

53. Kächele H, Kordy H (1994) Empirische Forschung: ein Stiefkind der psychosomatischen Medizin? In: *Strauß B, Meyer AE (Hrsg) Psychoanalytische Psychosomatik. Schattauer, Stuttgart, New York, S 73-86*

Empirische Forschung: ein Stiefkind der psychosomatischen Medizin?

Horst Kächele & Hans Kordy*

Gefragt "Über die richtige Art, Psychologie zu betreiben",
antwortete einer lapidar: In etwa so, wie ich es mache! ¹

Die psychosomatische Medizin ist den Kinderschuhen entwachsen. Nachdem nun an vielen Universitäten die zweite, an einigen bereits die dritte Generation von Hochschullehrern die Lehrstühle besetzt, ist es höchste Zeit, sich auf die Normalität einer akademischen Disziplin einzustellen. Die seltsame Mischung aus ängstlich-kämpferischer Defensive eines kleinen, ungeliebten Neulings gepaart mit der grenzenlosen Größenphantasie einer wahren Humanmedizin, die die gesamte Medizin verändern werde, könnte jetzt von einer gelassenen Offensivstrategie einer kleinen, aber selbstbewußten Disziplin abgelöst werden.

Eingeladen, die kritische Stellungnahme des Wissenschaftsrates zum Leistungsstand der klinischen Forschung in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie zu verteidigen, die vielen Fachvertretern als ungerecht und ungerechtfertigt erschien, forderte Häfner seinerseits seine Kritiker heraus: "In jedem Fall hat psychosomatische Medizin, vor allem in der Forschung, eine große Zukunft. Die Abteilungen für psychosomatische Medizin und Psychotherapie sollten sich besser dafür rüsten und besser ausgerüstet werden." (Häfner, 1990). Was müßte geschehen, wenn diese Zukunftsbeschreibung ernstgenommen wird? Ist es nötig, daß jemand von außen, der dazu nicht gerade in dem Ruf steht, ein glühender Eiferer der psychosomatischen

* Forschungsstelle für Psychotherapie Stuttgart.
Beitrag zur Festschrift für Hubert Speidel

¹(vgl. Herrmann 1991)

Medizin und Psychotherapie zu sein, für eine Neubewertung der Forschung plädiert? Oder ist es Einmischung von einer Seite, die nicht wahrhaben will, daß die psychosomatische Medizin längst ihren eigenen Weg gefunden hat? Nun, über eine Anregung Häfners sollte so oder so nachgedacht werden: "Voraussetzung dafür aber ist eine hinreichende Zahl qualifizierter und zu anspruchsvoller Forschung befähigter Wissenschaftler ..., deren Heranbildung in jedem Fall eine Ihrer wichtigsten Aufgaben für die nahe Zukunft ist." (a.a.O. S. 335). Wie gut ist die psychosomatische Medizin auf diese Herausforderung vorbereitet?

Der übliche Weg in die psychosomatische Medizin führt über ein ausgeprägtes therapeutisches Interesse. Das Hauptmotiv der meisten ist es, kranken Menschen in einer psychosomatischen Weise zu helfen. Sie wollen diese besondere Art zu therapieren lernen. Die Ausbildung und später dann die Ausübung des Erlernten nehmen die so motivierten Therapeuten - nicht nur zeitlich - stark in Anspruch. Dem steht gegenüber, daß die empirische Forschung der dritten Generation die Vertrautheit mit einer komplexen Methodologie voraussetzt, wenn empirisches Forschen nicht auf ein unverständiges Anwenden von Techniken reduziert werden soll. Wieviele können die dazu notwendige Zeit und das Interesse aufbringen nach oder neben der Berufsausbildung bzw. -ausübung? Warum sollte jemand, der genug damit zu tun hat, das, was er gelernt hat, adäquat anzuwenden, darüber hinausgehen und die wenige freie Zeit, die ihm bleibt, für eine Art von Wissenschaft investieren, die er nicht versteht, die ihm weitgehend fremd ist? Zumal viel Gratifikationen, viel Anerkennung nicht zu erwarten sind.

Nicht wenige - vor allem der psychoanalytisch orientierten - Therapeuten in der psychosomatischen Medizin weisen die Forderung zurück, sich an einer empirischen Erforschung ihres Tuns zu beteiligen, da diese Art von Wissenschaft (a) die falschen Fragen stelle, (b) ungeeignete Methoden benutze und (c) uninteressante Antworten gäbe. Nimmt man das einmal ernst - sollte man dann nicht erwarten, daß im Gegenzug die richtigen Fragen formuliert, die geeigneten Methoden entwickelt werden und expliziert wird, welche Antworten für wen und welchen Zweck von Interesse sind (Kordy 1992)? Voreingenommenheiten machen die Suche nach eigenständigen Antworten nicht leicht. Immerhin gilt es, einige langlebige Mythen zu reflektieren und

Visionen für die Zukunft einer empirischen psychosomatischen Forschung zu entwickeln.

1 Mythen zum Verhältnis von Forschung und psychosomatischer Medizin

1.1 Der Mythos vom Junktim von Forschen und Heilen

Die psychoanalytische Psychotherapie ist in Deutschland nach wie vor quantitativ die überwiegende Behandlungsmethode in der psychosomatischen Medizin. Für viele Psychotherapeuten drückt der von Freud engagiert vortragene Anspruch, daß in der Psychoanalyse Forschen und Krankenbehandlung zusammenfallen, auch das Selbstverständnis der psychosomatischen Medizin aus. Viele von ihnen verstehen sich als 'Heiler' und die Junktimthese beschreibt somit ihr Verhältnis zur empirischen Forschung. Wie viele Äußerungen Freuds läßt sich auch die Junktimthese gleichermaßen pro und kontra nutzen. Leider wird auch sie in der psychosomatischen Medizin zu oft als eine Immunisierungsstrategie benutzt, verliert daher ihren herausfordernden Charakter und dient dazu, sich der Kritik von 'außen' zu entziehen. Da bleibt dann für eine empirische Forschung, die immer auch infrage stellt, wenig Raum. Aber was, wenn man die Junktimthese interpretiert als die Forderung nach einer kritischen - und nicht nur selbstkritischen - Reflexion der Therapie (s.d. Thomä & Kächele 1985, S.368 ff) ?

Freud hat die Junktimthese im Zusammenhang mit der Frage der Laienanalyse thematisiert: "Ich will nur verhüten wissen, daß die Therapie die Wissenschaft erschlägt." (Freud, 1927a, S. 293). In einem Brief an O. Pfister schreibt er: "Ich weiß nicht, ob Sie das geheime Band zwischen der 'Laienanalyse' und der 'Illusion' erraten haben. In der ersten will ich die Analyse vor den Ärzten, in der anderen vor den Priestern schützen. Ich möchte sie einem Stand übergeben, der noch nicht existiert, einem Stand von weltlichen Seelsorgern, die Ärzte nicht zu sein brauchen und Priester nicht sein dürfen." (Freud, Pfister 1963, S. 136). Diese Rolle hatte Freud wohl den Laienanalytikern zugedacht. Nun sind empirische Forscher häufig therapeutische Laien und vielleicht könnten sie gemeinsam mit den Laienanalytikern die Außenposition entwickeln helfen, die gewünscht ist, weil "der Psychia-

ter, der Psychoanalyse praktiziert, hauptsächlich an den therapeutischen Bedürfnissen interessiert ist. Dieses Ziel sollte nicht herabgesetzt werden, aber dies ist nicht das höchste oder gar essentielle Ziel der Psychoanalyse. Das Ziel der Psychoanalyse ist in der Hauptsache, beizutragen zu der psychologischen Wissenschaft und der Welt der Literatur und des Lebens im allgemeinen." (Blanton 1975).

Obwohl Freud wohl nicht an die empirisch-statistische Art von Wissenschaft dachte, deutlich wird in jedem Falle, daß Heilen und Forschen durchaus unterschieden werden können und es einer nicht selbstverständlichen Anstrengung bedarf, diese beiden zu verbinden. Würde es darüber hinaus nicht eine weitere Chance für die kritische Selbstreflexion bedeuten, wenn man die - unserer wegen kritische - Auseinandersetzung mit anderen, fremden Wissenschaftsbegriffen offen austrüge, anstatt sich durch ein nur die bereits Gläubigen überzeugendes Wissenschaftskonzept abzugrenzen und sich dem Anspruch zu entziehen, die eigenen Erkenntnisinteressen und die dazu passende Methodologie gegenüber konkurrierenden Positionen zu explizieren?

Die vom Therapeuten in der klinischen Situation, im therapeutischen Kontext durchgeführte 'Forschung' ist ein Verfahren, welches präzise als die reflektierende Abstraktion klinischer Erfahrungen nach selten näher spezifizierten Regeln zu kennzeichnen ist (Kächele 1990). Es umfaßt den reichhaltigen theoretischen und praktischen Erfahrungsschatz, der über Jahrzehnte in psychotherapeutischen Situationen gesammelt wurde. Das psychoanalytische Forschungsmodell reicht aber noch weiter: es meint sowohl eine dyadenspezifische Erforschung der Entstehungsgeschichte der Störung - als auch die eigenständige Aufarbeitung dieser dyadenspezifischen Verstehensprozesse durch den Therapeuten (Eisler 1965).

Die Erforschung therapeutischer Prozesse durch Dritte, nicht am Behandlungsprozeß Beteiligte, ist etwas radikal anderes, weil damit die Forschung in einen anderen Kontext gestellt wird, in dem die Herstellung von und der Umgang mit Daten nach eigenen Regeln geschieht. Empirische Forschung in diesem anderen Kontext führt letztlich zu einem - trotz der gleichen Bezeichnung 'Psychotherapie' - eigenständigen Forschungsgegenstand und folgt eigenen Forschungs- und Erkenntniszielen. Psychotherapieforschung umfaßt alle systematischen Bemühungen, die Bedingungen günstigen, erfolgreichen Operierens psychotherapeutischer Intervention und deren

Erfolg bzw. Nichterfolg zu erfassen, zu erklären oder zu modellieren. Die Beteiligung der universitären Abteilungen für psychosomatische Medizin und Psychotherapie an dieser akademischen Forschung hat wesentlich zur Etablierung des Faches an den Universitäten und der Therapie im Gesundheits- und Versorgungssystem beigetragen. Psychotherapie und psychosomatische Medizin sind heute erlernbare Grundlagen für einen ganz normalen 'akademischen Beruf', dem neuerdings sogar die Würde eines Facharztes zugesprochen wurde. Der Preis für die Normalität liegt darin, daß revolutionäres oder 'nur' reformerisches Selbstverständnis, Subversivität oder Heldenmut nicht schon mit dem Beitritt zu einer Fachgesellschaft in Anspruch genommen werden können. Die Resonanz in den Fachgesellschaften bleibt zwiespältig, ganz im Sinne von Freuds ironischer Äußerung: "Wir analysieren aus zwei Gründen: um das Unbewußte zu verstehen und um unser Auskommen zu haben" (zit. nach Alexander 1966, S. 255). Nun spricht wirklich nichts dagegen, für gute Arbeit auch ein angemessenes Honorar zu bekommen. In der BRD haben heute breite Bevölkerungsschichten eine gute Chance auf eine intensive psychotherapeutische Behandlung wie sonst kaum auf der Welt; die erreichte relative Sicherheit erlaubt die Expansion bzw. Intensivierung der therapeutischen Aktivitäten in neue Felder wie z.B. die Psychotherapie bei körperlich Schwerkranken oder bei alten Menschen. Ebenso erleben Konsiliar- und Liaisondienst eine Renaissance. Ohne Frage hat diese Anerkennung ihren Preis, der seit den 80er Jahren von manchen abschätzend als Medico-Zentrismus bezeichnet wird: Die Psychoanalyse habe zwar an Nützlichkeit und Respektabilität gewonnen, dafür aber ihre Kreativität eingebüßt. Neurose reduziere sich auf Krankheit; Psychotherapie beschränke sich auf Heilen und verzichte auf Erkennen (Erdheim 1983). Das sollte man aushalten können: "Die Unterdrückung einer Theorie im Namen einer leistungsfähigen Praxis rächt sich, indem sie als unfähige Praxis wiederkehrt: als Pseudotherapie und Scheinrevolution. ... Weder läßt sich Theorie auf Praxis reduzieren noch säuberlich von ihr trennen. In einer nicht-antagonistischen Gesellschaft ist die Identität von Theorie und Praxis erreichbar; bis dahin kann die Beziehung nur eine des bewußten Widerspruchs sein." (Jacoby 1978, S. 139).

1.2 Die Überfremdungsthese: Der Mythos von der 'falschen' Methodologie

"Forschung und Praxis bestehen aus lauter Irrtümern und beide produzieren immer wieder Verdacht. Mit Statistik und Modellen wird der Täuschung und allfälligem Irrtum in der Wissenschaft begegnet" (Moser 1991, S. 332). Leider ist solche Selbsteinsicht in die "Fehlbarkeit der Vernunft" (Albert 1982) selten der Ausgangspunkt der methodologischen Diskussionen in der Psychosomatik. Empirische Forschung ist auch heute noch nicht selbstverständlich in der psychosomatischen Medizin. Traditionell tun sich viele Therapeuten schwer mit dieser Art von Wissenschaft, die sie nicht als die ihre ansehen. Mit der sachlich falschen Verkürzung als 'naturwissenschaftlich' ist sie für manche oft genau die Grundlage der modernen Medizin und damit auch gleichzeitig mitverantwortlich für eine fehlentwickelte Medizin. Selbsternannte Methodenexperten machen sich zum Anwalt wehrloser Kliniker und geißeln die Fehlbarkeit der 'anderen': "Andererseits genügt ein Blick in die einschlägigen Journale, um sich von dem numerischen Anwachsen gesetzeswissenschaftlich-operationalisierender Arbeiten auf der Grundlage statistischer Datenverarbeitung zu überzeugen. Weil aber der Kliniker auch bei ernsthaftem Bemühen in den letztgenannten Veröffentlichungen sein eigenes Arbeiten und die dabei gewonnenen Erkenntnisse oft nur schwer wiederfindet, spricht er hinter vorgehaltener Hand gern von 'Fliegenbeinzählerei' und beschließt, sich zukünftig um die mathematisierende Psychotherapieforschung nicht weiter zu kümmern. Herausgeber und Autoren wissen durchaus um die enttäuschte Abkehr der klinischen Leserschaft. Ein wissenschaftliches Ideal, das Messen und Zählen immer noch weit über der rein deskriptiven und begrifflich-konzeptuellen Bearbeitung der unmittelbaren klinischen Erfahrung ansiedelt, verbietet aber, die Publikationspolitik den Bedürfnissen der Kliniker anzupassen" (Tress 1988, S. 269).

Wenn wir die geschickte selbstironische Wendung zum Schluß richtig mißverstehen, geht es solchen Kritikern darum: die selbstkritische Suche nach 'Wahrheiten' darf nicht den Kaufinteressen der Konsumenten von Wissen oder den Verkaufsinteressen von Verlagen geopfert werden. Denn das wäre nicht nur problematisch, weil Wissenschaftler in die Gefahr kämen, sich zu korrumpieren, es würde - und dies ist ernstzunehmender - ein Grundprinzip jeder Wissenschaft (auch z.B. einer hermeneutischen) in Frage stellen, nämlich ihre Unabgeschlossenheit. Der 'legitime Universalitätsanspruch' empirischer Wissenschaft gründet auf die ständige Bereitschaft, neue Erfahrungen zu verarbeiten (Gadamer 1993, S. 14f). Jeder, der die berechnete

Unzufriedenheit von Klinikern über die Denkkluft zwischen Wissenschaft und klinischer Praxis benutzt, um für eine Art von Wissenschaft seiner Wahl zu werben, sollte dies beachten. "Die Praxis verlangt Wissen, d.h. aber, sie ist genötigt, das jeweils verfügbare Wissen wie ein Abgeschlossenes und Gewisses zu behandeln. Von der Art ist aber das Wissen der Wissenschaft nicht." (Gadamer 1993, S. 15). Die Distanz zwischen allgemeinen Gesetzen und ihrer Anwendbarkeit auf einen konkreten Einzelfall in einer konkreten Situation kann nicht durch den Wechsel eines Wissenschaftsparadigmas überbrückt werden. Es ist eine Sache der 'Urteilkraft': "Alles, was wir Diagnose nennen, ist zwar formal gesehen die Subsumption eines gegebenen Falles unter das allgemeine einer Krankheit, aber eben im 'Auseinanderkennen', das der wirkliche Sinn der Diagnose ist, liegt die eigentliche Kunst. ... Fehldiagnose, falsche Subsumption, geht offenkundig im allgemeinen nicht zu Lasten der Wissenschaft, sondern zu Lasten der 'Kunst' und zuletzt der Urteilkraft des Arztes" (Gadamer 1993, S. 35).

In der Denkschrift '90 wird das Selbstverständnis der psychosomatischen Medizin als "psychosomatische Gegenreformation" gegen die naturwissenschaftliche Reformation gekennzeichnet; dabei lasse sich ein holistischer und ein psychogenetischer Ansatz unterscheiden. "Unschwer läßt sich auch ein dritter - ebenfalls historisch verwurzelter - Ansatz erkennen, nämlich eine okkultistisch-antiwissenschaftliche Tendenz" (Hoffmann et al. 1990, S. 3). So finden Überlegungen zur Methodik der folgenden Art immer ihr Publikum: "Gegenüber der eben genannten, im Wesen hermeneutischen Anstrengung intentionaler Zuschreibungen ... herrscht wissenschaftspolitisch mit privilegiertem Zugang zu den ökonomischen Ressourcen derzeit eindeutig die biomedizinisch-kausalwissenschaftliche, die bio-psycho-soziale Betrachtungsweise vor. ... Im Bereich der psychosomatischen Medizin handelt es sich dabei um physiologische, um Verhaltens- sowie um Sozialdaten, einschließlich des gesprochenen Wortes und der berühmten Kreuzchen auf den unendlich vielen Fragebogen" (Tress & Junkert 1992, S. 402). Natürlich ist es wichtiger für die psychosomatische Medizin, den "doppelte[n] Diskurs von der menschlichen Erkenntnis" (Tress 1988) zu führen, als mit wissenschaftlicher Alltagsarbeit an Objektivität, Reliabilität und Validität die Grundlagen von Zählen und Messen auch für die eigene wissenschaftliche Disziplin zu schaffen. Das ist ein risikoreicher Verzicht, denn die Psychosomatik gibt damit eine wichtige Waffe in der wissenschaftspolitischen Aus-

einandersetzung aus der Hand, wie es sich in der durch Grawe (1992) eröffneten Diskussion zeigt. Speidel nennt diese Diskussion ein Lehrstück dafür, "wie sogenannte empirische Wissenschaft unvermerkt mehr Weltanschauung als Aussagen über Wahrheiten transportiert. ... Dafür eignet sich natürlich nichts besser als Argumente der wissenschaftlichen Empirie, der sich die Psychoanalytiker zum eigenen, auch standespolitischen Nachteil zu sehr verschlossen haben" (1992, S. 19f).

Der Lehrstuhlinhaber Speidel findet sich mit dem Psychoanalytiker Speidel in ein Dilemma verwickelt; ob er für alle zurecht spricht, wollen wir offen lassen: an den Universitäten sei niemand außerhalb der Fachabteilungen an der Psychoanalyse unambivalent interessiert, weil das psychoanalytische Forschungsparadigma allen individuellen und institutionellen Abwehrformationen entgegenstehe. Und so kommt er zu dem Schluß, daß die Forschung leicht der Tendenz erliege, psychoanalysefremde Wissenschaftsstandards zu übernehmen (Speidel 1992, S.13) und auch noch den Preis bezahle, "eine gesplante Identität zu entwickeln, für Therapie und Supervisionsaufgaben Psychoanalytiker zu sein, für die Wissenschaft aber empirische sozialwissenschaftliche Forscher mit psychoanalytischer Einfärbung." (a. a. O. S. 17).

Hier wird ein scheinbar eindeutiges psychoanalytisches Forschungsparadigma konstruiert, dem das empirisch sozialwissenschaftliche Vorgehen zuwiderlaufe. Dabei läßt sich Freud ohne Schwierigkeiten selbst als Kronzeuge eines systematisch empirischen Vorgehens bemühen (Kächele 1981). Das Junktim eignet sich gewiß für die Erforschung des einzelnen Falles; nur ein Narr würde dies bestreiten. Für die Beweisführung in der Auseinandersetzung mit C.G. Jung aber forderte Freud seine Mitarbeiter auf, viele tief analysierte Fälle zusammenzutragen (Freud 1918).

1.3 Statistik mon amour: Der Mythos der Spezifität

Einer der guten Gründe¹ für die Verwendung von Wissenschaftsstandards, die der vom Junktim geprägten therapeutischen Praxis 'fremd' sein mögen,

¹neben anderen zahle sich die Übernahme fremder Wissenschaftsstandards] für den wissenschaftlichen Nachwuchs aus, denn in einer medizinischen Fakultät tut sich jemand mit seiner Habilitation viel leichter, wenn er dem der Fakultät vertrauten wissenschaftlichen Kanon entspricht.(Speidel 1992. S. 13). Nicht selten finden dann die so verführten jungen Wissenschaftler Gefallen an dieser akademischen Art zu forschen (wie zahlreiche Publikationen gerade aus Kiel belegen).

liegt in der ungeheuren Verführbarkeit des klinischen Denkens für Spezifitätsannahmen. Die Geschichte der Psychosomatik könnte als Geschichte der Demystifizierung von Spezifika beschrieben werden. Womit wir ein wenig über ein spezielles Stiefkind der Psychosomatiker sprechen müssen.

"Statistik befaßt sich mit dem Studium von Erscheinungen, die entweder eine große Zahl von Individuen betreffen oder sonst in irgendeiner Weise eine Vielfalt von Einzelercheinungen zusammenfassen" (Schmetterer 1966). Immer dann, wenn man sich für solche Fragen interessiert, lohnt es sich also, eine Anwendung statistischer Modelle zu überlegen. "Es handelt sich also darum, sich über die Natur und den Wert der Gesetze, die wir erforschen wollen, richtig zu verständigen", wie es Quetelet, einer der Väter der modernen Sozialstatistik, bereits 1869 ausdrückte. Die Psychosomatik hat durchaus Fragestellungen, bei denen es darauf ankommt, Vielfalt zu modellieren. Gerade für die Theoriebildung der Psychosomatik können solche Modelle nützlich sein und theoretischen Anspruch und Empirie näher zueinander bringen. So wird immer noch eine 'Spezifitätsthese' - wenn auch häufig nur noch implizit - und ein Homogenitätsmythos tradiert, was dazu verführt, individuelle Bedingungen von Krankheit durch ein 'geschicktes' Untersuchungsdesign als 'Störgrößen' zu eliminieren, anstatt sie zum Gegenstand der Theoriebildung zu machen. Gesundheit wird so auf die "Abwesenheit einer Krankheitsentität" reduziert, wie Weiner (1983) kritisiert, obwohl die klinischen Erfahrungen und die Empirie etwas anderes zeigen: "Erkrankungen und Zustände, die bisher als homogene Entitäten aufgefaßt worden waren, ... stellen sich nunmehr aus den verschiedensten Gründen als heterogene Krankheitszustände dar" (Weiner 1983). Sowohl empirische Studien zu psychosomatischen Erkrankungen als auch zu somatopsychischen Themen wie z.B. der Krankheitsverarbeitung berichten und diskutieren immer noch fast ausschließlich den Mittelwert (oder einen vergleichbaren Zentralitätsparameter); die Variabilität (z.B. als Varianz) wird oft gar nicht erst mitgeteilt. Eine große Ausnahme ist es, wenn die theoretische Bedeutung eines Verteilungsgesetz, zu dessen Parametrisierung man ja die Parameter sucht, reflektiert wird. Nähme man die interindividuelle Variabilität ernst, könnte dies die Perspektive von Krankheit bzw. Gesundheit erweitern und sich ein anderer Zugang zum individuell Besonderen jeder Erkrankung eröffnen.

Richtig ist allerdings, daß es keine Möglichkeit gibt, Individuelles im Sinne von Einmaligem statistisch zu fassen. Ein Verteilungsgesetz umfaßt 'Riesen' und 'Zwerge' ebenso wie 'mittlere' Menschen und sagt etwas über ihre Häufigkeit aus (Quetelet 1869). Jede Theorie, die sich auf statistisch bearbeitete Daten bezieht, muß daher genauso eine Theorie über die 'Riesen' und 'Zwerge' sein wie über den Menschen 'mittlerer Größe'.

Ist man daran interessiert, individuelle Besonderheiten in Relation zum Allgemeinen (d.h. Vielfalt) darzustellen, stellt die Statistik ein Menge hilfreicher Methoden und Modelle zur Verfügung. Die damit einhergehenden Abstraktionen sind für viele Nicht-Statistiker ein (zu) großer Verlust. Einen Verzicht auf solche Verfahren kann sich die Psychosomatik nicht leisten, wenn sie nicht gleichzeitig darauf verzichten will, Fragen der oben skizzierten Art wissenschaftlich zu bearbeiten. Paradoxe Weise erschließt sich die anschauliche Bedeutung statistischer Methoden (nur) denen, die mit ihrem Umgang vertraut sind. Einige Psychosomatiker werden also jetzt auch noch lernen müssen, Statistik zu verstehen, und sei es nur, um deren Anwendung auf die Fragestellungen zu beschränken, für die sie geeignet ist. Denn die inadäquate Anwendung von Statistik ist nicht nur ein wissenschaftsästhetisches Problem, sondern sie behindert die Theorienentwicklung durch unreflektierte Methodenartefakte und ist nicht zuletzt eine Verschwendung wissenschaftlicher Ressourcen.

Die therapeutische Aufmerksamkeit ist traditionellerweise auf individuelle Schicksale konzentriert und geht einher mit der Gewohnheit, in nosologischen Kategorien zu denken. Die Bedeutung statistischer Aussagen erschließt sich denen schwer, die ihr Handeln auf den 'ganzen Menschen' ausrichten. Gerade für diese könnte es den Zugang verbessern, wenn die Beschreibung der statistischen Modelle erweitert würde; wenn z.B. 'interessante' Einzelfälle aus einer Population herausgegriffen und in ihren Besonderheiten geschildert werden, wenn etwa 'Riesen' und 'Zwerge' in ihrer 'Riesen-' bzw. 'Zwergenhaftigkeit' beschrieben werden. Durch Einzelfallschilderungen solcher Art (z.B. Kordy & Normann 1992) kann man zwar die prinzipielle Unvereinbarkeit zwischen Individualität und statistischen Gesetzen aufheben, aber evtl. in eine fruchtbare Spannung transformieren. Dies kann den heuristischen Wert statistischen Wissens auch für Kliniker beträchtlich erweitern.

1.4 Die Benachteiligungsthese: der Mythos vom häßlichen Entlein

Lerne klagen, ohne zu leiden! Diese bewährte Maxime in schwierigen Konkurrenzsituationen stabilisiert zumindest das Selbstgefühl. In der fortgesetzten Produktion von dem vereinigenden Gefühl der gesellschaftlichen Benachteiligung sind die Psychosomatiker noch immer der These verfallen, sie würden - im Gegensatz zu anderen Fächern der Medizin - in psychosomatisch-psychotherapeutischen Untersuchungen einen Großteil der Ausgangsdaten ohne apparative Hilfe über den zeitintensiven Weg der persönlichen Arzt-Patient-Beziehung nur gewinnen können. Forschungskosten bedeuten mithin Personalkosten, und zwar in der Regel vor allem für hochqualifizierte und deshalb ältere Fachpsychosomatiker/Psychotherapeuten. Diesem Grundgefühl wird dann rasch noch hinzugefügt, daß für die Forschung im Bereich Psychosomatik/Psychotherapie de facto jegliche Zuwendungen der Pharma-Industrie entfallen. Hier sehen wir eine Fortschreibung der Junktimthese am Werke. Was für die Therapie in der Tat zutrifft - sie ist und bleibt personengebundenes Handeln - hat sich für die psychosomatische Forschung längst differenzierend aufgelöst. Selbstverständlich bleiben bestimmte Fragestellungen an klinische Erkenntnisleistungen gebunden, und auch diese sind längst nicht mehr einzigartiger Vorzug der psychosomatischen Medizin. Strukturierte Interviews sind auch in der Psychiatrie personalaufwendige Untersuchungsverfahren, deren Einsatz im Rahmen einer Untersuchung gut bedacht sein will. Methodische Ökonomie kann nur erkenntnisgeleitet praktiziert werden, aber eine solche ist möglich. Das Stiefkind-Syndrom verhindert heute, daß viele höchst relevante Fragestellungen sehr wohl mit bzw. zum Teil nur mit nicht-klinischen Methoden - Fragebögen etc. - beantwortet werden können. Nur auf diese Weise wird die Psychosomatik die so sehnlich gewünschten Stichprobengrößen erreichen (Kordy et al. 1991).

Das gleiche Gefühl artikuliert sich auch in kritischen Bemerkungen zur Forschungsförderungspolitik - wie z.B. in der DENKSCHRIFT 90, bei der die bevorzugte "einheitswissenschaftliche Methodologie" dem benachteiligten "genuin psychosomatischen Vorgehen" kontrastiert wird:

"Ein nur selten ausdiskutiertes Problem der Drittmittelförderung, wie sie derzeit praktiziert wird, besteht darin, daß die Bewilligungsgremien

überwiegend nur systematische und empirische Forschungen mit fachübergreifend anerkannten Forschungsplänen und -methoden favorisieren. Vornehmlich werden solche Fragestellungen gefördert, die den jeweils vorherrschenden erkenntnistheoretischen Positionen und damit dem jeweiligen wissenschaftspolitischen Zeitgeist am ehesten entsprechen. Dabei schneiden diejenigen Antragsteller am besten ab, welche die einheitswissenschaftliche Methodologie der statistischen Überprüfung dezidiert ausformulierter Hypothesen im Sinne eines naturwissenschaftlichen Vorgehens übernehmen. Zu kurz kommt dabei der genuin psychosomatisch-psychotherapeutische Ansatz vor allem psychoanalytischer Provenienz, der in etwa dem Paradigma der qualitativen Forschung der Sozialwissenschaften entspricht" (Hoffmann et al. 1990, S. 51f).

Heißt das nun: "Wir wollen es erst recht wissen!" oder doch eher "Wir sind besonders arm dran, uns hilft keiner". Das lassen die Autoren der Denkschrift bis zum Schluß offen. Wir empfehlen eine offensive Haltung. Es geht darum, gut standardisierte Instrumente für die Psychosomatik klug zu nutzen, und das ewige Mißverständnis, dies als Naturwissenschaft zu denunzieren, endlich aufzugeben. Auch die Frage qualitativ oder quantitativ ist ein Problem der Qualität der Anträge; qualitative Forschung wurde z.B. im SFB 129 in einem Projekt zur genetischen Beratung auch von der DFG großzügig gefördert (Reif 1985; Reif & Baitsch 1987). Nur über eine Diskussion des Qualitätsstandards der eingebrachten Anträge läßt sich dieses pauschale Selbstmitleid überwinden. Gefragt sind u.E. die Nutzung der verfügbaren offensiven, intelligenten Strategien, die trotz knapper (materieller und personeller) Ressourcen den erreichten Forschungsstand weiter ausbauen lassen wie z.B. DFG Habilitations-Stipendien, Auslandsaufenthalte etc..

Das verbreitete Klagen steht in einem bemerkenswerten Gegensatz zu dem relativen Erfolg, den die empirische psychosomatische Forschung gerade in den letzten Jahren hatte. Im Forschungsprogramm der Bundesregierung "Prävention und Prophylaxe psychischer Erkrankungen im Erwachsenenalter" konnten sich bspw. psychosomatische Studien gegen starke psychiatrische Konkurrenz einen erheblichen Anteil erkämpfen. Ähnliches geschah im Schwerpunkt "Fertilitätsstörungen". Forschungsprojekte zum Konsiliar-/Liaisondienst konnten eine großzügige finanzielle Förderung durch die EG einwerben. Der Anteil erfolgreicher Anträge an die DFG ist über die letzten

Jahre stabil - obwohl nicht so groß, daß man ein weiteres Wachsen schon für bedenklich halten müßte. Auch hier gilt im übertragenen Sinne, daß erst "der Schritt vom Elend zur Armut geschafft ist". Diese Diagnose AE Meyer's (1990) sollte nicht resignativ verstanden werden, sie hat nicht unmittelbar mit den Inhalten und Methoden der Forschung zu tun, sondern mit so schlichten Dingen wie der personellen und sächlichen Ausstattung des Faches¹. Aber so wenig ist das nicht. Was im großem Umfang fehlt, ist die Anerkennung dieser (relativen) Forschungsförderungs-Erfolge durch das Fach, das Gebiet, das Feld. Dem erfolgreichen Antragsteller winkt keine Siegerurkunde, sondern bestenfalls die gar nicht so leise Unterstellung der Unterwerfung unter die herrschenden Wissenschaftsnormen. Das Feld hat seine Herkunft aus der romantischen Medizin noch nicht verloren.

Auch hier zeichnen sich erste Hoffnungsschimmer ab. Die seit vielen Jahren eigenwillige und eigenständige European Conference on Psychosomatic Research hat sich niemals dieser Wehleidigkeit verschrieben. Die Internationale Psychoanalytische Vereinigung etablierte erst 1981 zum erstenmal auf einem ihrer internationalen Kongresse eine Arbeitsgruppe "Empirische Forschung in der Psychoanalyse"; seit drei Jahren findet eine eigenständige jährliche Konferenz in London statt, bei der in Anwesenheit von Klinikern und Wissenschaftlern die Operationalisierung von psychoanalytischen Begriffen und die statistische Analyse damit hergestellter Daten und die kritische klinische Diskussion der Resultate keine wechselseitigen Kränkungen mehr evozieren². Die DGPT ist entschlossen, ihren Mitgliedern einen Extrabeitrag zur Finanzierung eigener empirischer Studien abzufordern. Vielleicht muß man doch nicht so schwarz sehen wie Speidel: "Die Psychoanalytiker können sich fortan nicht mehr auf ihre überlegene Theorie und ihre unvergleichlich differenzierte Praxis berufen, denn sogenannte empirische Befunde haben viel mehr politische Schlagkraft, und zwar ziemlich unabhängig von der Wahrheit. Eine neue Ära empirischer Forschung wird

¹"Das Fach hat innerhalb von knapp zwei Dekaden tatsächlich gerade erst den Sprung vom Elend in die Armut geschafft. Das drückt sich auch materiell in den meist schmalen Forschungsetats aus, die die Psychosomatik und Psychotherapie mehr benachteiligen als andere Fächer. ... Es besteht kein Zweifel, daß es in erster Linie diese personelle und sachliche Einengung ist, welche die Psychosomatische Medizin insgesamt behindert" (Meyer 1990).

²In bescheidenerem Rahmen wurde dieses Programm von der Ulmer Werkstatt für empirische Forschung in der Psychoanalyse" seit 1976 realisiert. Die Durchführung eines internationalen Workshops 1985 führte dann zum internationalen Durchbruch (Dahl et al. 1988).

sich aus dieser Situation ergeben" (Speidel 1992, S. 23). Diese Gegenüberstellung von "sogenannten empirischen Befunden" und der "Wahrheit" dürfte den Nachwuchs nicht gerade in Scharen in die Forschung locken.

2 Zukunftsvisionen

Nur für den Moment einmal angenommen, der Wissenschaftsrat hätte mit seiner Kritik des Leistungsstandes der Forschung in der Psychosomatik nicht völlig unrecht. Was könnte man aus seiner Analyse lernen? Welche Visionen können die Fragen beantworten?

2.1 Vision: Forschungszentren für Psychosomatik und Psychotherapie

Experimentelle Forschung in der psychosomatischen Medizin sei fast ausschließlich außerhalb der klinischen Universitätsabteilungen für Psychosomatik und Psychotherapie in medizinischen Kliniken, in theoretisch- medizinischen oder psychologischen Instituten, und dort zweifellos noch unzureichend, angesiedelt (WR 1986).

Experimentelle Forschung kann, soll sie psychosomatische Forschung sein, nicht ausschließlich als physiologisch definiert werden. Experimentell beschreibt zunächst einmal ein methodisches Grundprinzip und keinen Gegenstandsbereich. Die Adaptation dieses methodischen Grundprinzips für Fragestellungen der Psychosomatik ist durchaus möglich, setzt aber den Aufbau einer geeigneten Infrastruktur voraus. Auch die Psychosomatik braucht dann auf 10-15 Jahre angelegte Forschungsprogramme.

Für eine solche langfristige, intensive Forschung auf hohem Niveau sind die Fachabteilungen für Psychosomatik und Psychotherapie weder personell noch materiell eingerichtet. Lehre und Krankenversorgung lassen nur wenig Raum: "die bundesrepublikanische Hochschul-Psychosomatik hat ... den Sprung vom Elend zur Armut geschafft. Dies ist der entscheidende Sprung vom Vegetieren zum Prioritätensetzen. Indes, unser ärztliches Ethos läßt hier keine Freiheitsgrade: In der Armut gewinnt die Krankenversorgung Priorität vor der Forschung" (Meyer 1990, S. 340). Das ist schade! Denn die von der DFG geförderten Sonderforschungsbereiche der 70er und 80er

Jahre haben gezeigt, wie es gehen könnte (Sonderheft der Z Psychosom Med u. Psychoanal). In diesen Forschungszentren auf Zeit wurden Strukturen für Spitzenforschung geschaffen. Das Engagement und KnowHow der Initiatoren zusammen mit den apparativen Ausstattungen haben Wissenschaftler angezogen, die bereit und fähig waren, neuartige Themen aufzugreifen und zu bearbeiten. Eine große Zahl junger Forscher hat hier das wissenschaftliche Handwerk gelernt. - Aber nicht immer konnte (wie beispielsweise in Ulm) in diesen temporären Forschungszentren wenigstens ein Teil dieser Strukturen über das Ende der DFG-Förderung hinaus gesichert werden. Mit Auslaufen der Drittmittelförderung erdrückte die "Armut" diese zarten Pflänzchen wieder. Der Charakter eines Zentrum von Spitzenforschung war oft schnell wieder dahin. Dem Fach täten 2-3 langfristig angelegte Forschungszentren nach Art der Max Planck Institute gut.

Da gute Forschung teuer ist, würde das in Zeiten leerer öffentlicher Kassen wohl auf Kosten der ohnehin mageren Forschungsbudgets der universitären Fachabteilungen gehen. Hier gilt es also, neuartige Kooperationsformen zu finden, die solche Verzichte für die, die den Verzicht tragen müssen, lohnend machen. Ein Orientierungsmodell könnte sein, was mittelständische Unternehmen neuerdings ausprobieren: trotz z.T. harter Konkurrenz auf den gleichen Märkten gründen sie gemeinsame Forschungszentren. Hier werden solche Forschungen geplant und durchgeführt, die für alle Beteiligten von Interesse sind, seien es Grundlagen- oder Anwendungsforschung. Damit lassen sich dann auch apparativ aufwendige und/oder langjähriges Forschungs-KnowHow voraussetzende Studien durchführen, die keinem der Mitgliedsunternehmen allein möglich wären. Ein wissenschaftlich-technisch erfahrenes Stammpersonal am Zentrum arbeitet mit Mitarbeitern auf Zeit aus den Einrichtungen zusammen, wobei das Spektrum solcher Zusammenarbeit reicht von Studien im direkten Auftrag einzelner Einrichtungen über gemeinsam geplante Projekte bis hin zur 'Grundlagenforschung', die das Zentrum im eigenen Interesse durchführt und zu denen Gastwissenschaftler eingeladen sind. Kurz- und mittelfristige Arbeitsprogramme werden auf dem Hintergrund eines gemeinsam vereinbarten langfristigen Forschungsrahmens jeweils verabredet bzw. angepaßt.

Die Forschungsstelle für Psychotherapie kann als ein Prototyp für solch ein Modell gesehen werden. Zwar wurde sie nicht von interessierten Fachabtei-

lungen für Psychosomatik und Psychotherapie gegründet - die waren damals vor 25 Jahren noch längst nicht überall etabliert -, aber sie wurde vom Lande Baden-Württemberg mit einer Intention, die der oben skizzierten ziemlich nahekommt, den (überwiegend neu eingerichteten) Fachabteilungen an den Universitäten zur Seite gestellt. Beide, Fachabteilungen wie Forschungsstelle, haben zunächst einmal ihren eigenen Weg gesucht. Heute, da sie ihren Platz gesichert haben, ist es möglich, Neues zu wagen:

Mit der Multizentrischen Studie zur Effizienz psychodynamischer Therapie bei Eßstörungen wurde gerade ein Projekt gestartet, an dem solche Erfahrungen beispielhaft gewonnen werden können. Es ist von seiner Größenordnung - über eine geplanten Laufzeit von 5 Jahren wird eine für das Fach riesige Stichprobe von 1200 PatientInnen prä, post und katamnestisch untersucht werden - in einer zentralen Forschungseinrichtung gut aufgehoben. Allein das Management einer solchen Studie könnte alle sonstigen Aktivitäten einer einzelnen Fachabteilung erdrücken. An der Studie nehmen ca 45 Kliniken des ganzen Bundesgebietes teil.

Dieser Forschungsverbund, als den sich die Mitglieder der Multizentrischen Studie begreifen, bietet allen Beteiligten die Möglichkeit, Fragen wissenschaftlich zu untersuchen, die sie in der Qualität (in Studien dieser Art ist Quantität sehr eng an Qualität gebunden) alleine nicht bearbeiten könnten. Durch die Zusammenarbeit kann ein Forschungsniveau erreicht werden, das Anschluß an die nationale und internationale Spitzenforschung im Bereich der Eßstörungen eröffnet, die zumindest für die nicht-universitären Mitgliedseinrichtungen sonst unerreichbar bliebe. Als eine Art 'windfall profit' bietet sich an solchen Forschungszentren die Möglichkeit, das Forscher-Handwerk zu lernen bzw. weiterzuentwickeln.

2.2 Vision: Post-Doc Programme für Nachwuchswissenschaftler und Hochschulkarrieren für 'Nur'-Wissenschaftler

Der wissenschaftliche Nachwuchs investiere zuviel Zeit und Energie in Tätigkeiten und Denkansätzen, die meist später nicht für die Forschung fruchtbar werden. Weiter sei für den Rückstand psychosomatischer Forschung ein Mangel an geeigneten forschungserfahrenen Hochschullehrern mitverantwortlich.(WR 1986).

Es gibt viele an Forschung interessierte junge Mediziner und Nicht-Mediziner. Viele von ihnen haben beträchtliches Talent, sie wollen Wissenschaftler für Psychosomatik und Psychotherapie werden und bringen eine große Bereitschaft mit, dafür Zeit und Energien einzusetzen. Nur, wie und wo kann man solch ein Wissenschaftler werden? Fragt man den von uns beiden, der nur 'Wissen-Schaffen' gelernt hat, so wird er antworten, daß es das beste sei, einen weiten Bogen um alle Institute der klinischen Ausbildung zu machen; fragt man den anderen, so wird er zu bedenken geben, daß Erfahrung mit dem eigentlichen Ziel guter Forschung, nämlich die erfolgreiche Behandlung von Patienten, die beste Voraussetzung für eine wissenschaftliche Laufbahn sein könnte. Nun, beides hat etwas für sich. Das Fach ist gut beraten, wenn es beide Entwicklungen ermutigt. So können die jeweiligen Nachteile ausgeglichen und Nutzen aus den jeweiligen Vorteilen gezogen werden.

Der Situation des wissenschaftlichen Nachwuchses muß ein besonderes Augenmerk gelten. Wie die Denkschrift 90 ausführt, dienen psychotherapeutische Methoden der Diagnostik und Therapie der klinischen Forschung in der psychosomatischen Medizin als Grundlage. In besonderem Maße waren es der psychoanalytische Ansatz und das Konzept der Einheit von Forschung und Krankenbehandlung, welche einen geschlossenen Erfahrungsrahmen für eine relevante klinische Forschung anboten" (S.50). Diese berufsbegleitenden Weiterbildungen sind einerseits für die Kompetenzerweiterung von Wichtigkeit, andererseits engen sie wegen des Zeitaufwandes die Möglichkeiten zur wissenschaftlichen Qualifikation ein. Dieses Dilemma durch eine Vermehrung der Kapazitäten vermeiden zu wollen - wie in der Denkschrift gefordert - , ist angesichts der Lage der öffentlichen Haushalte gegenwärtig reichlich utopisch. Eine gestuft intensive Form der therapeutischen Weiterbildung scheint angezeigt, um den wissenschaftlichen Weiterbildungsgang nicht fürder im Schatten des Erwerbs der charismatischen Therapeutenrolle zu belassen. Die Verweildauer wissenschaftlicher Mitarbeiter an den Abteilungen für psychosomatische Medizin und Psychotherapie wird sich wie in den anderen Fächern danach richten, ob nur die inzwischen etablierte ärztliche Gebietsbezeichnung für psychotherapeutische Medizin angestrebt wird oder ob auch eine klar erkennbare wissenschaftliche Qualifikation angestrebt wird. Wir vermuten, daß sich sogar eine Wanderungsbewegung ergeben wird von nicht-universitären Einrichtungen, an denen der Facharzt erworben werden kann

zu den universitären Einrichtungen, um dann mit der berufsqualifizierenden Weiterbildung eine wissenschaftliche Qualifikation anzustreben. Daraus wird sich längerfristig eine Veränderung der Situierung der psychoanalytischen Maximalausbildung im Bildungsprozeß des künftigen Nachwuchses ergeben.

In der ganzen Denkschrift findet sich kein Hinweis darauf, wo und wie wissenschaftliche Qualifikation erworben werden können. Nun mag das Problem der Qualifizierung des wissenschaftlichen Nachwuchses sich ja von selber lösen - es würde u.E. jedoch nicht schaden, diesen 'autopoietischen Prozeß' durch spezifische Postgraduierten bzw. Post-doc-Programme zu ergänzen. In informeller Form haben drittmittel-geförderte Forschungsprojekte eine solche Funktion übernommen. Hier gibt es nach den Erfahrungen in den Schwerpunktprogrammen des BMFT am ehesten Platz für talentierte Nachwuchswissenschaftler: "Projektstellen sind zeitlich befristete Stellen. Es ist häufig und verständlich, daß Projektmitarbeiter (hier vor allem Psychologen und Therapeuten) sich für dauerhafte Stellen interessieren und deshalb aus dem Projekt ausscheiden. ... Besonders häufig ist der Wechsel bei den ärztlichen Mitarbeitern für Diagnostik und Therapie. ... Da es sich meistens um Anfänger handelt, ist deren Mitarbeit durch die Ausbildungssituation in den Kliniken begrenzt. Eine längere Tätigkeit als fest angestellter Projektmitarbeiter ist nicht attraktiv, wenn sie nicht auf die Facharztweiterbildung angerechnet werden kann." (Hartmann-Lange 1990, S.53f). Statt die Attraktivität von Forschungstätigkeit zu verbessern, könnte sich das gesamte Fach auch die Schlußfolgerung der Studienleiter im Schwerpunktprogramm des BMFT (die bei gegenwärtigem Stand pragmatisch akzeptabel ist) zu eigen machen: "Die Qualifikation der Mitarbeiter sollte in der Planung von Therapiestudien weniger hoch angesetzt werden." (zusammengefaßt von Hartmann-Lange 1990, S. 56). Man könnte allerdings auch für einen Teil der nachwachsenden Wissenschaftler die Prioritäten ein wenig verschieben - was würde man riskieren, wenn man etwa jede 5. Professorenstelle mit einem wissenschaftlich besonders qualifizierten Bewerber besetzen würde, auch wenn dieser keine oder nur geringe klinische Erfahrungen hat? Es ist schwer zu glauben, daß damit ein Run in wissenschaftliche Weiterbildungsprogramme oder auf Projektstellen ausgelöst würde und alle talentierten Nachwuchswissenschaftler die klinische Weiterbildung aufgeben würden. Aber einige der 'einseitig begabten Laien' könnten so dem Fach erhalten

bleiben. Die mögliche Hochschulkarriere von 'Nur'-Wissenschaftlern verspricht darüber hinaus Entlastung.

Da die Hochschullehrer häufig als Lehranalytiker bzw. Lehrpsychotherapeuten ihre Fähigkeiten in den Dienst der ärztlich-psychotherapeutischen Weiterbildung stellen, u.a. auch im Interesse des eigenen wissenschaftlichen Nachwuchses, ist ihre zeitlich festgelegte Belastung hierdurch z.T. erheblich. Eine Rollendifferenzierung scheint uns unerlässlich. Nicht jeder Hochschullehrer sollte die Vorbildfunktion als Lehrer in der Weiterbildung und als Lehrer in der Forschung tragen müssen und /oder wollen. Hier scheint es angebracht, nicht nur von Stiefkindern, sondern auch von Stiefvätern zu sprechen, die ihrer Pflicht wegen Überlastung durch zu viele Hüte nur bedingt nachkommen¹. Wir gehen davon aus, daß in Zukunft nicht mehr jeder Hochschullehrer zugleich machtvolle Leitungsfigur eines psychotherapeutisch- psychoanalytischen Weiterbildungsinstitutes und eminenter Forscher sein kann, auch wenn diese Beschränkung an hohe narzistisch-professionelle Ideale rührt. Auch diesen Punkt hat unser Kritiker zutreffend beschrieben:

"Die lehrenden Praktiker sind in der beneidenswerten Lage, ein Leben lang nur diejenigen Methoden zu praktizieren und weiterzugeben, die sie selbst erlernt haben. Der extreme Konservatismus und dessen mächtiger Einfluß auf die Berufspolitik lebt von der Unabhängigkeit der außeruniversitären Ausbildungsinstitute von Innovationen in der Forschung, von wissenschaftlicher Kritik und akademischer Kontrolle"(Häfner 1990, 330). Dieses synkretistische Dilemma stellt eine große Herausforderung dar, wie es Lewin & Ross schon 1960 für die USA thematisiert haben.

2.3 Vision: Eine kooperative Forschungslandschaft

Anspruchsvolle Psychotherapieforschung sei auf permanente Diskussion und Anregung methodisch versierter Kollegen angewiesen, die auf den gleichen oder benachbarten Gebieten der Forschung arbeiten. Forschungsaufgaben der psychosomatischen Medizin seien umfangreich, komplex und notwendigerweise ebenen- und methodenübergreifend. Psychosomatische Forschergruppen müßten daher alle erforderlichen Methoden kompetent

¹die wenigen weiblichen Vertreter dieses Standes möchten wir im Moment noch ermutigen, so viel Hüte wie möglich aufzubehalten.

repräsentieren und je nach Thema Zugang zu Kranken, zu Laboratorien und in Einzelfällen auch zu Tierversuchen haben (Häfner 1990).

Das Fach ist zu klein, um eigenständig und an vielen Orten gleichzeitig die technischen und personellen Voraussetzungen für eine Forschung zu schaffen, so daß solche Aufgaben mit Aussicht auf Erfolg angepackt werden können. Manche empfehlen, an Psychosomatik interessierte Wissenschaftler sollten sich inter- oder multidisziplinäre Forschergruppen, z.B. in der Inneren Medizin, anschließen. Das mag für bestimmte Fragestellungen die Probleme lösen, stellt jedoch für das gesamte Fach keine adäquate Lösung dar. Das Fach ist als wissenschaftliche Disziplin noch längst nicht gefestigt genug, um seine eigenen Fragen in solchen interdisziplinären Gruppen behaupten zu können. - Gelungene und gelingende 'bilaterale' Kooperationsprojekte bestätigen diese These nur. Das wird klar, schaut man sich die Größenordnung der Forschergruppen und der Partner an. Eine Vorstellung davon, wohin die Entwicklung geht, bekommt man, wenn man sich das Programm "Gesundheitsforschung 2000" der Bundesregierung ansieht: "Das Programm ... will einen neuen nachhaltigen Anstoß geben, klinische Forschung in den Hochschulen zu verbessern. Im Rahmen dieser Fördermaßnahmen sollen zunächst an 6-8 Standorten ... Modellzentren für interdisziplinäre klinische Forschung entstehen. Zentren für interdisziplinäre klinische Forschung sollen Strategien für ein optimales Miteinander von Wissenschaft, Versorgung und Lehre erarbeiten und Strukturen aufbauen, die vor allem für die klinische Forschung eine vorteilhafte Organisation bieten und beispielhaft für andere Hochschulkliniken sind. Wesentliche Voraussetzung ist der gemeinsame Gestaltungswillen in einer Hochschule, neue und zeitgemäße Strukturen für die klinische Forschung aufzubauen" (BMFT 1993, S. 55). Keine Frage, das sind Fragen, zu denen die Psychosomatik Wichtiges beisteuern kann. Aber glaubt jemand ernsthaft, daß psychosomatische Vorstellungen dabei ein großes Gewicht erhalten werden?

Forschergruppen mit zu übermächtigen Partnern sind riskant. Die Fachvertreter der Psychosomatik sind nicht schlecht beraten, wenn sie sich darauf verständigen, klinische Forschergruppen aufzubauen, - wie sie BMFT Programm Gesundheit 2000 auch vorsieht - in denen die Psychosomatik im Mittelpunkt stehen kann. Multizentrische Studien sind eine gute alternative

Lösung, wie sie in den letzten Jahren im BMFT Schwerpunktprogrammen mit Erfolg erprobt worden sind.

3 Zusammenfassung

"Forschung für die Gesundheit ist ein ständiger Prozeß der Wissenserweiterung und des Wandels, der gleichzeitig ein großes Maß an Kontinuität braucht, damit wissenschaftliche Kompetenz gedeiht und junge Forscher heranwachsen können." (Vorwort zum Programm der Bundesregierung "Gesundheitsforschung 2000", 1993).

Die Forschungsaufgaben der psychosomatischen Medizin sind denen der übrigen Medizin ebenbürtig; sie sind außerordentlich umfangreich, komplex und notwendigerweise ebenen- und methodenübergreifend. Gefragt sind mehr denn je umschriebene Modelle für umschreibbare Problemstellungen. Angezeigt ist ein Abschied von jenen "weitreichenden empiriefernen psychologischen Theorien, die wie gute Feen an der Wiege des Faches" standen. Häfners Kritik an der Lage der psychosomatischen Forschung kann als Hilfestellung begriffen werden, schmerzhaft Prozesse der Aufgabe von Grandiosität und phantasierter Omnipotenz in Angriff zu nehmen. Wir haben die "Stiefkind"-Metapher als heuristischen Leitfaden benützt, um diesen Abschied als notwendigen Schritt von der phantasierten Kindheit der psychosomatischen Medizin zu erleichtern.

4 Literatur

- Albert HT. Die Wissenschaft und die Fehlbarkeit der Vernunft. Tübingen, Mohr/Siebeck; 1982.
- Alexander F. Psychoanalytic pioneers. New York, Guilford; 1966.
- Bailar JC, Mosteller F. Medical use of statistics. Waltham Mass., NEJM Books; 1986.
- Blanton S. Tagebuch meiner Analyse bei Sigmund Freud (im engl. Original: Diary of my analysis with Sigmund Freud). Frankfurt /M: Suhrkamp, 1975.
- Bundesministerium für Forschung und Technologie: Gesundheitsforschung 2000: Programm der Bundesregierung. Bonn: Bundesministerium für Forschung und Technologie, 1993.
- Dahl H, Kächele H, Thomä H. (Hrsg) Psychoanalytic Process Research Strategies. Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo: Springer, 1988.
- Eissler K. Medical orthodoxy and the future of psychoanalysis. New York: Int Univ Press, 1965.
- Erdheim M. Über das Lügen und die Unaufrichtigkeit des Psychoanalytikers. In: Das Unbehagen in der Psychoanalyse. Lohmann HM, Hrsg. Frankfurt/M: Quaram, 1983.
- Freud S. Aus der Geschichte einer infantilen Neurose. Frankfurt/M.: Fischer, 1918: GW Bd 12: 27-157.
- Freud S. Die Frage der Laienanalyse. Frankfurt/M.: Fischer, 1926e: GW 14.
- Freud S. Nachwort zur Frage der Laienanalyse. Frankfurt/M.: Fischer, 1927a: GW Bd 14: 287-96
- Freud S, Pfister O. Briefe 1909 - 1939. Frankfurt /M: Fischer, 1963.
- Gadamer HG. Über die Verborgenheit der Gesundheit. Frankfurt /M: Suhrkamp, 1993.
- Grawe K. Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre. Psychol Rundschau; 43: 132-62.
- Häfner H. Hat die Psychosomatik als eigenes Fach eine Existenzberechtigung. Psychother Psychosom med Psychol 1990; 40: 327-336.
- Hartmann-Lange D. Erfahrungen bei der Durchführung von klinischen Studien in der Psychiatrie. In: Klinische Studien in der Psychiatrie: Therapie und Rückfallprophylaxe psychischer Erkrankungen im Erwachsenenalter. Materialien zur Gesundheitsforschung Bd 14. Projektträger Forschung im Dienste der Gesundheit (Hrsg). Bremerhaven: Wirtschaftsverlag 1990: 44-61.
- Herrmann Th. Über die Verabsolutierung des Selbstgemachten. Polemisches zur `richtigen Psychologie`. In: Über die richtige Art, Psychologie zu betreiben. Grawe K, Hänni R, Semmer N, Tschani F, Hrsg. Göttingen: Hogrefe 1991: 25-36

- Hoffmann SO, Schepank H, Speidel H. Hrsg. Denkschrift '90 - Zur Lage der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie an den Hochschulen der Bundesrepublik Deutschland und West-Berlin.
- Kächele H. Zur Bedeutung der Krankengeschichte in der klinisch-psychoanalytischen Forschung. *Jahrb Psychoanal* 1981; 12: 118-78.
- Kächele H. Welche Methoden für welche Fragen ? *Schriften des Sigmund-Freud-Institutes*. 1990; 10: 73-89.
- Kächele H, Kordy H. Psychotherapieforschung und therapeutische Versorgung. *Nervenarzt* 1992; 63: 517-26.
- Kordy H. Klinik und Forschung unter einem Dach: Synergiegewinne oder Reibungsverluste? In: *Stationäre analytische Psychotherapie*. Schmitt G, Seifert Th, Kächele H, Hrsg. Stuttgart, New York: Schattauer Verlag 1993: 49-59
- Kordy H, Lolas F, Senf W. Zur Beziehung von Krankheitsbildern und Persönlichkeitsstruktur. *Z Psychosom Med Psychoanal* 1991; 37: 77-88.
- Kordy H, Normann D. Psychische und somatische Faktoren des Krankheitsverlaufes bei Morbus Crohn. *Psychother Psychosom med Psychol* 1992; 42: 141-149.
- Lewin BD, Ross H. *Psychoanalytic education in the United States*. New York: Norton, 1960.
- Meyer AE. Die Zukunft der Psychosomatik in der BRD - eine Illusion? *Psychother Psychosom med Psychol*. 1990; 40: 337-45
- Moser U. On-Line und Off-Line, Praxis und Forschung, eine Bilanz. *Psyche* 1991; 45: 315-34.
- Quetelet A. *Soziale Physik*. (Übers. von V. Dorn 1914) Jena: Gustav Fischer, 1869.
- Reif M (1985) Zur Erfassung subjektiver Prozesse. *Psychother Med Psychol* 1985; 35: 260-67.
- Reif M, Baitsch H. *Genetische Beratung*. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo: Springer, 1987.
- Russel J. *Soziale Amnesie - Eine Kritik der konformistischen Psychologie von Adler bis Laing*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp, 1978.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen - Jahresgutachten 1990: Herausforderungen und Perspektiven der Gesundheitsversorgung. Baden Baden: Nomos Verlag, 1990.
- Schmetterer L. *Einführung in die mathematische Statistik*. New York, Heidelberg: Springer, 1966.
- Speidel H. Welches Interesse hat die Psychoanalyse an der Psychosomatischen Medizin? In: *Psychoanalytische Psychosomatik*. Strauß B, Meyer AE, Hrsg. Stuttgart, New York: Schattauer, im Druck.
- Thomä H, Kächele H. *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie*. Bd 1: Grundlagen. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo: Springer, 1985.

- Tress W. Forschung zu psychogenen Erkrankungen zwischen klinisch-hermeneutischer und gesetzeswissenschaftlicher Empirie: Sozialempirische Marker als Vermittler. *Psychother Med Psychol* 1988; 38: 269-275.
- Tress W, Junkert B Psychosomatische Medizin zwischen Naturwissenschaft und Geisteswissenschaft - tertium non datur? *Psychother Psychosom med Psychol* 1992; 42: 400-7.
- Weiner H. Gesundheit, Krankheitsgefühl und Krankheit - Ansätze zu einem integrativen Verständnis. *Psychother med Psychol* 1983; 33:15-34.