



Dies ist eine Leseprobe des Schattauer Verlags. Dieses Buch und unser  
gesamtes Programm finden Sie unter  
[www.klett-cotta.de/schattauer](http://www.klett-cotta.de/schattauer)

# WISSEN & LEBEN

herausgegeben von Wulf Bertram

**Wulf Bertram**, Dipl.-Psych. Dr. med, geb. in Soest/Westfalen, Studium der Psychologie, Medizin und Soziologie in Hamburg. Zunächst Klinischer Psychologe im Universitätskrankenhaus Hamburg Eppendorf, nach Staatsexamen und Promotion in Medizin Assistenzarzt in einem Sozialpsychiatrischen Dienst in der Provinz Arezzo/Toskana, danach psychiatrische Ausbildung in Kaufbeuren/Allgäu. 1986 wechselte er als Lektor für medizinische Lehrbücher ins Verlagswesen und wurde 1988 wissenschaftlicher Leiter des Schattauer Verlags, 1992 dessen verlegerischer Geschäftsführer. Aus seiner Überzeugung heraus, dass Lernen Spaß machen muss und solides Wissen auch unterhaltsam vermittelt werden kann, konzipierte er 2009 die Taschenbuchreihe »Wissen & Leben«, in der mittlerweile mehr als 50 Bände erschienen sind. Bertram hat eine Ausbildung in Gesprächs- und Verhaltenstherapie sowie in Psychodynamischer Psychotherapie und arbeitet als Psychotherapeut in eigener Praxis.

Für seine »wissenschaftlich fundierte Verlagstätigkeit«, mit der er im Sinne des Stiftungsgedankens einen Beitrag zu einer humaneren Medizin geleistet hat, in der der Mensch in seiner Ganzheitlichkeit im Mittelpunkt steht, wurde Bertram 2018 der renommierte Schweizer Wissenschaftspreis der Margrit-Egnér-Stiftung verliehen.

Giovanni A. Fava

# **Nicht krank ist nicht gesund genug**

Anleitung zum Wohlbefinden

Mit einer Einführung von Wulf Bertram

Übersetzung aus dem Italienischen von Wulf Bertram

**Prof. Giovanni A. Fava**  
Università di Bologna  
Departmento di Psicologia  
viale Berti Pichat 5  
IT – 40127 Bologna (Italy)  
giovanniandrea.fava@unibo.it

**Besonderer Hinweis:**

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung des Buches entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollten bitte im allgemeinen Interesse dem Verlag mitgeteilt werden. Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische oder therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.

In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Schattauer

[www.schattauer.de](http://www.schattauer.de)

© 2022 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Cover: Bettina Herrmann, Stuttgart

unter Verwendung einer Abbildung von © adobe stock/Modella

Gesetzt von Eberl & Koesel Studio, Altusried-Krugzell

Gedruckt und gebunden von Friedrich Pustet GmbH & Co. KG, Regensburg

Lektorat: Marion Drachsel

Projektmanagement: Dr. Nadja Urbani

ISBN 978-3-608-40142-4

E-Book ISBN 978-3-608-11886-5

PDF-E-Book ISBN 978-3-608-20568-8

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über

<http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

# Inhalt

Favas Federn. Eine Einführung von Wulf Bertram .....	7
--	---

## FAVAS FEDERN

Die Dankbarkeit des Fischers .....	37
Wer kann mir helfen? .....	42
Eine Zukunft, an die man glauben kann .....	45
Unser Rucksack .....	49
Die Well-Being Therapie (WBT): eine neue Kurztherapie .....	53
Ist hier noch jemand, der Patienten sieht? .....	57
Die Ingenieurstudentin und der Tunnel .....	61
Die Schlaflosigkeit der Großmutter .....	65
CAVE CANEM! .....	70
Wenn Medikamente zum Problem werden: Die Bedeutung der iatrogenen Komorbidität .....	75
Mentaler Schmerz .....	79
Weggefährten auf der Reise .....	83
Der Kult der Mittelmäßigkeit .....	87
Die Sehnsucht nach dem Brot .....	91
Ein rastloser Junge .....	95

Selbsttherapie – Therapeutische und kontratherapeutische Effekte in der Psychotherapie .....	100
Psychotherapie als angeleitete Selbstbehandlung – Wie kurz ist eine kurze Psychotherapie? .....	104
Psychotherapie und wissenschaftliche Methodik – die klinische Unzulänglichkeit der evidenzbasierten Medizin in der Psychotherapie .....	108
Die Demut des Radiologen .....	111
Sachverzeichnis .....	116

# Favas Federn

Eine Einführung von Wulf Bertram

## **Noch ein neues Psychotherapieverfahren? Nein danke!**

Da sei so ein Herr am Telefon, sagte meine Sekretärin, der uns auf Englisch ein Buch über ein neues Therapieverfahren anbieten wolle.

Mindestens zwei Gründe, ihr zu sagen, sie möge ihm antworten, ich sei nicht im Hause und sie wisse auch nicht, ob ich jemals wiederkäme. – Neue Therapieverfahren wurden uns alle paar Monate angeboten und wenn es dann auch noch darum gegangen wäre, das aus dem Englischen zu übersetzen: Nein danke!

Es gibt bei den Psychotherapien eine Verfahrensinflation. Kaum ein Monat verging, in dem ich als Programmchef von Schattauer nicht das Angebot bekam, ein Buch über eine gänzlich neue Psychotherapie oder ein Manual zu veröffentlichen.

Ein Blick ins Internet genügt. Sucht man danach, wie viele Psychotherapien es derzeit gibt, so werden auf verschiedenen Webseiten jeweils auf Anhieb mindestens so um die 30 aufgelistet. Und ein Ende ist nicht abzusehen.

Viele Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten »schmieden« im Verlauf ihrer Karriere ihr eigenes Vorgehen und Therapiemodell, das aus Elementen der verschiedensten Verfahren

zusammengesetzt ist. Das ist nicht unbedingt von Nachteil; Studien haben gezeigt, dass die Art der Interventionen im Laufe der Berufserfahrung von Therapeutinnen und Therapeuten einander deutlich ähnlicher werden, unabhängig, aus welcher Schule sie ursprünglich kommen. Es gibt offensichtlich Ähnlichkeiten in den großen Themen der Psychotherapie und der Art und Weise, wie man damit erfolgreich und zum Wohle der Patientinnen und Patienten umgehen kann. Des Weiteren bringt man aus den großen Psychotherapietagen wie in Lindau, Langeoog, Lübeck usw. neue Erfahrungen und Anregungen mit, die in das eigene Vorgehen eingebaut werden. Versuch und Irrtum mögen dabei eine weitere, nicht geringe Rolle spielen. Eine Therapeutin oder ein Therapeut erlebt, dass eine bestimmte neue Intervention, eine ungewöhnliche Frage oder eine Änderung im eigenen Verhalten etwas in Bewegung bringt, was vorher nicht so recht zur Geltung gekommen war, aber eine positive Wirkung zeigte. Dann neigt man dazu, diesen Versuch zu wiederholen, und so werden wohl jede Therapeutin und jeder Therapeut unabhängig von ihrer ursprünglichen therapeutischen »Schule« früher oder später ihren eigenen Stil finden, mit dem sie die Behandlungen als erfolgreich ansehen können und für den sie auch von ihren Patientinnen und Patienten ein entsprechendes Feedback bekommen. Erfolgreich sind, abgesehen von einer seriösen und professionellen Ausbildung selbstverständlich, die Therapien, in denen eine Passung von Persönlichkeitsmerkmalen, kulturellem und Bildungshintergrund und wohl auch so etwas wie die Ähnlichkeit der »Weltsicht« von Therapeutinnen und Therapeuten mit der ihrer Patientinnen und Patienten vorliegen.

Dieser eigene Stil und das daraus entwickelte, gewissermaßen standardisierte individuelle Prozedere können allerdings auch zur Fixierung auf die eigene Deutungshoheit und zu einer mehr oder weniger rigiden Systematik im Vorgehen führen, die scheinbar keiner Empirie, geschweige denn einer Evidenzbasie-



rung bedürfen. Da liegt es dann nahe zu glauben, das Ganze könnte eine eigene, innovative, bahnbreche Methode sein, die es unbedingt zu vermitteln und zu verbreiten gilt. Man muss dann dafür nur noch einen passenden Begriff finden, aus dem man möglichst auch ein Akronym mit drei Buchstaben bilden kann, und schon ist man versucht, sich für den Gründer eines gänzlich neuen, fortschrittlichen und wirksamen Verfahrens zu halten, welches man dem Kollegenkreis über einen Fachverlag unbedingt zur Verfügung stellen müsse. Begriffe, die man zur Bezeichnung seines neuen Verfahrens braucht, stehen kombinatorisch zur Verfügung, mit Kürzeln selbstverständlich. Beliebte ist im Moment vor allem alles, was mit Aufstellung zu tun hat. Und falls noch jemand Interesse an der Entwicklung solcher Verfahrenskombinationen hat, hier ein paar Vorschläge: Die Progressive Resilienz-Entwicklung (PRE), die Psychodynamische Umbewertungs-Therapie (PUT), die Konstruktivistisch-Analytische Therapie (KAT) oder die Wertorientierte Abwehr-Umdeutung (WAU) wären noch mit Inhalten zu füllen. Über die von mir selbst entwickelte Körperpsychotherapie Transkranielle Mandelkern-Massage (TMM)<sup>1</sup> habe ich an anderer Stelle berichtet (Bertram 2020).

Also noch ein weiteres Verfahren in unser Programm aufnehmen? Nein danke!

Kurz bevor ich auflegen wollte, fügte meine Sekretärin noch hinzu, dass der englischsprechende Herr aus Bologna anriefe

---

1 Sicherheitshalber sei hier gesagt, dass es sich bei diesem Artikel um eine Satire handelte. Ich bekam nach deren Erstpublikation in dem von Manfred Spitzer und mir herausgegebenen Buch »Hirnforschung für Neu(ro)gierige« (2010) mehrere E-Mails von Kolleginnen und Kollegen mit der ernstgemeinten Anfrage, ob ich denn auch eine Ausbildung in diesem von mir neu entwickelten Verfahren anbieten würde ...

und Frau Professorin Eva-Lotta Brakemeier ihm empfohlen hätte, sich an mich zu wenden.

Das änderte meine Perspektive entscheidend. Nicht nur meine Affinität zu Italien, meiner zweiten Heimat, sondern auch die Empfehlung von Eva-Lotta Brakemeier, die ich als ebenso kompetente und professionelle wie sympathische Kollegin kennengelernt hatten, ließen die Angelegenheit in einem anderen Licht erscheinen. Ich bat meine Sekretärin, das Gespräch durchzustellen.

Der Professor sprach perfekt und praktisch akzentfrei englisch, freute sich aber auch, dass wir sehr bald ins Italienische umschalten konnten. Ich hatte Professor Giovanni Fava am Telefon, von dem ich schon einiges gehört hatte, unter anderem, dass er der Herausgeber der psychosomatisch/psychotherapeutischen Fachzeitschrift mit dem höchsten Impact-Faktor (IF)<sup>2</sup> der einschlägigen internationalen Journals ist, was man als Verleger aus dem »Psycho«-Fach natürlich immer neidvoll sieht, wenn man auf die mageren IF-Zahlen unserer deutschsprachigen Zeitschriften in diesem Bereich schaut.

Selbst Fachgespräche, Verhandlungen und Tagungsdiskussionen haben auf Italienisch meist ihren besonderen, eigenen Stil und Charme. Das muss wohl irgendwie auch am Wesen dieser Sprache oder der Italianität selbst liegen. Man geht formeller, konzilianter, höflicher und respektvoller miteinander um, verpackt unvermeidbare Konfrontationen eher in vorsichtige Rückfragen und versichert sich zwischendurch immer mal wieder, wie erfreulich es doch ist, dass man nun gerade überhaupt miteinander spricht. Man ist einfach *gentile*.

---

2 Der Impact-Faktor (IF) ist eine errechnete Zahl, deren Höhe den Einfluss einer wissenschaftlichen Fachzeitschrift wiedergibt. Er dient zum Vergleich verschiedener Zeitschriften, wie oft einzelne Artikel in weiteren Fachzeitschriften zitiert werden.

## Nun doch: Die Well-Being Therapie

Als Giovanni Fava mir erklärte, dass er mit seinen Mitarbeitern eine ganz neue, sogenannte *Well-being Therapy* (WBT) entwickelt hätte, die in Italien bereits erprobt sei und von der es jetzt Übersetzungen in mehrere Sprachen geben werde, unterdrückte ich zunächst einen Seufzer und äußerte meine Meinung zu der inflationären Therapiegenese allgemein und meine Vorbehalte gegen die Publikation eines weiteren neuen Therapieverfahrens im Besonderen dementsprechend vorsichtig und behutsam. Natürlich verstand Giovanni Fava meine Skepsis und Bedenken sofort, erklärte mir aber, dass es sich nicht um eine Methode handle, die in Konkurrenz zu den bereits ausreichend zur Verfügung stehenden Verfahren oder als eine Alternative dazu entwickelt worden sei. Die Well-BeingTherapie sei als manualisiertes Verfahren dazu gedacht, in vorangegangenen Therapien erzielte Erfolge nicht nur zu sichern, sondern sie zu festigen und gewissermaßen zu bereichern. Er würde mir sein Buch schicken, ich könne mir dann ein eigenes Bild machen und eine Entscheidung treffen.

Als ich das Buch gelesen hatte, war es für mich keine Frage mehr, dass wir es in unser Verlagsprogramm aufnehmen sollten und ich konnte Giovanni Fava nach Rücksprache mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die an einer solchen Entscheidung beteiligt sind, mitteilen, dass wir sein Publikationsangebot gerne angenommen hatten. Nach Übersetzung und Lektorat erschien dann 2018 das Buch »Well-Beeing Therapie (WBT) – Eine Kurzzeittherapie zur psychischen Stabilisierung« bei Schattauer.

Es handelt sich in der Tat nicht lediglich um eine weitere, aus verschiedenen anderen Therapien zusammengebastelte oder aufgrund eigener Geistesblitze und Eingebungen gewonnene Methode. Giovanni Fava betont zwar, dass die WBT auch auf

wesentlichen, bewährten Elementen aus der Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) aufbaut und eine vorangegangene KVT eine gute Voraussetzung für das Ansprechen auf seinen Ansatz sei. Die Well-Being Therapie eignet sich aber ebenso gut zur Sicherung von Therapieeffekten, die mit medikamentösen oder etwa psychodynamischen Methoden erzielt wurden.

Besonders hervorzuheben ist die Tatsache, dass es bei der WBT nicht primär um die Beseitigung dysfunktionaler Symptome, schädlicher Verhaltensweisen oder Funktionsstörungen geht. Es liegt in unserem traditionellen medizinischen Modell tief verankert, dass es in der Regel auf das Verhindern, Entfernen, Beseitigen, Ausmerzen, »Eradizieren« von Beeinträchtigungen und schädlichen Einflüssen abzielt, allgemein »Noxen« genannt. Es ist im übertragenen Sinne also ein »dekonstruierendes« Modell und diese Orientierung ist letztlich auch in der traditionellen Psychotherapie immanent.

## Euthymie

Für die WBT beruft sich Giovanni Fava auf ein ganz anderes Ziel, nämlich den Zustand der *Euthymie* (Fava & Guidi 2020). Der Begriff wurde von Demokrit (460–371 v. Chr.) geprägt und bedeutet wörtlich »gute Stimmung«. Der griechische Philosoph betrachtete ihn als den erstrebenswerten Zustand eines ausgeglichenen inneren Gleichgewichts und Wohlbefindens. Damit ließe sich auch ein allgemeines Ziel für eine Psychotherapie definieren, die nicht nur als eine Beseitigung belastender, unzweckmäßiger und das Leben beeinträchtigender Verhaltensweisen und Einstellungen verstanden wird, sondern als eine Bereicherung, als das Bestreben, die gelassene Homöostase zwi-

schen positiven und negativen Stimmungen zu erreichen. Deren Schwankungen wären als sinnhafte und notwendige Zustände eines gelebten Lebens zu begreifen und ebenso zu genießen wie zu ertragen, so wie es jeweils möglich oder erforderlich ist. Man könnte diesen Zustand der Euthymie auch mit dem Wort »vergnügt« umschreiben (wenn dieses Wort bzw. der damit bezeichnete Zustand des »Vergnügens« nicht inzwischen von der Spaßgesellschaft gekapert worden wäre, den es unter allen Umständen zu erreichen und möglichst zu optimieren gelte). Eigentlich steckt in dem Adjektiv das Verb »genügen« und »genug« geht wiederum zurück auf eine alte Wortwurzel, die so viel wie »erreicht« und »erhalten« bedeutet.

»Vergnügt« wäre demnach jemand, der etwas erreicht hat, was er erstrebte, und damit zufriedengestellt ist. Ein erstrebenswerter Zustand, der im Sinne einer Maximierung von Ansprüchen und Bedürfnissen in einer kapitalistischen Warengesellschaft allerdings eher kontraproduktiv und damit wenig populär ist.

Im Folgenden ein etwas gewagter Vergleich vielleicht, der den Unterschied zwischen traditioneller Therapie – die es auf das »seelische Aufräumen« und die Beseitigung störender und dysfunktionaler Elemente abgesehen hat – und WBT beschreibt und verdeutlichen soll, worum es in dieser Therapie geht.

Nehmen wir an, in Ihrem Kühlschrank beginnt es verdächtig zu riechen, einige Speisen zeigen Alterserscheinungen, es fehlen auch Inhalte, die eigentlich für den täglichen Gebrauch erforderlich wären, die Verfallsdaten auf den Verpackungen sind zum Teil überschritten. Es wäre dringend erforderlich, eine Bestandsaufnahme vorzunehmen, Unnötiges oder Verdorbenes zu entsorgen und den Inhalt so zu ergänzen, dass der Kühlschrank seine Funktion erfüllt, nämlich für eine Weile zuverlässig frischen und gesunden Proviant anzubieten. Jetzt können Sie so vorgehen, dass Sie zunächst einmal allen unnützen, schädli-

chen und verdorbenen Ballast entfernen, den Schrank reinigen und dann nach und nach wieder auffüllen. Dabei achten Sie darauf, dass die unbedingt notwendigen Lebensmittel nicht nur in ausreichendem Maße vorhanden sind, sondern dass Ihre Vorräte auch ausgewogen und natürlich unschädlich sind, lange vorhalten und Ihren Bedarf zuverlässig decken.

Ob Ihnen die frisch eingeräumten Inhalte darüber hinaus auch schmecken würden, war nicht Gegenstand Ihrer Aufräumungsaktion. Es ging um Funktionalität, Sicherheit und Ausgewogenheit, und die sind jetzt wieder gewährleistet. Ob auch etwas dabei ist, das Ihnen richtig gut schmeckt, was Sie sich schmackhaft zubereiten können, ob auch ein paar Leckerbissen dabei sind, die Sie sich als Belohnung für irgendetwas leisten können, mit dem Sie zufrieden sind, war nicht Sinn der Übung. Sie haben einen funktionalen, nach allen hygienischen und logistischen Aspekten perfekt ausgestatteten Kühlschrank. Damit soll es dann auch gut sein.

So ähnlich wäre auch das herkömmliche Vorgehen bei einer traditionellen Psychotherapie: ungeeignetes Verhalten beseitigen, schädliche Gewohnheiten aufgeben, einen möglichst klaren Überblick über seinen »seelischen Haushalt« haben und rechtzeitig geeignete Maßnahmen treffen, das psychische Gleichgewicht zu erhalten. Alles richtig und nützlich.

Und hier kommt der etwas kühne Vergleich mit der Well-Being Therapie: Wo bleibt denn dabei die Freude am Genuss? Und bei der Zubereitung der Speisen? Wo bleibt die Kreativität bei ihrer Auswahl, die Lust auf die Entdeckung neuer Geschmackserlebnisse? Was ist mit dem Spaß am Kombinieren? Kurz: Wo bleibt all das, was über den Zweck der Haltbarkeit und einer ausgewogenen Nahrungsaufnahme mit all den erforderlichen Ballaststoffen, Spurenelementen, Mineralstoffen, Säure-Basen-Gleichgewichten, Vitaminen, ungesättigten und gesättigten Fettsäuren und essenziellen Aminosäuren hinaus-

geht? Wie steht es um Ihr zukünftiges kulinarisches Wohlbefinden?

Selbstverständlich sind auch für die WBT zunächst eine sorgfältige Bestandsaufnahme der Störungen und vielfach eine vorausgehende Kognitive Verhaltenstherapie zum Ordnen und Aufräumen sinnvoll und nützlich. Dabei bleibt sie aber nicht stehen, sondern sie versucht, Patientinnen und Patienten dazu zu bewegen, Freude am Leben, in unserem Vergleich an der Nahrungsaufnahme, zu haben. Denn diese Freude stand bei vielen Patientinnen und Patienten lange Zeit im Hintergrund, ist aber selten so irreversibel verkümmert, dass sie nicht gefördert werden könnte. Die Patientinnen und Patienten sollten ihre Lebensfreude wiedergewinnen können und nicht nur froh sein, dass sie die lästigen dysfunktionalen Verhaltensweisen, Ängste und Depressionen losgeworden sind. Sie sollten über die geeigneten Zutaten verfügen, aus denen sie sich ihre Lieblingsgerichte zubereiten können. Und wenn es nicht gerade Lieblingsgerichte sind, dann doch Speisen, die besser sind als das, was sie sich eingeschweift im Supermarkt kaufen können.

Übertragen auf die Lebensführung bedeutet das, dass die WBT darauf abzielt, ein *positives Lebensgefühl* so zu entwickeln, wie es Philosophie und Wissenschaft als »Euthymie« bezeichnet haben, also den von Demokrit beschriebenen Zustand der *heiteren und gelassenen Stimmung*.

Ist das mithilfe der WBT gelungen, verfügen Patientinnen und Patienten über neue Ressourcen für viele Situationen, die sie immer mal wieder erleben, die stören, ärgern, irritieren, ängstigen oder frustrieren könnten. Das würde Spannungen abbauen, gelassener machen und an alte erfreuliche Erfahrungen erinnern, mit denen Kummer und Stress schon einmal erfolgreich vertrieben wurden. Neues Unbehagen und neue Belastungen ließen sich entsprechend besser relativieren und ertragen.

## Das Unbehagen in der Psychiatrie-Kultur

Giovanni Fava wohnt in Padua. Das ist knapp 30 Kilometer von meinem zweiten Wohnsitz in den Euganeischen Hügeln im Veneto entfernt. Deswegen war es nur eine Frage der Zeit, dass wir uns treffen und auch persönlich kennenlernen würden, um über sein Buchprojekt zu sprechen. Er ist ein äußerst anregender Gesprächspartner und erzählt und schreibt er gerne von seiner Geschichte, seinen Forschungen, der Entwicklung der WBT sowie von seiner psychiatrischen Praxis und Laufbahn überhaupt.

Unter anderem beschreibt er im ersten Kapitel seines WBT Buches (Fava 2018), wie er eigentlich zur psychosomatischen Medizin kam: Während seines Medizinstudiums hatte er nach einer internistischen Routineuntersuchung einen Brief mit der Nachricht bekommen, dass ein Befund unklar sei und es einer weiteren, eingehenden Untersuchung bedürfe. Damals las er gerade den »Zauberberg« von Thomas Mann und kam zu dem Schluss, dass das kein Zufall sein konnte: Es ging ihm nicht gut, er fühlte sich müder als sonst. Genau wie ich war er also ein Opfer der verbreiteten Identifikationsbereitschaft von Medizinstudierenden mit den Krankheiten, mit denen sie sich gerade beschäftigen. Auch ich hatte im Laufe meines Medizinstudiums die Symptome einiger unheilbarer Krankheiten an mir zu entdecken geglaubt. Glücklicherweise habe ich sie dann alle überlebt. Er stellte sich daher vor, in einem Sanatorium zu landen, weit weg von seiner Familie, seinen Freunden und seiner Universität. Als er dann endlich in die Klinik zur erneuten Untersuchung ging, sei er ein Wrack gewesen. Doch dort habe man ihm dann mitgeteilt, dass es sich um einen Irrtum handeln müsse und seine Lunge vollkommen gesund sei. Innerhalb von Sekunden habe er sich gut gefühlt und er ergänzte seinen Bericht mit der Feststellung: »Als ich kurz darauf die Klinik verließ,



erschien mir der Himmel so wunderbar blau und es kam mir so vor, dass es auf der Welt keinen anderen Medizinstudierenden hätte geben können der glücklicher war als ich realisierte, welch wundervolle Erfahrung es ist, sich plötzlich wieder gesund zu fühlen.« (Fava 2018, S.3) Andererseits sei er ja im herkömmlichen medizinischen Sinne auch gar nicht wirklich krank gewesen, sondern sein bedauernswerter Zustand wäre erst durch seine Angst und seine Sorgen entstanden. Deswegen habe er angefangen, sich für den Einfluss der Psyche auf den Körper zu interessieren und sich mit der Psychosomatik zu beschäftigen, dem damaligen (und zum Teil auch noch heutigen, wie er anmerkt) »Aschenputtel« der Medizin in Italien.

Dort war es zu der Zeit nicht wesentlich anders als in Deutschland, wo immerhin noch einige medizinische, vor allem internistische Zentren gegründet worden waren, in denen die Psychosomatik eine größere Rolle spielte und die mit Namen wie Thure von Uexküll, Viktor von Weizsäcker, Ludolf Krehl, Alexander Mitscherlich und einigen wenigen anderen verbunden waren.

Die konventionelle Psychiatrie hatte keinerlei Affinität zur Psychotherapie und Psychosomatik, die beiden Disziplinen lehrten, arbeiteten und forschten unabhängig voneinander und nebeneinanderher.

Der renommierte Schweizer Internist und Lehrstuhlinhaber für Psychosomatik an der Universität Hamburg, Professor Dr. Dr. Adolf-Ernst Meyer (1925–1995), beschrieb die Situation in Deutschland vor der Einrichtung professioneller psychosomatischer Abteilungen *cum grano salis* so: Wenn im Rahmen einer allgemeinen medizinischen Diagnostik der Verdacht einer psychosomatischen Störung aufgekommen war, gab es meist nur die Möglichkeit, die Patientin oder den Patienten einem Psychiater vorzustellen. Von der konsiliarischen Untersuchung sei der oder die Betroffene dann aber unverzüglich mit dem Bericht

zurückgekommen: »Kein Anhalt für eine Psychose. Wir empfehlen Bellergal<sup>3</sup>« (Meyer 1994).

## Zwei Pilgerschaften

Auch in Padua wie an allen anderen italienischen Universitäten schien sich niemand wirklich für psychosomatische Medizin zu interessieren. Deswegen entschloss sich der junge Medizinstudent Giovanni Fava, nach Amerika zu gehen, wo er das Glück hatte, bei George Engel, einem der weltweit renommiertesten Pioniere der Psychosomatik, an der School of Medicine and Dentistry in Rochester arbeiten zu können. Engel hatte ein einheitliches Konzept von Gesundheit und Krankheit entwickelt, das er als *biopsychosoziales Modell* bezeichnete und das unter diesem Begriff später weltweit bekannt wurde.

Mich hatte die Beziehungslosigkeit zwischen Psychologie/ Psychotherapie und Medizin im Studium ebenso irritiert und

---

<sup>3</sup> Bellergal darf wohl als eines der merkwürdigsten Psychopharmaka betrachtet werden. Das Medikament bestand aus einer Mischung des Schlafmittels Phenobarbital, anticholinergischen Gesamtalkaloiden aus Tollkirschenblättern und einem Hauptalkaloid des Mutterkorns als Alpha-Agonist mit vasokonstriktorischer Wirkung; den pharmakologischen Sinn dieser Zusammensetzung muss man als rätselhaft betrachten. Das Medikament war allerdings lange Zeit ein letztlich gefährlicher Blockbuster der Firma Sandoz und ist erst in den 90er-Jahren vom Markt genommen worden, wie alle barbiturathaltigen Beruhigungsmittel. Vielleicht beruhte seine Attraktivität hauptsächlich auf der ungewöhnlichen bunten Aufmachung der Tabletten, die aus zusammengepressten schwarzen, roten und gelben Granula bestanden und damit eine Placebowirkung förderten.

unzufrieden gemacht. Deshalb hatte ich ein Parallelstudium von Medizin und Psychologie absolviert, weil ich in dem einen Fach zu wenig von der Seele, in dem anderen zu wenig vom Körper lernen und erfahren konnte. Anschließend arbeitete ich einige Jahre in der Psychiatrie, war aber oft entsetzt über die Verhältnisse und Methoden, mit denen ich immer wieder konfrontiert wurde. Zu der Zeit wurde zum Teil noch mit der Elektrokrampftherapie behandelt, Fixierungen und Zwangseinsweisungen wurden leichtfertig angeordnet, das Arsenal an Psychopharmaka war begrenzt und führte oft zu schweren Beeinträchtigungen der Patientinnen und Patienten in Form von Bewegungsstörungen und starker motorischer Unruhe. Mein damaliger Lehrer Klaus Dörner drückte es so aus: »Wir machen aus psychiatrischen Patienten neurologische.« Dabei hatte ich noch das Privileg, in einer Universitätsklinik arbeiten zu dürfen, in der die Verhältnisse im Vergleich zu manchen Landeskrankenhäusern humaner waren. Psychotherapie gab es dort lediglich auf einer Station und sie wurde nur wenigen Patienten zu teil.

Als ich von Franco Basaglia (1924–1980) und der *italienischen Psychiatriereform* erfuhr, die das Motto »Freiheit heilt« auf ihre Fahnen geschrieben hatte und mit dem legendären »Gesetz 180« vom Mai 1978 begann, Aufnahmen in psychiatrische Landeskrankenhäuser zu verbieten, um diese so schnell wie möglich zu schließen und die Patientinnen und Patienten stattdessen in Allgemeinkrankenhäusern aufzunehmen, war ich neugierig geworden, wie das aussehen sollte. Wie viele Gleichgesinnte »pilgerte« ich zu den revolutionären psychiatrischen Institutionen in Italien. Ich hatte das Glück, 1981 mit einem DAAD-Stipendium ein Jahr in einem sozialpsychiatrischen Dienst in der Provinz Arezzo arbeiten zu können, der von Basaglia-Mitstreitern (er selbst war im August des Vorjahres an einem Hirntumor gestorben) geleitet wurde. Es war eine sehr eindrucks-

volle Erfahrung. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, gleich ob vom ärztlichen oder vom pflegerischen Personal, waren alle höchst engagiert. Sie betreuten die Patientinnen und Patienten durch häufige Hausbesuche, um stationäre Aufnahmen zu verhindern, oder hielten abwechselnd auch mal rund um die Uhr Wache bei schwer gestörten Patientinnen und Patienten, die nicht mehr in das psychiatrische Landeskrankenhaus in Arezzo eingeliefert werden durften, sondern in eine kommunale Allgemeinklinik der Provinz, deren Personal natürlich nicht auf möglicherweise auch mal erregte psychiatrische Patienten eingerichtet war.

Besonders beeindruckt war ich von einer Gemeindeversammlung, die vom *primo cittadino*, also dem Bürgermeister eines Dorfes, einberufen wurde, um einen an Schizophrenie erkrankten Mitbürger, der mehrfach gegenüber seinen Mitmenschen aggressiv geworden war, zu unterstützen und seine Ausgrenzung zu verhindern. Mit großem Engagement diskutierte die Versammlung über Maßnahmen, ihrem Genossen (die gesamte Region der Toskana wählte damals überwiegend die PCI, die Kommunistische Partei Italiens) zu helfen. Das führte unter anderem zu dem Ergebnis, dass ihm ein Arbeitsplatz geschaffen wurde. Als Sohn des Dorfschmieds sollte er Stahlroste für die Brücken über die zahlreichen Wildbäche der Region zusammenschweißen. Denn nach Auffassung der Gemeinde würde eine sinnvolle Arbeit zum Wohle der Gemeinschaft nicht nur davor schützen, auf »dumme Gedanken« zu kommen, wie sich die Teilnehmer der Versammlung einig waren, sondern sie würde ihm auch Wertschätzung und Anerkennung verschaffen.

Leider waren das auch in Italien damals eher Ausnahmebeispiele. Die Reform war unglaublich human gedacht, aber auch unglaublich schlecht vorbereitet, das Gesetz war extrem schnell über die parlamentarischen Hürden getrieben worden, es fehl-

ten Strukturen, die akut psychiatrischen Patienten aufzunehmen und vor allem auch die chronischen Langzeitpatienten außerhalb der Krankenhäuser adäquat zu betreuen. In vielen Regionen, vor allem im Süden, in denen rechte Parteien regierten, wurde diese »Reform der Linken« ausdrücklich boykottiert, sodass sie sich nicht landesweit durchsetzen konnte. Meine Erfahrung war also, dass Freiheit allein nicht heilt, wenn es kein von allen Betroffenen, Politikern, medizinischem Personal und der Gemeinschaft solidarisch geteiltes Konzept und einen entsprechenden sozialen Konsens dafür gibt.

Zurück in Deutschland erlebte ich, dass die Erfahrungen aus Italien zwar mit Interesse zur Kenntnis genommen wurden, dass unterdessen auch viele Langzeitpatienten aus den Kliniken und Heimen, die häufig reine »Bewahranstalten« waren, in therapeutische Wohngemeinschaften und andere Institutionen entlassen worden waren, die menschlichere Bedingungen boten, dass sich aber an der überwiegend biologischen und eben nicht sozialpsychologischen Orientierung der Psychiatrie wenig geändert hatte. Im Gegenteil: Es begann die Zeit des *Pharma-Booms*, in der viele neue, tatsächlich auch bessere und nebenwirkungsärmere Medikamente entwickelt wurden. Das brachte allerdings gleichzeitig eine Kommerzialisierung der Psychiatrie mit sich. Die verschiedenen Unternehmen der Pharmaindustrie brachten mehr oder weniger gleichzeitig Medikamente mit ähnlichen Wirkungsprofilen auf den Markt und konkurrierten daher in einer Weise um die »Verschreiber«, dass es an Korruptionsversuche der Ärztinnen und Ärzte, vor allem aber der sogenannten »Meinungsbildner« grenzte. Nach einigen Jahren führten dieses Klima und die »Biologisierung« der Psychiatrie bei mir eher zur Resignation und ich fand meinen Platz in der Verlagswelt, in der ich zumindest die Möglichkeit hatte, an der Publikation von Büchern mitzuwirken, die den biopsychosozialen Aspekt der Medizin verbreiteten, so wie George Engel sie im

Sinn und wie sie Giovanni Fava bei ihm erfahren hatte. Was ich bis jetzt neben meiner vergangenen Verlagstätigkeit beibehalten habe, ist meine praktische psychotherapeutische Tätigkeit. Sie war nicht nur ein anregender Ausgleich für die hauptsächliche Schreibtischtätigkeit und eine Möglichkeit, meinen Arztberuf zumindest partiell weiter auszuüben, sondern auch hilfreich für die Auswahl der Bücher, die wir verlegt haben: In erster Linie solche, die ich selber gerne lese und die mir für die Praxis von Nutzen erscheinen.

Eine der Gemeinsamkeiten, die Giovanni und ich in unseren Gesprächen entdeckten, lag also in unserer jeweiligen »Pilgerschaft« in eine andere, uns vielversprechend erscheinende Medizin und Psychiatrie. Unsere individuellen Konsequenzen gingen dann letztlich in eine Richtung, die uns zu ganz unterschiedlichen Funktionen und Positionen führte, aber von ähnlichen Ideen und Überzeugungen geprägt war. Es entwickelte sich eine berufliche und private Freundschaft und da wir ja nun in Italien quasi Nachbarn sind, trafen und treffen wir uns oft zum gemeinsamen Essen und zu einem immer anregenden Gedankenaustausch.

## **Wider den Strom**

Giovanni Fava schloss 1977 sein Medizinstudium an der Universität Padua ab und absolvierte dort auch seine Facharztausbildung in Psychiatrie. Anschließend arbeitete er mehrere Jahre in den USA (Albuquerque und Buffalo, NY), kehrte 1988 nach Italien zurück und wurde außerordentlicher Professor für psychosomatische Medizin an der Fakultät für Psychologie der Universität Bologna. 1997 wurde er zum Professor für Klinische Psy-

chologie an der Universität von Bologna berufen und seit 1999 ist er klinischer Professor für Psychiatrie an der School of Medicine der University in Buffalo.

Seine Suche nach revolutionären Ansätzen in der Medizin hatte ihn früh nach Rochester, NY, geführt, weil er die Arbeiten von George Engel gelesen hatte. Die psychosomatische Medizin schien abseits der ausgetretenen Pfade zu liegen, auf denen er nicht mitlaufen wollte. Engel kritisierte den traditionellen Krankheitsbegriff und definierte ein einheitliches Konzept von Gesundheit und Krankheit: Beides gibt es nicht an sich, sondern nur ein dynamisches Gleichgewicht zwischen Gesundheit und Krankheit. Das biopsychosoziale Modell geht davon aus, dass Krankheit ein Ergebnis von interagierenden Mechanismen auf zellulärer, geweblicher, organismischer, interpersoneller und umweltbezogener Ebene ist. Dementsprechend muss die Untersuchung jeder Krankheit den Menschen als Individuum, seinen Körper und sein Umfeld als wesentliche Bestandteile des Gesamtsystems ansehen. Engel erkannte zudem damals schon die wachsenden Gefahren von Interessenkonflikten in der Medizin. Er wies bereits auf die Allianz zwischen kommerziellen Interessen in der Medizin und dem biomedizinischen Reduktionismus hin, die zu unnötigen Krankenhausaufenthalten, unverhältnismäßigem Einsatz von Medikamenten, unnötigen Operationen und überzogener medizinischer Diagnostik führen würde.

Wer einmal damit begonnen hat, gegen den Strom zu schwimmen, tendiert dazu, diese Richtung beizubehalten. Man kommt dadurch auch der Quelle immer näher. Was Fava bei George Engel gelernt und erfahren hatte, prägte ihn während seiner gesamten wissenschaftlichen und therapeutischen Laufbahn. Engel unterschied zwei Typen von Ärztinnen und Ärzten in deren medizinischer Orientierung: zum einen den »*physician scientist*«, zum anderen den »*scientist physician*«, also Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, die einen ärztlichen Hin-

tergrund haben, und solche, welche die Heilkunst auf der Basis ihrer wissenschaftlichen Ausbildung ausüben. Fava war stets klar, dass er zur letzteren Kategorie zählen wollte. Deshalb widmete er auch später im Rahmen seiner gesamten akademischen Laufbahn mindestens die Hälfte seiner Tätigkeit der unmittelbaren klinischen Versorgung. Das war weit vom Mainstream der traditionellen Psychiatrie entfernt, in der die große Mehrheit seiner akademischen Kolleginnen und Kollegen sich eher als »*physician scientists*« verstand. Auf einer psychiatrischen Tagung, in der es vor allem um Psychopharmaka und biochemische Aspekte ging, stellte er die provokante Frage: »Ist hier noch jemand, der überhaupt Patienten sieht?« (→S. 57), und erlebte, dass sich nur schüchtern einzelne Hände hoben.

Er setzte sich nicht nur für die regelmäßige Einbeziehung der Psychotherapie bei der Behandlung psychiatrischer Störungen ein, lange bevor die Psychiatrie sie offiziell »entdeckte« und in ihre Weiterbildungskataloge aufnahm. 1993 wurde er federführender Herausgeber der 1953 gegründeten Fachzeitschrift »*Psychotherapy and Psychosomatics*« im Karger Verlag und damit zu einem weltweit bekannten Protagonisten der beiden Fächer. Durch eine geschickte Publikationspolitik und die Auswahl herausragender Beiträge gelang es ihm, den *Impact Factor* dieses Journals in für diesen Bereich schon beinahe schwindelerregende Höhen zu steigern (zum Zeitpunkt dieser Publikation 17,7). Insgesamt hat er in dieser und in anderen Fachzeitschriften mehr als 500 Publikationen geschrieben. Darin wandte er sich immer wieder auch gegen die Kommerzialisierung der Psychiatrie, gegen den zum Teil massiven Einfluss der Pharmaindustrie auf die Behandlungsempfehlungen und geißelte die Rolle »gekaufter« Wissenschaftler bei der Formulierung von Leitlinien.

Darüber hinaus kritisierte er scharf die Überbewertung statistischer Metaanalysen. In diesen Auswertungen werden mög-



lichst viele Studien zu einem bestimmten medizinischen Problem oder einer Behandlung im Hinblick auf die Qualität der Durchführung und ihrer empirisch nachgewiesenen Wirksamkeit miteinander verglichen. Je nach Ergebnis werden dann daraus von medizinischen Fachgesellschaften »evidenzbasierte« Leitlinien entwickelt, an denen sich die Ärztinnen und Ärzte orientieren sollen. Das ist zum einen durchaus sinnvoll, weil damit die Anwendung wissenschaftlich nicht oder schlecht belegter Ansätze und ein beliebiges »Herumdoktern« verhindert werden können. Auf der anderen Seite besteht die Gefahr, dass Behandlungen über einen wissenschaftlichen Kamm geschert werden und die individuellen, sozialen und interpersonellen Bedingungen eines Patienten und die im Einzelfall so wichtige Arzt-Patient-Beziehung auf der Strecke bleiben. Es kann sich durch solche Metaanalysen gewissermaßen das Bild eines irgendwie »durchschnittlichen« Patienten aufdrängen (dem Fava, wie er in einem seiner Aufsätze augenzwinkernd schreibt, in seiner Praxis noch nie begegnet ist; →S. 108). Er bemerkt, dass an vielen der metaanalysierten Studien Wissenschaftler beteiligt sind, die in irgendeiner Weise mit der Pharmaindustrie verbunden sind, sei es durch Vortragshonorare, Drittmittel, bezahlte Kongressteilnahmen oder sonstige Vergünstigungen. Das lässt die Leitlinien und die Berufung auf eine solche »evidenzbasierte Medizin« (EBM) oft fragwürdig erscheinen.

Das angesehene »Journal of Clinical Epidemiology« veröffentlichte 2017 einen Frontalangriff von Fava gegen die Heilige Kuh der Klinischen Statistik und der Leitlinienkultur mit dem Titel »Evidence-based medicine was bound to fail« (Fava 2017) (Die evidenzbasierte Medizin war zum Scheitern verurteilt). Damit fachte er eine lebhaft und teilweise hochpolemische Diskussion in der betreffenden Wissenschaftsszene an bzw. belebte sie neu: einige weitere Schwimmszüge von Fava gegen

den Strom der »Leitkultur« in den herrschenden Lehrmeinungen.

Höhepunkt seiner akademischen und ärztlichen Karriere war die Entwicklung seines neuen therapeutischen Ansatzes, den er als »Well-Being Therapie« bezeichnete und den ich zu Beginn dieser Einführung beschrieben habe. Inzwischen ist das Manual in verschiedene Sprachen übersetzt worden und verbreitet sich in der therapeutischen Szene.

2021 wurde im englischen Verlag Oxford University Press seine Monografie über die Absetzproblematik bei Antidepressiva veröffentlicht (Fava 2021), ein Problem, das lange unterschätzt wurde und dringend einer Aufarbeitung bedarf. Die deutsche Übersetzung wird 2022 bei Schattauer erscheinen.

Während unserer Treffen hatte ich das Privileg, die Entstehung der deutschen Ausgabe des WBT-Buches (Fava 2018) begleiten und Teile des Manuskripts, zum Schluss den gesamten Text, vor dem Druck lesen zu können. In diesem Buch besticht die Präzision der Darstellung ebenso wie ihre Lebendigkeit. Fava illustriert seine wissenschaftlichen Aussagen immer wieder mit Kasuistiken und lebendigen Falldarstellungen. Dass das eine seiner Stärken ist, war mir seit Beginn unserer Begegnung aufgefallen und ich erfuhr durch diese Geschichten eine Menge über seinen therapeutischen Ansatz und seine ärztliche Orientierung, die meine eigene oft auf sehr wohltuende Weise bestätigte und erweiterte. Ich denke, wir sind tatsächlich so etwas wie »*kindred spirits*« – der deutsche Ausdruck »Seelenverwandte« ist mir dafür etwas zu hochtrabend und eher der deutschen Romantik eigen, aber so etwas in der Richtung dürfte es wohl sein.