

Laudatio für Prof. Hermann Faller

Lieber Herr Professor Faller,

Sie haben ein Doppelstudium der Medizin und der Psychologie in Heidelberg absolviert; und was Sie mir dazu schreiben, finde ich weitergebenswert: Damals sei ein solches Doppelstudium noch möglich gewesen, weil das Psychologiestudium noch nicht so zeitintensiv war wie heute. Die Psychologen unter uns, die das also nicht geschafft haben, müssen sich nicht grämen. Die erhoffte Anregung im Psychologiestudium fanden Sie aber nicht (das geht fast allen Psychologiestudenten so); Freud beispielsweise wurde überhaupt nicht erwähnt, und wenn, nur negativ konnotiert. Der Vorteil des Doppelstudium sei auch, dass man sich nicht nur in Aerzte, sondern auch in Psychologen gut hineinversetzen kann; und das ist bei dem nicht immer unbeschwerten Verhältnis, welches die beiden Berufsgruppen zueinander haben, für einen Vorgesetzten durchaus vorteilhaft.

Zum Doktor der Medizin promovierten Sie 1982 mit einer Arbeit zur Krankheitstheorie Viktor von Weizsäckers; zum Dr. phil. mit einer solchen zur subjektiven Krankheitstheorie von Herzinfarktpatienten (notabene bei Prof. Fahrenberg, Egnér-Preisträger vom letzten Jahr).

Von Heidelberg gingen Sie dann nach Würzburg und haben dort bis heute eine Professur für Rehabilitationswissenschaften inne und sind seit einigen Jahren Leiter des Institutes für Psychotherapie und Medizinische Psychologie dortselbst.

Die Psychoanalyse lernten Sie gründlich, und sie ist bis heute das Fundament Ihrer wissenschaftlichen Überzeugungen geblieben. Freud konnte man Ihnen also doch nicht verderben.

Preise haben Sie schon ordentlich eingeheimst, fünf an der Zahl; und nun kommt der Höhepunkt mit dem Egnér-Preis, der schwerlich zu übertreffen ist.

Ein steter und treuer Förderer von Ihnen war Prof. Hermann Lang, Egnér-Preisträger 1986. Er sagt über Sie, und ich darf das von ihm übernehmen, ohne Sie verlegen zu machen, dass Sie ein national und international bekannter und anerkannter Experte im Bereich der psychoonkologischen Forschung sind. Ihr Schwerpunkt ist in den letzten Jahren das Gebiet der Rehabilitation von Patienten mit schweren und chronischen (das fällt meist zusammen in der Somatik und in der Psychiatrie) Erkrankungen geworden.

Mit Hermann Lang zusammen verfassten Sie auch das Lehrbuch «Medizinische Psychologie und Soziologie» im Springer-Verlag, welches immer noch, in der 3. Auflage 2010, ein stark nachgefragtes Lehrbuch für Medizinstudenten ist.

Sie schreiben mir, dass Bücher in Ihrem Forschungsgebiet meist eher Nebenprodukte sind und Artikel wichtiger sind. Den Beweis legen Sie gleich bei in Form einer Publikationsliste vom Umfang eines Buches. Ich machte mir gar nicht erst die Mühe der Durchforstung, Auswahl und Lektüre (Egnér-Laudatoren sind die einzigen, die das ehrlich zugeben), sondern beschränke mich wohlervogen darauf, Ihr Buch «Psychotherapie bei somatischen Erkrankungen – Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend», 2005 im Thieme-Verlag herausgegeben unter der Mitwirkung zahlreicher Experten, zu würdigen. In der Einführung zu diesem Buch haben Sie Gedanken geäußert, die uns alle angehen und ansprechen, denn wir alle sind nicht vor der Entwicklung chronischer Krankheiten gefeit.

Psychotherapie bei somatischen Erkrankungen ist anders. Sie besteht nicht einfach darin, Methoden, die sich bei psychischen Störungen bewährt haben, auf

Menschen mit körperlichen Erkrankungen zu übertragen. Körperlich Schwer- und Schwerstkranke sind stets mit der Todesdrohung konfrontiert. Da sie gewissermassen mit dem Tod von Du auf Du leben, ist ihnen die natürliche Selbstverständlichkeit (ein Begriff von Wolfgang Blankenburg) abhanden gekommen. Eingreifende Behandlungsmassnahmen haben die körperliche Integrität angegriffen und das Körperbild verändert. Schwerstkranke sind in hohem Masse auf andere angewiesen und der Hilfe anderer bedürftig. All das bedeutet eine Bedrohung für das Erleben als selbstbestimmte, kompetente und vollständige Person. Psychotherapeutische Ansätze, die folgt daraus, müssen somit andere Ziele als bei Patienten mit psychischen Krankheiten haben. Die Verarbeitung emotionaler Belastungen, die Akzeptanz der Erkrankung und das Fördern der Krankheitsbewältigung sind primäre Ziele (auch ähnlich wie bei chronischen psychiatrischen Krankheiten). Es geht darum, dem Betroffenen zu helfen, abgewehrte oder vermiedene Gefühle wahrzunehmen, auszudrücken und zu integrieren. Er muss beispielsweise auch einmal seine aktive und kämpferische Haltung aufgeben dürfen, ohne sich dafür schämen zu müssen. Alle Massnahmen haben sich an der Verarbeitungsfähigkeit des Patienten zu orientieren. Wie kann man sich denn an dem orientieren, was der Patient verarbeiten oder ertragen kann? Adaptive Verleugnung muss respektiert, maladaptive jedoch vorsichtig konfrontiert und aufgeweicht werden. Der Therapeut ist aufgerufen, Verleugnung unter dem Schutz der therapeutischen Beziehung graduell mit Realität zu titrieren (wie Sie wunderbar formulieren), um so dem Kranken zu helfen, die Realität der Krankheit zu akzeptieren, ohne von ihr überwältigt zu werden. Es geht dabei um vier Schwerpunkte: Die narzisstische Kränkung durch die Krankheit muss beachtet werden; die subjektiven Krankheitstheorien müssen in Erfahrung gebracht werden; die Lebensquali-

tät, und das heisst zunächst einmal, die Therapeut-Patient-Kommunikation, muss gefördert werden und: Lebenssinn und Abschied müssen besonders in der terminalen Phase der Krankheit besprochen werden können. Welcher Therapeut, welche Therapeutin könnte das, ohne sich selbst nicht schon einmal existentiell mit diesen Fragen auseinandergesetzt zu haben? In besonders hohen Ausmasse muss der Therapeut bei der Behandlung schwerstkranker somatischer Patienten seine eigenen Gefühle gegenüber dem Kranken wahrnehmen und reflektieren. Er darf nicht in die Illusion verfallen, durch Psychotherapie die körperliche Krankheit besiegen zu können. Ich könnte es auch einfach so ausdrücken: Patient wie Therapeut müssen sich mit der Unausweichlichkeit der Krankheit versöhnen. Das ist weitaus schneller hingeschrieben und gesagt als getan. Es widerspricht ja oft ärztlichem Selbstverständnis, den Kampf gegen die Krankheit aufzugeben. Arzt wie Psychologe sind bei dieser Patientengruppe (genau wie bei der Gruppe der chronisch Kranken in der Psychiatrie, die leider vollständig aus deren Blickfeld geraten ist) als Person, als Mensch, als Sinnträger und als Todesbewusster gefordert. Wervon uns erfüllt diese Voraussetzungen? Eigentlich müsste die Psychotherapie von Krebskranken beispielsweise durch Krebskranke selbst geleistet werden... Wahrlich keine leichte Aufgabe, lieber Herr Professor Faller, der Sie sich da verschrieben haben. Das sollte, wie ich finde, durch den Egnér-Preis geehrt werden, den nun anzunehmen ich Sie bitte.