

Helmwart Hierdeis / Martin Scherer (Hg.)

Psychoanalyse und Medizin

Perspektiven, Differenzen, Kooperationen



V&R

2018



Helmwart Hierdeis/Martin Scherer (Hg.)

Psychoanalyse und Medizin

Perspektiven, Differenzen, Kooperationen

Mit 5 Abbildungen

Vandenhoeck & Ruprecht

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind
im Internet über <http://dnb.de> abrufbar.

© 2018, Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Theaterstraße 13,
D-37073 Göttingen

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich
geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen
bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages.

Umschlagabbildung: Irmgard Hierdeis, Quelle direction?

Satz: SchwabScantechnik, Göttingen

Vandenhoeck & Ruprecht Verlage | www.vandenhoeck-ruprecht-verlage.com

ISBN 978-3-647-40295-6

Inhalt

| | |
|--|-----|
| <i>Helmwart Hierdeis und Martin Scherer</i> | |
| Einführung | 7 |
| <i>Günther Bittner</i> | |
| Sigmund Freud, der »Arzt der Moderne«? | 25 |
| Über Psychoanalyse und Medizin bei Freud und seinen Schülern | |
| <i>Günther Bittner und Volker Fröhlich</i> | |
| Über den Psychomorphismus organischer Krankheiten | 49 |
| <i>Georg Schönbächler</i> | |
| Placebo und Psychoanalyse – eine schwierige Beziehung ... | 77 |
| <i>Ulrike Kadi</i> | |
| Von innen aufgeessen? | 101 |
| Facetten des Körperraums in Psychoanalyse und Medizin | |
| <i>Paul L. Janssen</i> | |
| Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse | 123 |
| <i>Ute Auhagen-Stephanos</i> | |
| Fruchtbarkeit als biopsychosoziales Geschehen | 145 |
| <i>Eckhard Frick und Yvonne Petersen</i> | |
| Lohnt sich Psychoanalyse kurz vor dem Lebensende? | 171 |
| Psychoanalyse im Kontext von Palliative Care | |

Ulrich Lamparter

Psychoanalyse und Medizin brauchen Geschichte 195
 Das interdisziplinäre Projekt »Zeitzeugen des Hamburger
 Feuersturms (1943) und ihre Familien« – Ergebnisse und Konse-
 quenzen für die praktische Medizin im persönlichen Rückblick

Anna Buchheim

**Psychoanalyse und Neurowissenschaften am Beispiel
 der Depression** 221

Friedrich Stiefel, Barbara Stein und Wolfgang Söllner

Psychodynamische Aspekte im Konsiliar- und Liaisondienst 243

Gerhard Schüßler

Balint-Gruppen und ihre Bedeutung in der Medizin 271

Andreas Hamburger

Junktim oder Kooperation? 283
 Für eine forschende Psychoanalyse

Martin Teising

**Überlegungen zur Bedeutung ärztlicher Erfahrung
 für die Psychoanalyse** 317

Die Autorinnen und Autoren 335

Helmwart Hierdeis und Martin Scherer

Einführung

Fallbeispiel mit Kommentar zur Thematik

Die in diesem Buch versammelten Beiträge sind aus der Sicht der Psychoanalyse und der psychoanalytisch orientierten Psychosomatik bzw. Psychiatrie verfasst. Wer auf die eine oder andere Weise mit ihr vertraut ist, wird daher zu den folgenden Darstellungen und Überlegungen leichter Zugang finden als Leserinnen und Leser, die ihr ferner stehen. Dazu gehören vermutlich auch die meisten Vertreterinnen und Vertreter der Medizin. Um sie miteinzubeziehen, wollen wir das Kernthema der Psychoanalyse – das »Unbewusste« – kurz umreißen und ein paar Facetten des Verhältnisses Psychoanalyse – Medizin benennen, dessen Problematik auch unsere Zusammenarbeit als Herausgeber berührt hat.

Zunächst ein Fallbeispiel aus einer hausärztlichen Praxis (Lühmann et al., 2016, S. 12–15):

Morgens, kurz nach Öffnung der Praxis, stellt sich bei Dr. T. erstmalig die 43-jährige Frau B. vor, die nervös von einer etwa walnussgroßen, weichen Verdickung an der Oberschenkelinnenseite berichtet, die ihr vor einiger Zeit erstmals aufgefallen sei. Der Arzt hat nach der Schilderung der Patientin bereits die Vermutung, dass es sich bei der Veränderung um ein harmloses Lipom handelt. Und tatsächlich, nach kurzer Anamnese und Untersuchung stellt Dr. T. fest, dass diese Annahme richtig zu sein scheint. Dr. T. teilt der Patientin mit, dass er die Verdickung für eine gutartige Fettgewebeschwulst, ein sogenanntes Lipom, hält. Weitere Maßnahmen seien nicht erforderlich, aus kosmetischen Gründen könne Frau B. sich die Verdickung entfernen lassen. Für Dr. T. ist die Konsulta-

tion damit abgeschlossen, und er geht davon aus, der Patientin eine erleichternde Mitteilung gemacht zu haben. Die Patientin allerdings reagiert irritiert, verabschiedet sich kurz angebunden und geht. Später findet Dr. T. eine ärgerliche Rezension des Praxisbesuchs auf einer Onlineplattform, wo die Patientin für alle sichtbar angibt, nicht wieder in diese Praxis kommen zu wollen. Der Wortlaut: »Nettes Praxisteam, aber lange Wartezeit trotz Termin, dann ging alles ruckzuck, nicht viel gefragt, ein schneller Blick, und draußen war ich. Hatte keine Zeit nachzufragen, was ich habe, scheint nicht gefährlich zu sein, ich soll zum Schönheitschirurgen gehen, wenn es mich stört. Fühlte mich abgeschoben.« Kommentar Arzt: »Wie hätte ich ahnen können, dass noch Fragen bestehen? Schade, es hier im Netz zu platzieren, finde ich unfair. Ich versuche schon bis an meine Grenzen, alle Wünsche zufriedenzustellen.«

- Dr. T. hat mit der Abfolge »Beschwerden anhören, Untersuchung, Diagnose, Auskunft und eventuell Einleitung oder Empfehlung einer Therapie« ohne Zweifel kompetent gehandelt. Es ist anzunehmen, dass dieses Vorgehen seinem ärztlichen Habitus entspricht, wie er ihn sich in seiner beruflichen Sozialisation und in einer langen Berufstätigkeit angeeignet hat. Nicht zu vergessen ist der Zeitdruck, unter dem er arbeitet und dem zum Trotz er den Bedürfnissen seiner Klientel entgegenkommen will. Er sieht keinen Grund, an seiner bisherigen Praxis etwas zu ändern, vermutlich auch, weil alles zusätzliche Reden höheren Zeitdruck nach sich zieht und nicht zuletzt die Wirtschaftlichkeit seines Betriebs mindert.
- Lühmann et al. (2016) nehmen die beiderseitige Enttäuschung zum Anlass, sich über die Arzt-Patient-Beziehung unter dem Aspekt der Kommunikation Gedanken zu machen. Sie stellen fest, dass beide Protagonisten ihre jeweilige aktuelle Situation (Praxis einerseits, Lebensumstände andererseits) in die Konsultation hineinragen, sie aber im Augenblick der Begegnung nicht reflektieren oder gar benennen. In der Pragmatik seines Handelns sieht der Arzt die Patientin als eine unter Vielen an, die tagtäglich seine Hilfe beanspruchen. Er will sowohl in diagnostischer als auch in therapeutischer Hinsicht alles richtig machen. Die Reflexion der Beziehung scheint dabei nicht im Vordergrund zu ste-

hen. So übergeht er offenbar die eigene Befindlichkeit (Stress) ebenso wie die Befürchtungen und Erwartungen der Patientin. Insgesamt lässt er keine der Facetten von Empathie erkennen, die als unabdingbar für eine patientenzentrierte Versorgung angesehen werden, wie etwa Authentizität, Interesse am Gegenüber, Kommunikations- und Beziehungsfähigkeit oder die Fähigkeit, emotionale Äußerungen des Patienten anzunehmen und dafür Verständnis zu zeigen (Lühmann et al., 2016, S. 13, nach Derksen, Bensing u. Lagro-Janssen, 2013). Für Dr. T. hätte das zumindest heißen müssen, dass er seine Verspätung erklärt, mögliche Ängste von Frau B. anspricht, darauf eingeht und sich vergewissert, dass für den Augenblick keine Fragen offengeblieben sind – und zwar ohne Anzeichen von Zeitdruck. Dass die Patientin ihrem Ärger nicht in der Situation, sondern nachträglich über das Internet Luft macht, hätte ihn zum Nachdenken darüber anregen können, ob er nicht vielleicht zu dominant aufgetreten ist.

- Kein Psychoanalytiker wird die Angemessenheit des ärztlichen Handelns von Dr. T. infrage stellen. Und Ärztinnen/Ärzte, die darüber hinaus fähig sind, Anteilnahme, Einfühlungsvermögen und Interesse an der *Person* des Gegenübers und nicht nur am Rollenträger Patient zu zeigen und dabei sich selbst als Dialogpartner wahrzunehmen, kämen seinem Beziehungsideal nahe. Was ihn oder den psychoanalytisch orientierten Arzt vom empathischen Kommunikator im oben beschriebenen Sinne unterscheidet, ist sein Interesse an der Einzigartigkeit der Person, mit der er es zu tun hat, an der Besonderheit ihrer Lebensgeschichte und deren Niederschlag in ihrem Unbewussten, am Bild, das sie von sich und von ihrer psychischen und/oder somatischen Erkrankung hat. Im konkreten Fall würde er zum Beispiel den Phantasien nachgehen, die das Lipom bei Frau B. vor und nach der Diagnose ausgelöst hat, danach fragen, inwieweit die Szene mit Dr. T. bei ihr frühere Szenen und Gefühle der Ohnmacht wachgerufen hat. Er würde dabei nicht nur auf ihre verbalen Äußerungen achten, sondern die Frau insgesamt als personifizierte Erzählung ansehen. Wäre sie seine Patientin, würde er mit ihr im Rahmen seines speziellen Settings und in festen Zeiteinheiten an diesen Themen arbeiten. Und nähme Herr Dr. T. an einer von ihm geleiteten Balint-Gruppe

teil, käme zumindest die Frage auf, wie der aufopferungsvolle, »wunscherfüllende« Arzt, als den er sich selbst sieht, so einschüchternd wirken kann, dass es der Patientin die Sprache verschlägt.

Kernthema der Psychoanalyse: Das Unbewusste

Wenn wir vom Unbewussten sprechen, so greifen wir damit ein Phänomen auf, das der Arzt zwar dem Begriff nach kennt, zu dem er, falls er es überhaupt für relevant hält, auch seine Alltagstheorien haben mag, dem er aber im Rahmen seiner Berufsausübung kaum Aufmerksamkeit schenkt – auch weil es in seiner Professionalisierung nicht von Bedeutung ist. Die Psychoanalyse sieht sich hingegen als die Wissenschaft vom Unbewussten schlechthin. Dabei geht es ihr nicht in erster Linie um die auch von anderen Wissenschaften (z. B. Verhaltensphysiologie, Kognitive Psychologie, Gehirnforschung) experimentell erforschten Sedimente vorbewusster und subliminaler Wahrnehmungen oder um Inhalte des prozeduralen und deklarativen Gedächtnisses, die »in Vergessenheit geraten« sind (vgl. Roth, 2003, S. 228 ff.). Vielmehr stehen im Zentrum ihrer Praxis, Forschung und Theoriebildung jene Bereiche/Felder/Dimensionen des Unbewussten,

- deren Inhalte einmal bewusst waren, aber durch psychische Energien (»Widerstand«) davon abgehalten werden, wieder ins Bewusstsein aufzusteigen – nach Freud das »Verdrängte« (Freud, 1923b, S. 327 ff.);
- die als weiterwirkende archaische Erbschaft der Menschheitsgeschichte anzusehen sind – Freud hat sie unter dem Begriff »Es« subsumiert (Freud, 1923b, S. 237 ff.; vgl. Bittner, 2016), und schließlich
- die in Form von frühesten, durch die Interaktion des vorgeburtlichen und frühkindlichen Subjekts und seines Körpers mit der sozialen Umwelt verursachten »Einschreibungen« (Quinseau, 2008, S. 17 ff.) seine psychische Struktur mitbedingen, nichtsprachliche Erinnerungsspuren also, die daher sprachlich auch nicht fassbar sind und »allenfalls in poetisch-metaphorischen Bildern umkreist oder aus neuronalen und endokrinologischen Korrelaten erschlossen werden« können (Bittner, 2018; vgl. Buchholz u. Gödde, 2005 ff.).

In diesem Sinne ist das Unbewusste eine Art Gedächtnis. Es ist allerdings nicht mit einem geordneten Speicher zu verwechseln, sondern gleicht eher einem »Schwarm« von Inhalten, die dauernd »umgeschrieben« und damit neu kodiert und umstrukturiert werden. Dieses in Dauerbewegung befindliche Unbewusste hat Folgen für das Subjekt: »Die unbenannten, verdrängten, niemals mit Sprache verbundenen Interaktionsformen wirken im Unbewussten in einem dynamischen Sinne weiter, das heißt, sie beeinflussen das menschliche Erleben und Verhalten grundlegend« (Quinseau, 2008, S. 20) und gehen allen bewussten Prozessen voraus.

Ein solches Konzept bedingt ein eigenes Menschenbild, das den Menschen auf einer nur hypothetisch erschließbaren Antriebsbasis fühlen, denken und handeln sieht (vgl. Roth, 2003). Aus ihm folgt ein besonderes Erkenntnisinteresse: »Die Psychoanalyse zielt in erster Linie auf die Aufdeckung unbewusster seelischer Handlungen und Erlebnisformen. Sie versucht, ein Erklären und Verstehen von Handlungszusammenhängen vorzunehmen, deren Gründe nicht bewusstseins- und argumentationszugänglich sind, die nicht oder nur unzureichend aus sich selbst heraus verstanden werden können, weil sie auf unbewussten Handlungsintentionen und Sinnzusammenhängen beruhen« (Mertens u. Haubl, 1996, S. 7). Die Medizin hat demgegenüber zunächst ausschließlich Bewusstes als Ansatzpunkt: das geäußerte oder sichtbare Leiden, den Beratungsanlass, die zur Verfügung stehenden Therapien. Sie sieht sich dem bewusst wahrnehmbaren Wohlbefinden der Patienten verpflichtet und orientiert sich eher an einem Bild vom Menschen als System von nomothetisch fassbaren Beziehungen, das dementsprechend empirisch überprüfbares Handeln nach sich zieht (vgl. Zepf, 2003/2013, S. 83 ff.).

Facetten des Verhältnisses Psychoanalyse - Medizin

Wir Herausgeber, ein Psychoanalytiker und ein Arzt für Allgemeinmedizin, ersterer ein ehemaliger, aus der geisteswissenschaftlichen Tradition seiner Disziplin kommender Erziehungswissenschaftler, letzterer in leitender Funktion an einer Universitätsklinik tätig, haben uns zusammengetan, um uns von Kolleginnen und Kollegen, die von Berufs wegen entweder in beiden Feldern arbeiten oder

zumindest fachliche und praktische Berührungspunkte haben, etwas über ihre aktuellen Erfahrungen, Forschungen und Erkenntnisse berichten zu lassen. Wir verstehen die hier versammelten Beiträge als Partikel eines Praxis-, Forschungs- und Diskussionsfeldes, das nur sehr allgemein einzugrenzen ist. Denn ob von persönlichen Befindlichkeiten und Erfahrungen oder von objektivierbaren Gegebenheiten die Rede ist, von der psychotherapeutischen bzw. ärztlichen Praxis oder von wissenschaftlichen Untersuchungen, von Plausibilitäten oder von kausalen Zusammenhängen – immer stehen die Fragen im Raum: Wie wirken Psyche und Soma zusammen? Wie verstehen Psychoanalytiker und psychoanalytisch orientierte Psychosomatiker und Psychiater diese Zusammenhänge? Welche Folgen haben ihre jeweiligen Sichtweisen und Theorien für die praktische Ausübung ihrer Berufe? Wie und auf welchen Arbeitsgebieten finden sie einen Modus der Verständigung und Kooperationsmöglichkeiten mit einer Medizin, die (Psychosomatik und Psychiatrie ausgenommen) vom Zusammenspiel Psyche – Soma und gar von der Psychoanalyse wenig weiß, ohne unter ihrer Unkenntnis allzu sehr zu leiden?

Zumindest im Hinblick auf die Arzt-Patient-Beziehung ist ein Wandel erkennbar: Die Forderung nach einer »sprechenden Medizin« hat über die Psychosomatik hinaus Geltung erlangt. Das Desiderat einer verbesserten Kommunikation (Abbau paternalistischer Umgangsformen, Annäherung an personorientierte, symmetrische Beziehungen) geht nicht nur aus den »Leitlinien« und Positionen der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) hervor (www.degam.de), sondern schlägt sich auch in Kommunikationsübungen im Rahmen des Medizinstudiums nieder (vgl. Reformstudiengang i-Med, www.uke.de). Schließlich geben die DEGAM-Leitlinien seit vielen Jahren Hinweise darauf, wie unterschiedliche Symptome als mögliche Ausdrucksformen biologischer, psychischer oder sozialer Problemlagen entlang dem biopsychosozialen Modell differenzialdiagnostisch eingegrenzt werden können (DEGAM, 2008/2014). Die von einigen Autorinnen und Autoren dieses Bandes erwünschte und teilweise praktizierte Kooperation ist »Arbeit an Bruchlinien und Widersprüchen des Gesundheitssystems« (Lamparter in diesem Buch). Damit ist sie aber auch Arbeit an den voneinander abweichenden Vorannahmen, Menschenbildern,

Bedürfnissen, Erwartungen, beruflichen Selbstverständnissen und Professionalisierungsformen von Psychotherapeuten und Ärzten. Das betrifft allerdings nicht die Psychoanalyse allein, sondern auch die anderen psychodynamischen oder verhaltenstheoretisch begründeten therapeutischen Richtungen.

Die Schwierigkeiten waren auch bei unserer Zusammenarbeit zu spüren. Wir haben bei der Konzeption des Bandes, bei der Beurteilung der eingegangenen Texte und erst recht bei unseren Diskussionen zur Metaebene erfahren, was es bedeutet, als Psychoanalytiker nicht auch Arzt und als Arzt nicht auch Psychoanalytiker zu sein, völlig unterschiedliche Wege zu unseren Berufen absolviert zu haben, auf unterschiedliche wissenschaftliche Paradigmen und Standards eingeschworen zu sein, in der Praxis unterschiedlichen Erkenntnisinteressen, Therapievorstellungen und Evaluierungsformen zu folgen und im Rahmen ganz unterschiedlicher Settings tätig zu sein. Wir sind beide davon überzeugt, dass es notwendig ist, in biopsychosozialen Zusammenhängen zu denken und vermehrt Formen der Zusammenarbeit zwischen Psychoanalyse und Medizin in Forschung und Praxis zu finden. Wir gehen beide in unseren Diagnosen davon aus, dass »zwischen Ursache und Wirkung immer Bedeutungsverteilung stattfindet« (Hontschik, 2006, S. 42), und wir halten beide einen Methodenmonismus für überholt und sehen multimethodische Zugänge als fruchtbar an. Dennoch sind wir bei unseren gegenseitigen Verständigungsversuchen schnell auf Probleme gestoßen, wenn es etwa um die Wirkung des allen kognitiven Prozessen vorausgehenden und sie unterschwellig begleitenden »Unbewussten« ging, um die Einbeziehung der Selbstdeutung und der subjektiven Krankheitsbilder des Patienten bzw. der Patientin in den therapeutischen Prozess, um die Bedeutung des Einzelfalls gegenüber Stichproben und Grundgesamtheiten, um die Relevanz »weicher«, das heißt phänomenologischer und hermeneutischer Methoden bei der Wissensgewinnung, um die Verallgemeinerbarkeit von Erkenntnissen, um die Funktion und Schärfe von Begriffen oder um die Sprache, in der Wissen ausgedrückt und kommuniziert werden kann und soll. Wir haben unsere Sichtweisen angenähert, aber nicht zur Deckung gebracht.

Wie eingangs gesagt, richtet sich in allen Beiträgen der Blick von »der Psychoanalyse« (Psychoanalytikern, psychoanalytisch orientierten Psychosomatikern und Psychiatern) auf »die Medizin«. Das hat

einerseits historische Gründe; denn schon Freud hatte sein Leben lang große Mühe, sein eigenes Arzt- und Psychologesein miteinander zu versöhnen, und verwandte viel Energie darauf, sich mit der Skepsis und dem Widerstand der Ärzteschaft auseinanderzusetzen. Andererseits befindet sich die Psychoanalyse im heutigen Gesundheitssystem personell und hinsichtlich ihrer Ressourcen in einer marginalen Lage und steht daher unter einem ganz anderen Legitimationsdruck als die Medizin, deren Existenzberechtigung allenfalls Gesundheitsbeter und Schamanen bestreiten würden. Die Medizin wiederum hält den von vielen als unwissenschaftlich geltenden Störenfried gern auf Distanz, und etliche ihrer Vertreter sehen unter Verweis auf die von ihnen hochgehaltenen Standards und die knappen Ressourcen im Verschwinden der Psychoanalyse aus Klinik und Universität einen Erfolg »der Wissenschaft«.

Neben dem Zwang, sich zu rechtfertigen oder zu verteidigen, hat die Psychoanalyse gegenüber der Medizin in unseren Augen insbesondere vier Aufgaben:

- Die *erste* hat mit ihrem Wissenschaftsverständnis und ihren Methoden zu tun: Sie muss dem Ideal einer empirischen Einheitswissenschaft, dem die Medizin sich weitestgehend verpflichtet sieht, ihre »Vielsprachigkeit« und damit ihre spezielle (Tiefen-) Hermeneutik entgegenhalten.
- Die *zweite* Aufgabe sehen wir in der dauernden Prüfung ihres eigenen Wissenschaftsverständnisses (vgl. Leuzinger-Bohleber, Deserno u. Hau, 2004; Leuzinger-Bohleber, Benecke u. Hau, 2015; Hierdeis, 2016). Es entwertet weder das »Junktum zwischen Heilen und Forschen« (Freud, 1927a, S. 293) noch die Bedeutung der Intuition in der analytischen Situation noch den Reichtum ihrer Hermeneutik, wenn sie sich etwa für linguistische Zugänge (vgl. Buchholz, 2016, S. 252 ff.; Reich, 2016, 291 ff.), Steinert u. Leichsenring, 2017, S. 28 ff.; Mikroanalysen der analytischen Situation (vgl. Andreas Hamburger in diesem Buch) oder für die Überprüfung ihrer Wirksamkeit mit quantitativen Methoden öffnet (vgl. Rüger, 2015, S. 52 ff.; Steinert u. Leichsenring, 2017, S. 28 ff.; Anna Buchheim in diesem Buch). Um eine Stimme aus der Psychoanalyse zu zitieren: »Keine Wissenschaft kann ihren Fortschritt ganz aus sich selbst schöpfen« (Körner, 2007, S. 30).

- Eine *dritte* Aufgabe der Psychoanalyse besteht darin, dass sie gegenüber der Medizin das ins Spiel bringt, was ihre Besonderheit im Gesundheitssystem ausmacht: ihr psychodynamisches Beziehungswissen und ihre praktische Beziehungskompetenz.
- Die *vierte* Aufgabe – die Wahrnehmung ihrer gesellschafts-, kultur- und ideologiekritischen Funktion – weist über die klinischen Aufgaben hinaus: Ihr vielschichtiges, weit über eine Ökonomiekritik hinausgehendes »Unbehagen in der Kultur« zu äußern, ist ein zeitloses und gerade angesichts der aktuellen Phantasien über den »Neuen Menschen« höchst dringliches Projekt (vgl. Hierdeis, 2014, S. 32 ff.). Bundesgenossen findet sie heute in der Sozialmedizin und Medizinethik.

Zur Abfolge der Beiträge

Nachdem wir von vorneherein weder eine resümierende noch eine systematisierende Absicht verfolgt haben, hatten auch unsere Autorinnen und Autoren die Freiheit, etwas zur Sprache zu bringen, das sie für unseren Zusammenhang für wichtig hielten. Der Verdacht der Beliebigkeit, der angesichts der Themenvielfalt zunächst aufkommen könnte, verliert sich bei der Lektüre schnell und macht dem Eindruck Platz, dass sich jeder Beitrag für einen Einstieg in die Gesamthematik eignet. Einen Überblick gestatten die folgenden Beitragsskizzen. Wir haben deren Abfolge so angeordnet, dass sie mit einer historischen Anbindung der Thematik beginnt (*Bittner*) und mit Überlegungen fortfährt, ob in den psychoanalytischen Leib-Seele-Konzepten nach Freud mit ihrer Betonung des Unbewussten als offene Frage nicht etwas für die heutige Medizin, insbesondere für die Psychosomatik, Bewahrenswertes enthalten ist (*Bittner, Fröhlich*). Ihnen schließt sich eine Abhandlung zur Geschichte der Placebos und zu den psychischen Voraussetzungen ihrer Wirksamkeit an (*Schönbächler*). Beiträge zur psychoanalytischen Körpertheorie (*Kadi*) und zum Verständnis einer psychoanalytischen Psychosomatik (*Janssen*) leiten zu psychoanalytischen Interventionen in Extremsituationen über: bei unerfüllten Schwangerschaftswünschen (*Auhagen-Stephanos*) und am Ende des Lebens (*Frick, Petersen*). Höchst unterschiedliche methodische Zugänge werden bei

der Erforschung transgenerationaler Folgen von Traumatisierungen (*Lamparter*) und der Wirksamkeit psychoanalytischer Therapie bei Depressionen (*Buchheim*) sichtbar. Wie sich psychoanalytische Orientierungen in der klinischen Fallreflexion bewähren, zeigen die Arbeiten zu den Konsiliar-/Liaisondiensten (*Stiefel, Stein, Söllner*) und zur Balint-Gruppenarbeit (*Schüßler*). Den Abschluss bilden zwei Beiträge, von denen einer danach fragt, ob sich die multidisziplinäre Erforschung der Mikrostruktur analytischer Sitzungen auf therapeutische Beziehungen insgesamt übertragen lässt (*Hamburger*), und der zweite mögliche gegenseitige Bereicherungen von Psychoanalyse und Medizin im Hinblick auf das Arzt-Patient-Verhältnis, auf Diagnostik und Berufsethik in den Fokus rückt (*Teising*).

Zu den Texten

Wie der Wiener Nervenarzt Sigmund Freud zum Begründer der Psychoanalyse wurde und wie es aktuell um deren »Selbstpositionierung« steht, diesen Fragen geht *Günther Bittner* nach. Er verfolgt Freuds Weg vom Humanbiologen und Mediziner zum Psychologen, der die Psychoanalyse neben der Medizin – aus theoretischen wie aus wissenschaftspolitischen Gründen – als eigenes System installieren möchte, dem es aber selbst schwerfällt, die behauptete Trennung in nichtmedizinischen Begriffen und Modellen deutlich zu machen. Auch wenn sich nach dem Ersten Weltkrieg eine Annäherung anbahnt (»Kriegsneurosen«), bleibt Freud gegen alle Widerstände auch vonseiten seiner Schüler bei einem »Dualismus«. Für den unleugbaren Einfluss des Psychischen auf den Körper entwickelt er das Konzept der Affektverschiebung (»Konversion«). Die mit den 1920er Jahren sich entwickelnde Psychosomatik verwischt die Grenzen endgültig. Bittner plädiert dafür, die Eigenständigkeit der Psychoanalyse gegenüber der Medizin so zu verstehen, dass sie gegen die fehlende Falsifizierbarkeit ihrer Theorien auf die Plausibilität ihrer somatischen Korrelate setzt.

Ausgehend von eigenen Erkrankungen, die sie nach einer möglichen psychischen Bedingtheit fragen lassen, schlagen *Günther Bittner* und *Volker Fröhlich* einen Bogen von Freuds Skepsis gegenüber solchen Annahmen über die biomorphistischen und psycho-

morphistischen Spekulationen der Freud-Schüler Groddeck und Ferenczi bis hin zur heutigen Psychosomatik. Die Entwicklung sehen sie als ambivalent an. Denn einerseits habe die somatische medizinische Forschung große Fortschritte gemacht und damit einen schärferen Blick auf die biochemischen Mechanismen ermöglicht. Andererseits sei zu beobachten, dass die biopsychosozialen Theoriemodelle der aktuellen Psychosomatik dem Unbewussten keinen Raum mehr ließen. Auch die Auflösung des früheren Katalogs psychosomatischer Krankheiten zu einem alle Krankheiten einschließenden integrativen Prinzip beurteilen sie skeptisch, weil ihrer Einschätzung nach die Gefahr droht, dass das Psychische als empirisch vergleichsweise schwer zu fassendes Moment (und darin das Unbewusste als das nur über seine Wirkungen zu erschließende) dem Druck der Evidenzbasierung nicht standhalten könne. Die Folgen für die Psychoanalyse könnten in ihrer Selbstaufgabe durch Anpassung bestehen. Um dem zu entgehen, plädieren sie für eine psychoanalytisch orientierte Psychosomatik.

Georg Schönbacher verweist zu Beginn seines Beitrags auf die Verwandtschaft zwischen Psychotherapie und Placebo, die beide über psychische Mechanismen wirken. Nach einem historischen Abriss zur Herkunft des Placebobegriffs nimmt er eine Differenzierung von Placeboeffekt und Placeboreaktion vor und beschreibt die beiden wichtigsten Störfaktoren, die einen Placeboeffekt vortäuschen können: den Spontanverlauf (»natural history«) und das Regression-to-the-mean-Phänomen. Die Placeboreaktion ist für ihn das Resultat einer Bedeutungserteilung, die in einer therapeutischen Intervention aufgrund verschiedenster Kontextvariablen vollzogen wird. Auf diese Weise trägt sie zur Wirkung einer jeden therapeutischen Intervention bei. Der klinische Einsatz von Placebos erfolgt auf der Basis von kontrollierten, randomisierten Doppelblindstudien. Im Zusammenhang mit möglichen Wirkungsmechanismen diskutiert Schönbacher die Konditionierungstheorie, die Erwartungstheorie und die Bedeutungstheorie. Unter psychoanalytischen Aspekten versteht er Placebos als Projektionsobjekte mit wunscherfüllender Bedeutung. Ihre Wirkung setzt unbedingtes Vertrauen in das Einfühlungsvermögen und das angemessene Handeln des Therapeuten voraus.

Der Raum im Körper und der Körper im Raum bilden das Zentrum der Überlegungen im Beitrag von *Ulrike Kadi*. Am Beispiel des Zeichentrickfilms »Birth« über eine junge schwangere, später gebärende Frau werden Phantasien und Ängste zum Innenraum des (mütterlichen) Körpers mit dem Erleben des Außenraums in Verbindung gebracht. Psychoanalytische und medizinische, im Speziellen geburtshilfliche Perspektiven umfassen sowohl Lebens- wie Todesaspekte des Körpers. In der Spannung zwischen diesen beiden Polen haben sich historische Vorstellungen über das politische Funktionieren eines Staatswesens geformt, die in der Folge umgekehrt auf medizinische Körperkonzepte rückgewirkt haben. Politisch, aber auch medizinisch und psychoanalytisch wird auf einen im Inneren des Körpers verorteten Tod reagiert. Es zeigt sich, dass das gegenwärtig vorherrschende Paradigma einer biopolitischen Regulierung des medizinischen Gattungkörpers mit individuellen Phantasien und Ängsten, den Körper(raum) betreffend, zusammenhängt, weshalb es wenig Sinn macht, den Körper der Biopolitik in psychoanalytischen Zugängen zum Körper außer Acht zu lassen.

Paul L. Janssen sieht in der Psychosomatik eine Lehre von der Bedeutung psychosozialer Vorgänge für Entstehung und Verlauf körperlicher Erkrankungen und von den psychisch-somatischen und somato-psychischen Wechselwirkungen. Sie schließt psychoanalytische, neurobiologische, verhaltensmedizinische und salutogenetische Positionen ein. Psychoanalytische Konzepte (z. B. vom Unbewussten, von der inneren Realität, von den Triebabwehrkonflikten) machen es möglich, somatoforme und funktionelle Störungen sowie Ich-Funktionsstörungen zu erkennen und zu bearbeiten. Als besonders fruchtbar für das psychoanalytische Verständnis von Psychosomatik sieht der Autor bindungs- und mentalitätstheoretische Ansätze und die Selbstpsychologie Kohuts an, weil sie plausibel machen können, wie frustrierende frühe Bindungserfahrungen und dauerhafte Kränkungen des Selbst somatisch wirksame Traumatisierungen nach sich ziehen können. Den Schwerpunkt der psychoanalytischen Behandlungsstrategie sieht Janssen darin, das Krankheitsbild des Patienten zu explorieren und ihn für eine Beziehung zum Therapeuten zu gewinnen. Er selbst vertritt eine multimodale, psy-

choanalytisch begründete Komplextherapie, die somatisch-pflegerische Aktivitäten mit Musik- und Maltherapie sowie mit Einzel- und Gruppentherapie verbindet. Die Umsetzung des Konzepts demonstriert er am Beispiel einer somato-psychisch gestörten Patientin mit struktureller Ich-Störung.

Die anthropologische Basis ihrer Überlegungen zum Mutter-Embryo-Dialog besteht für *Ute Auhagen-Stephanos* in der Fortpflanzung als biologischem Grundprinzip. Sie ist beim Menschen psychisch gesteuert – was eine oft dualistisch denkende Medizin noch nicht zur Gänze realisiert hat. Die Autorin sieht die Fruchtbarkeit in einem biopsychosozialen Kontext. In der Gegenwart sei sie ein »zerbrechliches Gut« geworden, erkennbar an Fertilitätsstörungen, kulturell bedingten Unsicherheiten über den richtigen Zeitpunkt für eine Schwangerschaft und, besonders auf weiblicher Seite, am Unwissen über den eigenen Körper. Diese Probleme treten bei der medizinisch assistierten Schwangerschaft offen zutage. Zur theoretischen Grundlegung ihrer therapeutischen Interventionen bei Frauen mit unerfülltem Schwangerschaftswunsch zieht Auhagen-Stephanos die Forschungen zur Bindungsanalyse und zum Placebo heran. An Fallbeispielen aus ihrer Praxis demonstriert sie, wie die Patientinnen durch Psychotherapie und den Mutter-Embryo-Dialog Vertrauen in den eigenen Körper gewinnen und in einen Dialog mit ihren imaginierten oder bereits realen Embryos eintreten.

Eckhard Frick und *Yvonne Petersen* entwickeln in Dialogform und gestützt auf Fallvignetten Überlegungen zur Sinnhaftigkeit einer psychoanalytisch orientierten Sterbebegleitung. Die Therapeutin/der Therapeut weiß, dass sich die Begegnung mit dem sterbenden Menschen auf der Ebene des Lebens wie auf der des Sterbens abspielt. Sie wird erkennbar von dem nach oben drängenden biografischen Material und von Ängsten vor dem Kommenden bestimmt. Die analytische Antwort besteht darin, Präsenz zu bieten, den eigenen Resonanzraum zu öffnen, herauszufinden, wie viel Selbstbestimmung dem Sterbenden im Hinblick auf Setting und Erzählen möglich ist, ein Gespür für dessen innere Zeit und Vulnerabilität zu entwickeln, auf die Übergänge von der Inhalts- und Beziehungsebene zum somatischen Befinden (z. B. Atemnot) zu achten und besonders wachsam zu sein im Hinblick auf die eigenen Gegenübertragungsgefühle. In

der Todesnähe sehen die Dialogpartner eine Brücke zu Psychotherapie und Spiritual Care.

Gestützt auf eigene Erfahrungen als Psychoanalytiker und Psychosomatiker an einer Universitätsklinik reflektiert *Ulrich Lamparter* wissenschaftstheoretische und institutionelle Schwierigkeiten im Verhältnis von Medizin und Psychoanalyse. Ein Defizit teilen für ihn beide: die Blindheit für Sedimente der Zeitgeschichte in den Biografien ihrer Patientinnen und Patienten mit ihren pathogenen psychischen und somatischen Nachwirkungen. Diesen widmete sich unter Lamparters wesentlicher Mitwirkung ein interdisziplinäres Forschungsprojekt an Überlebenden des »Hamburger Feuersturms« von 1943. Bei über zwei Drittel der mit aufwändigen lebensgeschichtlichen Interviews Untersuchten bestehen bis heute psychische Folgen der damaligen Kriegserfahrung, die mit charakteristischen Bewältigungsstrategien und Einstellungen einhergehen und in einer soziokulturellen Gedächtnisbildung gerahmt sind. Auch die Suche nach Auswirkungen in der Folgegeneration über ein eigenes Interviewsample zeigt Fortwirkungen des »Feuersturms«. Besonders werden relevante Ängstlichkeitsparameter und Abgrenzungsbedürfnisse gegenüber den Älteren bei den Jüngeren sichtbar. Die Ergebnisse lassen es für Lamparter nicht zu, dass Psychoanalyse und Medizin Personen allzu leicht von ihren lebensgeschichtlichen Schicksalen abstrahieren.

Nach dem Aufruf des Nobelpreisträgers Eric Kandel, den wissenschaftlichen Dialog zwischen Psychoanalyse und Neurowissenschaften zu intensivieren, hat sich nach *Anna Buchheim* der interdisziplinäre Dialog zunehmend verstärkt. Untersuchungen der neuronalen Korrelate von Patienten während einer Psychotherapie wurden in der Vergangenheit überwiegend für kognitiv-behaviorale und interpersonelle Kurzzeittherapien durchgeführt. Studien zum Effekt von psychoanalytischen Therapien lagen bis dato nicht vor. Die *Hanse-Neuro-Psychoanalyse-Studie* griff erstmals dieses Forschungsdesiderat auf, indem sie chronisch depressive Patienten in psychoanalytischer Behandlung mit der funktionellen Magnetresonanztomografie (fMRT) und dem Elektroenzephalogramm (EEG) untersuchte. Dazu wurden *individualisierte Paradigmen* entwickelt, um spezifische auf den Patienten abgestimmte Aspekte im Stimulusmaterial abbilden zu

können. In diesem Beitrag fasst Buchheim auszugsweise Ergebnisse dieser neuronalen Veränderungen zusammen. Weiterhin referiert sie Befunde zur veränderten Konnektivität bei depressiven Patienten während einer stationären Behandlung sowie Befunde einer Einzelfallstudie mit wiederholten fMRT-Messungen bei einer *depressiven* Patientin im Laufe einer niederfrequenten analytischen Psychotherapie.

Friedrich Stiefel, Barbara Stein und *Wolfgang Söllner* skizzieren eingangs die Entstehung der Psychoanalyse aus der Medizin und ihren Weg über die suggestive Krankenbehandlung in der Generation nach Freud bis zu den ersten Ansätzen einer wissenschaftlichen Psychosomatik. In diesem Zusammenhang gerät die Arzt-Patient-Beziehung in den Fokus der Aufmerksamkeit. Michael Balint entwickelt in der Folge seine Theorie und Praxis der Bearbeitung von Übertragungs-/Gegenübertragungsgefühlen als Bestandteil der ärztlichen Profession (Balint-Gruppen). Auf sie wiederum bezieht sich die aus den USA stammende Konsiliar-Liaison-Psychiatrie. Deren Besonderheiten diskutieren Stiefel, Stein und Söllner unter Einbeziehung der klinischen Rahmenbedingungen anhand von Fallbeispielen aus der Onkologie. Ihre Begleitforschung – orientiert an Lorenzers Konzept des »szenischen Verstehens« – konzentriert sich auf das Interaktionsgefüge zwischen allen am Behandlungsgeschehen Beteiligten, auf die Reaktivierung unbewusster Konflikte auf der Seite des Patienten und auf dessen Körpererleben, besonders in Situationen existenzieller Bedrohung. Sie machen auch auf Probleme der Konsiliar-Liaison-Arbeit im Organisationsgefüge der Klinik aufmerksam und informieren abschließend über die Schulung von Konsiliar-Liaison-Therapeuten.

Literaturrecherchen zur Verbindung von Psychoanalyse und klinischer Medizin führen *Gerhard Schüßler* zu dem Ergebnis, dass die Psychoanalyse dort nur in Gestalt von Balint-Gruppen weiterexistiert. Nach einem Blick auf Michael Balints Leben und Wirken zeichnet er die Entwicklung der Balint-Arbeit international und im deutschsprachigen Raum nach und verweist insbesondere auf deren Institutionalisierung in der Regelausbildung der Ärzte und in der klinischen Praxis. Hinter der Teilnahmeverpflichtung steht die Absicht, möglichst alle Ärzte in die regelmäßige Reflexion ihrer Beziehung zu

den Patientinnen und Patienten einzubinden, sie für die dabei aufkommenden Gefühle zu sensibilisieren (Übertragung/Gegenübertragung) und bei ihnen auf diese Weise eine partnerschaftliche und interaktive Einstellung zu erzeugen. Wie Schüßler belegt, sind die positiven Effekte der Balint-Gruppenarbeit nachweisbar. Eine Fallvignette demonstriert die Dynamik der Arzt-Patient/Arzt-Gruppenbeziehung. Sie macht sowohl die klärende und stützende Funktion der Gruppe sichtbar als auch die Gefahr der möglichen Isolation der Arzt-Patient-Beziehung im Klinikalltag.

Wenn es zu Freuds Zeiten ein MRT gegeben hätte, so die These von *Andreas Hamburger*, so hätte er es sicherlich benutzt, um im Gehirn die Seele zu finden – und hätte sie ebenso wenig gefunden wie mit dem Mikroskop. Er hätte weitergehen müssen zu jener Beziehungstheorie, zu der die Psychoanalyse schließlich geworden ist. Von einem neurobiologischen Startpunkt aus, der erstaunliche Parallelen zum gegenwärtigen Stand der neurobiologischen Forschung (Singer) aufweist, entwickelte sie sich zur sozialen Subjekttheorie. Die interaktionalen Konzepte der Selbstpsychologie und der Objektbeziehungstheorie haben empirische Forschungsrichtungen wie die psychoanalytische Säuglingsforschung und das Bindungs- und Mentalisierungsparadigma inspiriert, die heute im Zentrum der psychoanalytischen Entwicklungstheorie stehen. Der Beitrag zeigt den Übergang von der Junktim- oder Online-Forschung der analytischen Erfahrung zur multidisziplinären Erforschung der temporalen Mikrostruktur analytischer Sitzungen als Zukunft einer psychoanalytischen Grundlagenforschung, die auch für die unbewusste musikanaloge Koproduktion von Begegnungsmomenten im therapeutischen Dialog sensibilisiert.

Martin Teising setzt mit seinen Überlegungen bei Freud an, dessen psychoanalytische Theoriebildung im Rahmen der Medizin beginnt. So hofft Freud anfangs auf eine naturwissenschaftliche Erklärung der Neurosen. Später, in seinen Aussagen zur »Laienanalyse«, zeigt er sich besorgt, dass die Psychoanalyse von der Medizin vereinnahmt werden könnte, und plädiert für einen freien Zugang auch von anderen Wissenschaften her. Auch nach der Entbindung der Psychologischen Psychotherapie von der Delegationspflicht durch Ärzte bleibt der Zugang zur Profession auf Ärzte und Psychologen beschränkt. Damit

geht ihr einerseits das Potenzial der Humanwissenschaften verloren, andererseits sieht sie sich stärker als zuvor mit dem nomothetischen Wissenschaftsverständnis von Medizin und Psychologie konfrontiert, das einen verstehenden Zugang zum menschlichen Leiden erschwert. Unabhängig von wissenschafts- und professionstheoretischen Fragen sieht Teising die Notwendigkeit einer psychoanalytischen Reflexion der emotionalen Dimension des Arzt-Patient-Verhältnisses. Die Medizin bereichere nicht nur in diagnostischer, sondern auch in berufsethischer Hinsicht die Psychoanalyse.

Wir danken allen Autorinnen und Autoren für ihre Mitwirkung an diesem Buch.

Literatur

- Bittner, G. (2016). Das Unbewusste, die »große Unbekannte X«. Sinn und Grenzen arkanischer Diskurse in der Psychoanalyse. Würzburg: Königshausen & Neumann.
- Bittner, G. (2018; im Druck). Körper ohne Gewicht? Über Gender, Gender Roles und Gender Identity. Gießen: Psychosozial
- Buchholz, M. B. (2016). Psychoanalyse, Sozialwissenschaft und Linguistik: Überwindung von Individualismus und Aufmerksamkeit für eine »andere Empirie«. In H. Hierdeis (Hrsg.), Austauschprozesse: Psychoanalyse und andere Humanwissenschaften (S. 252–290). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Buchholz, M. B., Gödde, G. (Hrsg.) (2005 ff.). Macht und Dynamik des Unbewussten. 3 Bde. Gießen: Psychosozial.
- DEGAM – Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (2008/2014). Hausärztliche Leitlinien Psychosomatische Medizin in der Hausarztpraxis. Erstfassung 2008, revidierte Version 2014. Zugriff am 24.04.2018 unter http://www.pmvforschungsgruppe.de/pdf/03_publicationen/psychosomatik_ll.pdf
- Derksen, F., Bensing, J., Lagro-Janssen, A. (2013). Effectiveness of empathy in general practice: a systemic review. *British Journal of General Practice*, 63 (606), 76–84.
- Freud, S. (1923b). Das Ich und das Es. GW Bd. XIII (S. 237–289). Frankfurt a. M.: Fischer.
- Freud, S. (1927a). Nachwort zur Frage der Laienanalyse. GW Bd. XIV (S. 287–296). Frankfurt a. M.: Fischer.
- Hierdeis, H. (2014). Der »Neue Mensch« – Notwendigkeit oder Obsession? In D. Korczak (Hrsg.), Visionen statt Illusionen. Wie wollen wir leben? (S. 37–59). Kröning: Asanger.
- Hierdeis, H. (Hrsg.) (2016). Austauschprozesse: Psychoanalyse und andere Humanwissenschaften. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- Hontschik, B. (2006). Körper, Seele, Mensch – Versuch über die Kunst des Heilens. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Körner, J. (2007). Die Attraktivität der Psychoanalyse im 21. Jahrhundert. In E. Geus-Mertens (Hrsg.), Eine Psychoanalyse für das 21. Jahrhundert. Wolfgang Mertens zum 60. Geburtstag (S. 21–30). Stuttgart: Kohlhammer.
- Leuzinger-Bohleber, M., Benecke, C., Hau, S. (2015). Psychoanalytische Forschung. Methoden und Kontroversen in Zeiten wissenschaftlicher Pluralität. Stuttgart: Kohlhammer.
- Leuzinger-Bohleber, M., Deserno, H., Hau, S. (Hrsg.) (2004). Psychoanalyse als Profession und Wissenschaft. Die psychoanalytische Methode in Zeiten wissenschaftlicher Pluralität. Stuttgart: Kohlhammer.
- Lühmann, D., Keim, R., Brammer, L., Puschmann, E., Strauß, A., Wagner, H.-O., Scherer, M. (2016). Gelingende Arzt-Patienten-Kommunikation – die ewige Herausforderung. Hamburger Ärzteblatt, 6, 12–15.
- Mertens, W., Haubl, R. (1996). Der Analytiker als Archäologe. Eine Einführung in die Methode der Rekonstruktion. Stuttgart u. a.: Kohlhammer.
- Quindeau, I. (2008). Psychoanalyse. Paderborn: Fink.
- Reich, U. (2016). Psychoanalyse und Linguistik: Chancen einer gefährlichen Liebschaft. Ein Programm, kein Forschungsüberblick. In H. Hierdeis (Hrsg.), Austauschprozesse: Psychoanalyse und andere Humanwissenschaften (S. 291–310). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Roth, G. (2003). Fühlen, Denken, Handeln. Wie das Gehirn unser Verhalten steuert (neue, vollst. überarb. Aufl.). Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Rüger, B. (2015). Über Statistische Methoden in der empirischen Psychotherapieforschung. In M. Leuzinger-Bohleber, C. Benecke, S. Hau (Hrsg.), Psychoanalytische Forschung. Methoden und Kontroversen in Zeiten wissenschaftlicher Pluralität (S. 52–70). Stuttgart: Kohlhammer.
- Steinert, C., Leichsenring, F. (2017). Psychodynamische Psychotherapie in Zeiten evidenzbasierter Medizin. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Zepf, S. (2003/2013). Die Struktur der Diagnostik in der Humanmedizin und in der psychoanalytischen Psychotherapie. In S. Zepf, Psychoanalyse. Aufsätze zu epistemologischen und sozialpsychologischen Fragen sowie zu den theoretischen und therapeutischen Konzepten. Bd. 3 (S. 83–90). Gießen: Psychosozial.

Günther Bittner

Sigmund Freud, der »Arzt der Moderne«?

Über Psychoanalyse und Medizin bei Freud und seinen Schülern

Die Freud-Biografie des Literaturwissenschaftlers Peter-André Alt (2016) trägt den Titel »Sigmund Freud. Der Arzt der Moderne«. Diese allzu griffige Formulierung vernachlässigt Freuds überaus kompliziertes Verhältnis zur Medizin (als Wissenschaft) ebenso wie zum Arzttum (als berufliche Praxis). Beide Ambivalenzen sollen im Folgenden auf ihre persönlichen und sachlichen Hintergründe hin vergegenwärtigt und analysiert werden. Da die zu erörternden Inhalte komplexer Natur sind, stelle ich der Übersichtlichkeit halber die Thesen voran, die begründet werden sollen:

1. Freud wollte die Psychoanalyse als ein autonomes, von der Medizin unabhängiges psychologisches »System« konstituieren und abgrenzen.
2. Dabei ergab sich die Schwierigkeit, dass dieses angeblich autonome System sich an vielen Stellen als kryptobiologisch bzw. kryptomedizinisch unterlegt zeigte.
3. Indem die Psychoanalyse zur Bewegung heranwuchs, ergaben sich immer wieder punktuell Synergien (z. B. Kriegsneurosen) und Friktionen (z. B. Kurpfuschereivorwurf) zwischen Psychoanalyse und Medizinsystem.
4. Mit der sich seit den 1920er Jahren konstituierenden Psychosomatik brach die von Freud angestrebte strikte Abgrenzung von Psychoanalyse und Medizin vollends zusammen.