum anderen darin, ob man die eigenen seelischen Spannungen gut regulieren kann oder nicht. Das ist wiederum eine Frage der Erfahrung. Und diese Erfahrung wird im Wesentlichen doch auch durch die Erziehung vermittelt. Ob ein Mensch in der Lage ist, mit Lebensproblemen fertig zu werden oder nicht, hängt weitgehend erst einmal davon ab, welche Erfahrungen er in der Kindheit gemacht hat. Wobei hier freilich zwei Dinge zusammenkommen. Das eine sind nämlich die neurotisierenden Erfahrungen: Meiner Meinung nach werden diese Erfahrungen jedoch überschätzt zuungunsten des anderen wichtigen Faktors, nämlich zuungunsten der Hilfe, die jemand bei dieser Bewältigung bekommt. Es gab ja einmal eine Zeit, in der man davon ausging, dass die frühe Kindheit das Lebensschicksal in Bezug auf seelische Anfälligkeiten ein für alle Mal

festlegt. Das meinen wir heute jedoch nicht mehr. Wir sind heute der Ansicht, dass das Entscheidende darin besteht, ob man im Laufe des Lebens bei der Bewältigung von Lebensproblemen und beim Ausgleich von möglicherweise in der Kindheit erlittenen Schädigungen genügend effektive Hilfestellungen bekommen hat und weiterhin bekommt. Wir nennen das protektive, also schützende Faktoren. Das Gewicht schützender Faktoren - damit sind z. B. die hilfreichen Beziehungserfahrungen gemeint – helfen einem dabei, im Laufe des Lebens vorhandene Schäden auszugleichen. Das scheint mir das Wesentliche bei den Dispositionen zu sein.

Kölsch: Haben Sie denn den Eindruck, dass heutzutage seelische Leiden zunehmen? Denn es ist doch ein zumindest allgemeiner Eindruck, dass der wachsende Stress auch eine wachsende Anzahl von Krankheiten nach sich zieht.

Ermann: Das knüpft an das an, das ich bereits zu Beginn erwähnt habe, nämlich an die Frage, ob man nun darüber redet oder nicht. Ich meine, es wird heute offener über Seelisches, über seelische Krankheiten und damit auch über Stress gesprochen. Das Ganze ist eben nicht mehr so tabuisiert. Das kann man auch daran erkennen, wie viel über seelische Störungen und über psychosomatische Krankheiten geschrieben wird, wenn man sich einmal die populären Zeitungen und Zeitschriften ansieht. Dort wird möglicherweise nicht diese Terminologie verwandt, aber darum geht es mir hier auch nicht. Es wird also heute insgesamt recht offen darüber gesprochen. Ich denke, dieser Bereich findet nun mehr Aufmerksamkeit: Die epidemiologischen Untersuchungen weisen jedoch nicht darauf hin, dass diese Krankheiten auch objektiv häufiger werden. Es scheint so zu sein, dass die Zahlen über viele Jahrzehnte hinweg konstant bleiben. Es gibt die Marke, dass ungefähr ein Drittel der Bevölkerung im Bereich der Psychosomatik, der Psychotherapie, risikogefährdet ist, also der Gefahr ausgesetzt ist, krank zu werden. Andererseits leiden ungefähr 20 Prozent der Patienten, die zum Hausarzt gehen, in irgendeiner Weise unter seelisch bedingten oder seelisch mit bedingten Störungen. Das sind relativ konstante Zahlen, die in den Industrieländern weltweit repliziert werden.

Kölsch: Die Gesundheitskosten sind in der Zwischenzeit ja sehr unter Druck geraten: Bleibt denn da noch genügend Raum für Psychosomatik und Psychotherapie? Gibt es dafür genügend Raum, wenn man hört, dass ein Drittel der Menschen möglicherweise davon betroffen ist?

Ermann: Damit sprechen Sie ein sehr schwieriges Thema an, das sicher ganz unterschiedlich beantwortet wird: je nachdem, wen Sie fragen und wo diese Person arbeitet. Aus meiner Sicht ist die momentane Situation die, dass wir offensichtlich insgesamt schon noch genügend Geld aufbringen, dass aber die Gefahr besteht, dass hier Kürzungen stattfinden werden, die das ganze System im Bereich der Psychosomatik und der Psychotherapie zum Kippen bringen können. Der Anteil, den die Kosten für die Psychotherapie und die Psychosomatik ausmachen, liegt immer noch unter einem Prozent der Gesundheitskosten: Das ist sehr wenig. Es ist sicherlich auch noch sehr vieles ausbaufähig. Auf der anderen Seite haben wir auf diesem Gebiet aber auch sehr viel Konkurrenz innerhalb der Medizin – auch innerhalb der verschiedenen psychotherapeutischen Richtungen. Deswegen ist für mich das Feld insgesamt sehr unübersichtlich. Aber ich möchte noch hinzufügen, dass wir hier in Deutschland doch in einer auch weltweit bevorzugten Situation sind. Wir haben dasjenige Gesundheitssystem, in dem für psychosomatische und psychotherapeutische Belange weltweit und überhaupt am meisten ausgegeben wird. Die Finanzierung von Psychotherapie und auch von langzeitiger Psychotherapie durch die Krankenkassen ist in diesem Sinne wirklich vorbildhaft. Insofern ist es so, dass die Sorgen, die wir haben und die gerade in unserem Berufsbereich deutlich werden und die vor allem zurzeit aufgrund bestimmter

Entwicklungen sehr akut sind, sicherlich berechtigt sind. Aber auf der anderen Seite sollten wir doch auch sehen, dass hier bei uns sehr viel getan wird, was nicht selbstverständlich ist.

Kölsch: Psychoanalysen dauern lange und kosten daher auch viel Geld: Da müssen die Patienten und die Kassen sicherlich auch die Frage nach der Wirksamkeit und Effizienz stellen: Wie effizient ist denn die Psychotherapie und im engeren Sinne die Psychoanalyse im Hinblick auf die Kosten, den Nutzen und die Dauer?

Ermann: Die Frage der Effizienz ist zunächst einmal eine sehr komplexe Frage, weil es sehr darauf ankommt, was man eigentlich erreichen will.

Kölsch: Ziehen wir vielleicht einen Vergleich zur medizinischen Behandlung, weil das ja immer in Frage gestellt wird.

Ermann: Kurz gesagt, die Erkrankungen, mit denen wir zu tun haben, sind in aller Regel chronische Erkrankungen. Das heißt, die Erkrankungen erfordern einen erheblichen Behandlungsaufwand. Chronische Erkrankungen in der Medizin erfordern aber meistens ebenfalls lebenslange Behandlungen, die auch teuer sind: Das muss man ganz einfach sehen. Ein Patient, der z. B. einen Herzinfarkt erlitten hat, muss sich danach sehr aufwendigen Rehabilitationsmaßnahmen unterziehen. Auch bei Krebserkrankungen ergeben sich meistens sehr teure und langfristige Behandlungen. Das ist in der Psychotherapie auch so: Wenn man wirklich dauerhafte Effekte erreichen will, dann kostet das Geld. Insgesamt – und das habe ich soeben schon mit der Zahl angesprochen, dass weniger als ein Prozent der Gesundheitskosten in diesen Bereich fließen – ist der Aufwand in der psychotherapeutischen Medizin gering im Vergleich zur übrigen Medizin. Die Frage, ob man das nicht noch billiger machen kann, ist natürlich eine Frage, die immer wieder und auch mit Recht auf uns zukommt. Man muss dabei aber schon auch Folgendes sehen: Wir leben in einer Welt, in der sehr viel Geld für sehr viele Dinge ausgegeben wird, die vielleicht auch ein Stück weit mit Zivilisationsluxus zu tun haben, wie ich das einmal nennen möchte. Das heißt, es ist für mich auch eine Frage der Ethik, ob man einem Menschen im Rahmen einer Psychotherapie die Gelegenheit gibt, mehr als nur eine Krisenintervention zu erhalten - damit er die Symptome gerade so weit mühsam bändigen kann, um mit ihnen wieder zurechtzukommen – oder ob man ihm die Möglichkeit gibt, eine fundierte Behandlung zu erfahren. Wenn so ein Patient meinetwegen ein inneres Entwicklungsdefizit hat, das ihn daran hindert, mit Spannungen und Problemen gut umgehen zu können, dann sollte man ihm schon so viel Entwicklungszeit einräumen, dass er lernt, das wirklich besser handhaben zu können, um nicht ständig erneut von einer Krise in die nächste Krise zu geraten. Das ist für mich eine Frage der Grundeinstellung. Wenn man das so sieht, dann arbeiten psychotherapeutische Methoden auch effizient: Es gibt inzwischen wirklich genügend wissenschaftliche Belege, die zeigen, dass gerade auch langfristige Behandlungen die Basis dafür legen, dass Menschen diese inneren Entwicklungen, die sie dann sozial und intrapsychisch stabiler machen, auch tatsächlich vollziehen. Das ist also auch eine Funktion der Zeit. Man kann daher Folgendes sagen: Kurzfrist-Behandlungen helfen – aber sie helfen auch nur kurz. Langfrist-Behandlungen helfen ebenfalls – aber sie helfen eben auch länger. Freilich sind sie auch teurer.

Kölsch: Die Kassen in unserem Land zahlen ja seit ungefähr 30 Jahren erfreulicherweise eine Psychoanalyse – im Gegensatz zu vielen anderen Ländern. Sie machen das, weil damit natürlich auch langfristige Heilungserfolge verbunden werden: Das beweisen die Statistiken wirklich hinlänglich. Dennoch wird natürlich vor allem in der Öffentlichkeit die lange Dauer einer solchen Behandlung diskutiert. Wie begründet sich das denn? Sie haben das soeben nur angedeutet.

Ermann: Die lange Dauer hat ihren Grund darin, dass die Störungen, mit denen man es dabei zu tun hat, ein Wurzelgeflecht haben, das sich zurück bis in die Anfangsphase unseres Lebens erstreckt. Wenn man an diesen Wurzeln wirklich ernsthaft arbeiten will, dann bedeutet das, dass man in der Biografie eben auch ein Stück weit zurück gehen muss. Das bedeutet aber nicht, dass man in so einer Behandlung ständig nur über die frühe Kindheit sprechen würde: Das muss ich hier sehr dezidiert sagen, denn wir arbeiten psychotherapeutisch schon im Hier und Jetzt und Heute. Wenn man also diese Wurzeln - die eben tief in die Seele bzw., entwicklungsgeschichtlich gesprochen, tief in die Vorzeit des Heute zurückgehen – in diese Vergangenheit hinein verfolgen will, wenn man diese Wurzeln wirklich berücksichtigen will, dann braucht das Zeit. Ich glaube, dass der Ruf nach den Kurzzeittherapien, die ja sehr en vogue sind, zwei Gründe hat: Sie sind nämlich erstens billiger. Man stellt heute – mit Recht – auch Fragen der Wirtschaftlichkeit in den Vordergrund. Aber sie führen zweitens eben auch dazu, dass man sich nicht mit den Untergründen bzw. den Hintergründen von Störungen befassen muss. Kurztherapien bleiben verständlicherweise an der Oberfläche. Ich glaube dagegen, dass diese Arbeit am tiefer liegenden Inneren ein sehr wichtiger Punkt ist. Das ist allerdings etwas, das irrationale Ängste hervorruft: Das ist eine uralte Erkenntnis. Diese Ängste sind wiederum der Grund dafür, dass man einfach sagt, es wäre Unsinn, das zu tun, und dass man fordert, man möge Kurztherapien machen. Das ist also im Grunde genommen eine Angst vor den inneren Kräften, denen man begegnet, wenn man sich mehr mit sich und auf sich einlässt.

Kölsch: Die lange Dauer und die dementsprechende Intensität fördern natürlich auch diese Ängste, weil man als Patient zu Beginn eben gar nicht weiß, auf was man sich dabei eigentlich einlässt und was am Ende dabei herauskommen wird.

Ermann: Die Angst vor der langen Dauer ist in der Tat so begründet. Aber die Patienten, die sich in solchen Behandlungen befinden, erleben es in aller Regel als ausgesprochen entlastend, dass sie die notwendige Zeit dafür haben und dass sie auch in die Tiefen ihres Seelenlebens vordringen können – in denen sie sich dann auch mehr Sicherheit verschaffen können, um in ihrem täglichen Leben wirklich besser zurechtzukommen. Man muss da wirklich genau unterscheiden, ob man von der Angst vorher bzw. von der Angst aus der Distanz vor der Länge von Behandlungen spricht oder von dem Erleben von Patienten und Menschen, die sich tatsächlich in so langen Prozessen bewegen.

Kölsch: Nun ist die Psychoanalyse nur schwer beschreibbar und für den, der sie nicht kennt, auch kaum vermittelbar. Könnten Sie trotzdem versuchen, einige Wirkfaktoren zu beschreiben, die die Psychoanalyse vielleicht charakterisieren könnten?

Ermann: Dazu würde ich vorab aber doch gerne noch eines sagen, weil Sie nun des Öfteren das Wort "Psychoanalyse" gebraucht haben. Damit der Rahmen, in dem sich das bewegt, klar wird, muss ich sagen, dass man mit dem Wort "Psychoanalyse" eigentlich ein Forschungsverfahren meint, das ursprünglich einmal von Freud entwickelt worden ist und das in vielen veränderten, also modifizierten Formen heute als Psychotherapie Anwendung findet. Wir sprechen in dem Fall von analytischer Psychotherapie. Auch das, was die Krankenkassen finanzieren, sind nicht diese Analysen, die zeitlich wirklich bis ins Unendliche gehen, sondern sind zielgerichtete analytische Psychotherapien. Dabei werden die Gesetzmäßigkeiten und die Erkenntnisse der Psychoanalyse als Wissenschaft im konkreten psychotherapeutischen Verfahren angewandt. Das wird auch mit sehr unterschiedlicher Dauer gemacht. Das reicht – krankenkassenfinanziert – von zehnstündigen psychoanalytischen Beratungen bis hin zu 300 Stunden analytischer Langzeittherapie. Das alles

läuft überwiegend als eine Modifikation dessen ab, was man in Deutschland "tiefenpsychologisch fundierte Therapie" nennt. Um das einmal ganz konkret zu sagen: Das findet normalerweise einmal in der Woche im Gegenübersitzen von Patient und Therapeut statt. Die Couch als das Symbol psychoanalytischer Therapie spielt dabei keine Rolle mehr. Das ist also die bei weitem häufigste Form, die bei uns hier in Deutschland angewandt wird. Die Langzeitbehandlungen, die von den Kassen bis zu 300 Stunden lang finanziert werden, finden heutzutage mit üblicherweise drei Stunden pro Woche statt: Da das eben bis zu 300 Stunden lang gehen kann, spielt sich das in einem Zeitraum von drei, dreieinhalb Jahren ab. Das ist der äußere Rahmen dabei. Was wirkt nun dabei? Es wirkt zum einen, wie in allen Psychotherapieformen überhaupt, die Tatsache, dass ein Gegenüber vorhanden ist, das sich Zeit nimmt, das zu bestimmten Terminen nur für diesen einen Patienten da ist, dass es eine bestimmte Zeitdauer gibt, die ausschließlich diesem Patienten zur Verfügung steht: Man wird erwartet, und es beschäftigt sich jemand mit einem. Und man findet dort auch den Rahmen, um sich mit sich selbst beschäftigen zu können. Das ist etwas ganz Unspezifisches, das in allen Therapieformen zunächst einmal einen, wie wir das nennen, unspezifischen positiven Effekt hervorbringt. Das ist ein Wirkfaktor, der sehr wichtig ist: Es gibt empirische Untersuchungen, die besagen, dass alleine die Tatsache, dass ein Psychotherapeut mit Interesse, mit Wärme, mit Aufmerksamkeit und zu bestimmten Stunden einem Patienten begegnet, der dafür bereit und motiviert ist, schon 50 Prozent des Effekts bringen. Ich glaube das auch. Aber das ist natürlich nicht alles. Das, was dann speziell in der Psychoanalyse hilft, in der analytischen Psychotherapie, ist die Tatsache, dass man dahin geführt wird zu begreifen, dass über das bewusste Wollen hinaus auch noch andere Kräfte wirksam sind und dass man diese Kräfte ein Stück weit besser kennen lernt. Es geht also darum, dass man die inneren Zwiespälte, die Ambivalenzen, besser kennen lernt, dass man diejenigen Ängste kennen lernt, die man zwar im Alltag in dieser Weise gar nicht wahrnimmt, die aber doch sehr wichtig sein und auch Hemmungen hervorbringen können. Man sollte erkennen, dass diese inneren Kräfte, die üblicherweise hinter der Verdrängung verborgen bleiben – wir sagen dazu, dass sie hinter der Verdrängungsschranke verborgen bleiben – Kräfte sind, die getragen werden können: zusammen mit jemand anderem, der einen begleitet und der das miterlebt. Man kann erkennen, dass man darüber auch ins Gespräch kommen kann, damit all das, was zunächst einmal das Beängstigende in einem zu sein scheint oder ist, aufgenommen wird, damit das einen Raum bekommt. Und man kann dabei erkennen, dass das in der Beziehung zu einem anderen Menschen wohl wollend betrachtet wird. Ich glaube, dieses wohl wollende Betrachten von bis dahin Unbekanntem und Beängstigendem zusammen mit einer anderen Person ist das, was in der psychoanalytischen Therapie eigentlich wirkt. Man kann das auch in Fachbegriffen ausdrücken und sagen, dass das etwas mit Deuten und Aufdecken zu tun hat: Es ist schon richtig, dass man sich in einer Wissenschaft einer solchen Sprache bedient, aber mir scheint es so zu sein, dass das in einer Wissenschaftssprache doch nur dieses gemeinsame Betrachten der Innerlichkeit des Patienten beschreibt.

Kölsch: Mir kommt es so vor, als könnte man dazu auch "Hilfe zur Selbsthilfe" sagen: Der Psychotherapeut spricht mit dem Patienten auf eine kundige und ihm zugewandte Weise, um quasi dessen eigenes Verständnis für diese Probleme zu wecken und um auch dessen eigene Kräfte zu mobilisieren, die dann für eine Veränderung notwendig sind.

Ermann: Das kann man meiner Ansicht nach sehr gut so beschreiben. Es gibt jedoch noch einen weiteren Aspekt, der darin verwoben ist. In einer Zeit, in der die Beziehungen zwischen den Menschen sehr im Wandel sind und sich auf diesem Gebiet auch sehr viel in Richtung Unverbindlichkeit und vermittels

der Medien und der modernen Kommunikationsformen auch sehr vieles in Richtung eines indirekten Kontaktes entwickelt, in einer Zeit also, in der man füreinander weniger Zeit hat als möglicherweise in einer weniger technisierten Zeit, gleicht diese Art von Gesprächsführung auch manches an Erlebnisdefiziten aus. Die Zuwendung, die in diesem gemeinsamen Nachdenken über das Innere des anderen steckt, setzt häufig einen Kontrapunkt zu Beziehungserfahrungen, die wir alle in dieser heutigen Zeit machen und die einem eher das Gefühl vermitteln, dass man eigentlich nicht so wichtig wäre und dass es sich nicht lohnen würde für den anderen, sich mit einem zu beschäftigen usw. Dieser Kontrapunkt ist meiner Ansicht nach der zweite Wirkfaktor, der in dieser Art von Gesprächsführung mit enthalten ist.

Kölsch: Wir leben heutzutage ja in einer intensiven Bilderwelt, der sich niemand entziehen kann: Dennoch träumen die Menschen ja Gott sei Dank immer noch. Die "Traumdeutung" war und ist Freuds berühmtestes Werk: Kann man denn, um vielleicht noch diesen Aspekt herauszugreifen, die Träume weiterhin als den Königsweg, die Via regia, zum Unbewussten begreifen? Oder hat sich auf diesem Gebiet etwas verändert?

Ermann: Es stimmt beides. Man kann sicherlich weiterhin die Träume als zweifellos sehr wichtige Manifestation der inneren und verborgenen Kräfte und Motive betrachten. Das ist ganz sicher so: Ich selbst bin auch Traumforscher. Wir arbeiten bei uns im Schlaflabor auch über Träume, und ich stelle wie jeder andere Psychotherapeut, der mit Träumen arbeitet, immer wieder fest, wie wichtig, zentral und hilfreich es für einen Menschen ist, wenn er die Botschaften, die in seinen Träumen verborgen sind – meistens sind diese Botschaften ja in der Tat verborgen – betrachten und auch verstehen kann. Andererseits muss man aber schon auch sagen, dass es bei den Psychotherapeuten und den Analytikern gegenüber den Träumen eine Veränderung gegeben hat. Wir achten nämlich heute viel stärker darauf, was der Traum und die Traumgeschichte selbst als direkter, manifester Roman erzählt. Freud war der Meinung, dass dabei nur der verdrängte, unbewusste Kindheitswunsch das Entscheidende ist: Diesen Wunsch aus der Kindheit müsste man aufdecken, um die Botschaft von Träumen verstehen zu können. Es ging ihm also sozusagen um die Geschichte hinter der Geschichte. Freud war da nach meinem Verständnis jedoch sehr einseitig zentriert auf unbewusste Triebwünsche – und dabei insbesondere auf sexuelle Wünsche. Ich denke, dass das eine Einseitigkeit ist, die zumindest ich als Psychoanalytiker so nicht teilen kann. Wir sehen demgegenüber heute viel mehr die direkte Traumgeschichte selbst als eine wichtige Botschaft an: Wir gehen davon aus, dass der Mensch in seinen Träumen auch sehr viel Bewältigung übt. Er konstruiert in den Geschichten, die er träumt, meinetwegen Beispiele, Muster, Lebens- oder Handlungspläne, wie er denn mit einem konkreten Problem umgehen könnte. Wenn er das so lesen kann, dann findet er auch häufig Hilfe für seine tatsächlichen Alltagsentscheidungen. Um das einmal in der Wissenschaftssprache auszudrücken: Der manifeste Traum spielt heute in der Psychotherapie neben dem latenten Traum eine viel größere Rolle. Das ist der eine Teil meiner Antwort, der zweite Teil bezieht sich auf Ihre Frage, ob sich am Traum als diesem Königsweg zum Unbewussten etwas verändert hat. Ich glaube, dass die überwiegende Meinung in der psychoanalytischen Therapie heute dahin geht, dass an die Stelle des Traums als Königsweg zum Unbewussten ein anderes Phänomen getreten ist: Das ist die so genannte Übertragung. Das ist das Phänomen, dass wir als Menschen unsere aktuellen Beziehungsmuster vornehmlich gemäß den Beziehungsmustern gestalten, die wir früher erfahren haben. Man kann das z. B. lerntheoretisch aufschlüsseln und sagen: Das haben wir einmal so gelernt, und deswegen bleiben wir auch in diesen Mustern befangen. Man kann das aber auch psychoanalytisch, psychodynamisch, verstehen und

sagen: Wir projizieren einfach immer wieder die früheren Beziehungserfahrungen auf die jetzigen Beziehungen. Deswegen erleben wir dann meinetwegen den Ehemann wie den eigenen Vater oder den Psychoanalytiker wie den Vater – insofern übertragen wir also. Auch auf diesem Gebiet gibt es eine recht weit gehende Veränderung im Hinblick auf Freud. Damit sind wir dann aber schon ziemlich weit in die psychoanalytische Fachdiskussion hineingeraten, die ich jetzt jedoch nicht zu sehr vertiefen will. Ich möchte das aber zumindest doch anschneiden, denn das ist recht wichtig im Hinblick auf das Bild, das man in der Öffentlichkeit von der Psychoanalyse hat. Wir beschäftigen uns nämlich im Zusammenhang mit dem Phänomen der Übertragung vornehmlich nicht mehr mit der Vergangenheit, sondern viel stärker mit dem, was hier und jetzt und heute im Unbewussten geschieht. Das ist die Veränderung, die stattgefunden hat.

Kölsch: Schade, dass wir das am Ende unseres Gesprächs nicht mehr weiter fortsetzen können. Ich bedanke mich bei Ihnen, dass Sie bei uns waren. Heute zu Gast bei Alpha-Forum war Professor Michael Ermann, Psychotherapeut und Psychosomatiker an der "Ludwig-Maximilians-Universität" München. Vielen Dank.