

Das emanzipatorische Potenzial psychosomatischer Medizin

Zur Verflüchtigung des Sozialen und Verdrängung des
Unbewussten in 60 Jahren Psychosomatik in der Bundesrepublik

Von der Philosophischen Fakultät
der Gottfried Wilhelm Leibniz Universität Hannover
zur Erlangung des Grades

Doktorin der Philosophie
Dr. phil.

genehmigte Dissertation von

Maren A. Kellermann

2021

Referent: Prof. Dr. Rolf Pohl

Korreferent: Prof. Dr. Timo Storck

Tag der Promotion: 19.03.2020

Zusammenfassung

Psychosomatische Medizin durchlief in den vergangenen Jahrzehnten eine ambivalente Entwicklung: Während eines erfolgreichen Institutionalierungsprozess verblassten ehemals entscheidende Fragen nach dem Zusammenhang von psychischen Konflikten und körperlichen Krankheiten an der Schnittstelle von Körper, Psyche und Gesellschaft, während der Bedarf nach psychosomatischen Behandlungsmethoden stetig steigt.

Dieser Prozess wird in der Dissertation auf zwei Ebenen untersucht. Zunächst werden ausgewählte psychosomatische Konzepte und Modellvorstellungen analysiert, begonnen mit den psychosomatischen Überlegungen Sigmund Freuds. Die Wurzeln der heutigen Psychosomatik waren psychoanalytisch orientiert, die frühe Psychosomatik ging von unbewussten Konflikten und deren Ausdruck im Somatischen aus. Einige Modellvorstellungen betrachten (psycho)somatische Leiden als eine mögliche Art des Ausdrucks drängender sozialer Probleme und den damit verbundenen innerpsychischen Konflikten. Zudem wird in der Dissertation anhand politikwissenschaftlicher Institutionentheorie die institutionelle Entwicklung und Festigung der Psychosomatik in der Bundesrepublik Deutschland untersucht. Seit dem Ende des Zweiten Weltkriegs wurde die Psychosomatik ausgebaut und meist den medizinischen Fakultäten angegliedert, was einen Anpassungsprozess an medizinische Paradigmen vermuten lässt. Der Wandel in den grundlegenden psychosomatischen Annahmen wird anhand ausgewählter Aufsätze aus der *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* diskursanalytisch untersucht. So wird exemplarisch unterstrichen, dass der Fokus der psychosomatischen Medizin im wissenschaftlichen Fachdiskurs sich von den einstmals zentralen psychoanalytischen Perspektiven entfernt und ein möglicher Zusammenhang von Individuum, Gesellschaft und Erkrankung spielt keine nennenswerte Rolle mehr; an diese Stelle tritt ein oftmals diffuser Stressbegriff. Das *biopsychosoziale Modell* hat zwar an Einfluss gewonnen, wird dem umfassenden Anspruch des eigenen Namens jedoch kaum gerecht. So wird der Blick von sozioökonomischen Konfliktlinien abgelenkt, indem die Verantwortung für das Leiden an gesellschaftlichen Verhältnissen individualisiert und auch in der Psychosomatik biologisiert wird. Durch diese Entwicklung liegt das einzigartige Potenzial der Psychosomatik für ätiologische und therapeutische Fragen zunehmend brach, es könnte aber reaktiviert werden.

Schlagwörter: Psychosomatische Medizin, Institutionalisation, Psychoanalyse, Medikalisierung

Abstract

Over the last decades the academic field of Psychosomatic Medicine had an ambivalent development: While it went through a successful process of institutionalization and professionalization, the once defining questions faded. The debate about the link between mental conflicts and somatic disease at the interface of body, psyche and society quiets down, whereas the demand for psychosomatic therapies continues to grow.

First, the paper analyzes selected psychosomatic concepts, beginning with Sigmund Freud's psychosomatic considerations. In addition, the dissertation uses political science institutional theory to analyze the institutional development and consolidation of psychosomatic medicine in the Federal Republic of Germany.

After the end of the Second World War psychosomatic medicine became a growing field within the medical landscape of Germany and was mostly incorporated into already existing medical faculties. This brought about institutional power but also required a process of adjustment to medical paradigms and research culture. The effect this process of adjustment had and still has on fundamental psychosomatic premises is discussed by means of selected articles from the *Journal for Psychosomatic Medicine and Psychotherapy (Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie)* using the analytical approach of discourse analysis. The significance of symptom shifts within the scientific discourse is used as an illustrative example to show that the focus of psychosomatic medicine has shifted away from traditional core perspectives of psychoanalysis. Another central topic is the disappearance of any notions concerning the linkage between individuals, society and diseases in recent psychoanalytic models; this is often substituted by a diffuse stress term. The biopsychosocial model has actually become more influential but does not do justice to the comprehensive aspirations of its own name. Thus, the view is diverted from socioeconomic lines of conflict by individualizing the responsibility for suffering from social conditions and biologizing it in psychosomatics as well. The unique analytical potential of psychosomatic medicine for etiological and therapeutic questions is nowadays vastly neglected but could be reactivated.

Key words: Psychosomatic medicine, institutionalization, psychoanalysis

Danksagung

Ich möchte diese Möglichkeit nutzen um einigen Personen meinen herzlichsten Dank auszusprechen, ohne deren Unterstützung und Begleitung diese Arbeit über den Status einer guten Idee höchstwahrscheinlich nicht sehr weit hinausgekommen wäre.

Zunächst möchte ich hier meinen Gutachtern danken. Es sind derer drei, da der jähe Tod Bernhard Blankes zu einem Wechsel führte. Prof. Dr. Bernhard Blanke möchte ich posthum meinen tiefsten Dank aussprechen, auch wenn er den Abschluss der Arbeit nicht mehr erleben konnte. Er stand mir bei der Konzeption der Arbeit mit Rat und Tat zur Seite, hielt sich mit kritischen Bemerkungen nicht zurück und bestärkte mich vor allem darin, meinem eigenen Urteilsvermögen zu vertrauen. Prof. Dr. Rolf Pohl hat bereits meine Magisterarbeit betreut und daran anschließend den Prozess der Promotion von Anfang bis Ende unterstützt. Sowohl im Forschungskolloquium als auch in persönlichen Gesprächen habe ich viele richtungsweisende Denkanstöße und hilfreiche Kritik mitgenommen. Neben den fachlichen Fragen fühlte ich mich auch in den wohl unweigerlich auftretenden Krisen immer unterstützt. Für die Übernahme des Zweitgutachtens bedanke ich mich bei Prof. Dr. Timo Storck. Darüber hinaus möchte ich mich auch hier ganz herzlich für das große Entgegenkommen und die umfassende fachliche Unterstützung bedanken.

Meine Verbundenheit gilt auch der Rosa-Luxemburg-Stiftung, die finanzielle Förderung war essentiell um das Projekt umzusetzen. Speziell bedanke ich mich bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Studienwerks der RLS für die hilfreichen Hinweise und Verständnis für alle möglichen Lebenslagen. Für die finanzielle Abschlussförderung der Arbeit danke ich dem Hochschulbüro für Chancenvielfalt der LUH.

Als Rolf Pohl mir während des Anmeldeprozesses mit einem Augenzwinkern die Frage stellte, ob ich wirklich durch diese Eiswüste gehen möchte, war ich absolut davon überzeugt. In den folgenden Jahren geriet diese Überzeugung durchaus ins Wanken. Glücklicherweise bestärkte mein privates Umfeld mich auch in den krisenhaften Phasen in diesem Vorhaben und daher gilt mein tiefer Dank an dieser Stelle meiner Familie und meinen Freundinnen, die mich immer vorbehaltlos unterstützt und mir (soweit möglich) den Rücken freigehalten haben. Meinen Eltern danke ich für die unumstößliche Gewissheit, dass ich einen richtigen Weg gehe und für die vielen Stunden in denen ich meine Tochter in guten Händen wusste und arbeiten konnte. Meinem Bruder danke ich für reibungsvolle inhaltliche Gespräche und diverse hilfreiche Literaturhinweise. Bei Anke Wittkopp, Anne Harbart und Annett Schmidt bedanke ich mich für den inhaltlichen Austausch, die Korrekturen, den Humor und vor allem für einen

persönlichen Rückhalt, der seinesgleichen wohl selten findet. Mit Jana Otto habe ich in unserer gemeinsamen Zeit in der Bibliothek viel geteilt und möchte mich ganz herzlich für das Vertrauen, die vielen aufbauenden Worte und unterhaltsamen Mittagspausen bedanken.

Und mein riesengroßer Dank gilt meinem Partner und bestem Freund Raphael, für das Aushalten meiner Zweifel, für das Teilen der siegreichen Momente und dafür, dass er immer wenn möglich für unsere Töchter da war, während ich in der „Bibothek“ saß.

Hannover, im Herbst 2021
Maren Anna Kellermann

Inhalt

1. Einleitung.....	5
1.1 Forschungsfragen und Relevanz	5
1.2 Zum Forschungsstand	10
1.3 Zur Gliederung	14
2. Historisches über Psyche, Soma, Leib und Seele	16
2.1 Die ‚Lokalisation‘ der Seele im 19. Jahrhundert.....	18
2.2 Die ‚Verdrängung‘ der Seele aus der Medizin.....	23
2.3 Erster Weltkrieg und Weimar	27
2.4 Diskussion: Der historische Ort der jungen Psychoanalyse und Psychosomatik	29
3. Gesellschaft, Psychoanalyse und Körper I	31
3.1 Freud: rätselhafter Sprung ins Somatische und Sozialpsychologie	31
3.1.1 Und zugleich Sozialpsychologie.....	31
3.1.2 Angstneurose.....	35
3.1.3 Konversion.....	37
3.1.4 Somatisches Entgegenkommen	39
3.1.5 Zur Angst	40
3.1.6 Zur ‚Fernhaltung von Nervenbahnen‘	42
3.2 Enträtselungsversuche in der Nachfolge Freuds	43
3.2.1 Georg Groddeck.....	45
3.2.2 Sandor Ferenczi	47
3.2.3 Felix Deutsch	48
3.2.4 Otto Fenichel.....	51
3.2.5 Wilhelm Reich	55
3.2.6 Ernst Simmel.....	59
3.4 Diskussion: Einverleibung der Seele und Öffnung zur Welt	63
3.5 Psychoanalyse, Psychosomatik und der Zweite Weltkrieg.....	67
4. Gesellschaft, Psychoanalyse und Körper II	72
4.1 Franz Alexander und Konfliktspezifität.....	72
4.1.1 Die Eingrenzung der Konversion.....	73
4.1.2 Über Chronifizierung	75
4.1.3 Zur Konfliktspezifität.....	75
4.1.4 Kritik und Wirkung.....	77
4.2 Max Schur: De- und Resomatisierung	78
4.3 George L. Engel und Arthur H. Schmale	81
4.4 Pensée opératoire und Alexithymie.....	83
4.4.1 Operatives Denken.....	83

4.4.2	Alexithymie.....	84
4.5	Stress als Erklärungsprinzip	86
4.5.1	Allgemeines Anpassungssyndrom	87
4.5.2	Weiterentwicklung des Stressmodells	88
4.6	Viktor von Weizsäcker und medizinische Anthropologie	91
4.6.1	Von der Biologie zur Biographie	93
4.6.2	von Weizsäcker und Freud.....	95
4.6.3	Der Gestaltkreis	97
4.6.4	Medizinische Anthropologie und Pathosophie	100
4.6.5	Therapie und Heilung als kommunikativer Prozess	103
4.7	Alexander Mitscherlich – Krankheit als Konflikt.....	104
4.7.1	Psychosomatische Grundannahmen.....	107
4.7.2	Krankheit als Krise	108
4.7.3	Zweiphasige Abwehr	110
4.7.4	Die politische und soziale Dimension.....	112
4.8	Michael Balint und Balintgruppen	115
4.9	Thure von Uexküll und eine <i>Integrierte Medizin</i>	117
4.9.1	Grundannahmen.....	117
4.9.2	Psychosomatische Krankheitseinteilung.....	119
4.9.3	Situationskreis und Psychoanalyse	119
4.9.4	Mensch und Gesellschaft	124
4.10	Karola Brede: Ein sozialpsychologischer Zugang zur Spezifität psychosomatischer Störungen	128
4.10.1	Grundannahmen.....	128
4.10.2	Gesellschaft und Krankenrolle.....	129
4.10.3	Symptom und Normen.....	130
4.11	Alfred Lorenzer: Eine materialistische Sozialisationstheorie	132
4.11.1	Psychoanalyse als Interaktionstheorie	133
4.11.2	Trieb und Interaktionsformen	134
4.11.3	Symbolisierung und systematisch gebrochene Praxis	137
4.11.4	Gesellschaft, Symbolisierung und Interaktionsengramme	139
4.12.	Siegfried Zepf: Die psychosomatische Erkrankung in der Theorie der Interaktionsformen	140
4.12.1	Grundannahmen.....	140
4.12.2	Modellvorstellungen	141
4.12.3	Psychosomatisches Modell	142
4.13	Zum biopsychosozialen Modell	144

4.14	Diskussion: Verständigungsversuche zwischen Gesellschaft, Psychoanalyse und Körper.....	146
5.	Institutionelles Wachstum in gesellschaftlichen Spannungsfeldern.....	158
5.1	Zur Medikalisierung sozialer Verhältnisse	158
5.2	Institutionalisierung als Frage der Perspektive	162
5.3	Institutionelle Pionierleistungen.....	171
5.3.1	Das <i>Sanatorium auf der Marienhöhe</i>	172
5.3.2	Die <i>Poliklinik für psychoanalytische Behandlung nervöser Krankheiten</i>	172
5.3.3	Das <i>Sanatorium Schloss Tegel</i>	173
5.4	Die Erkenntnis des Problems (Habitualisierung).....	177
5.4.1	Psychoanalyse in Berlin.....	178
5.4.2	Psychosomatische Medizin in Heidelberg.....	180
5.4.3	Das Sigmund-Freud-Institut.....	183
5.4.4	Ausbau an den Universitäten	186
5.4.5	Zusatzbezeichnung und Psychotherapie-Richtlinien	188
5.5	Das Interesse am Problem (Objektivierung).....	189
5.5.1	Zur Approbationsordnung.....	189
5.5.2	Die Diskussion um Namensgebung und Schwerpunktsetzung.....	190
5.5.3	Die Einführung Psychosomatischer Grundversorgung.....	191
5.6	Die Hartnäckigkeit des Problems (Sedimentierung).....	193
5.6.1	Die Einführung des Gebietes <i>Psychotherapeutische Medizin</i>	194
5.6.2	Zum Psychotherapeutengesetz.....	196
5.6.3	Die Deutsche Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin	198
5.7	Zur aktuellen Lage des Gebietes <i>Psychosomatische Medizin und Psychotherapie</i>	199
5.7.1	Zum Verhältnis von Psychiatrie und Psychosomatik	199
5.7.2	Lehre und Facharztweiterbildung	201
5.7.3	Der klinische Bereich.....	202
5.7.4	Der ambulante Bereich	205
5.8	Diskussion: Institutionelle Ausdehnung und Anpassung der Psychosomatik	205
6.	Analyse	212
6.1	Zur methodischen Orientierung	214
6.2	Materialauswahl	215
6.3	Zur Auswertung.....	219
6.3.1	Gesellschaftliche und soziale Bezüge.....	220
6.3.2	Status von psychoanalytischem Gedankengut.....	221
6.3.3	Die methodische Herangehensweise.....	221
6.3.4	Bedeutung von Persönlichkeit, Psychodynamik und Konfliktsituation	222

6.3.5	Symptomverschiebung und primär organischer Faktor	223
6.4	Ergebnisse	224
6.4.1	Gesellschaftliche und soziale Bezüge	225
6.4.2	Die methodische Herangehensweise.....	231
6.4.3	Status von psychoanalytischem Gedankengut	237
6.4.4	Bedeutung von Persönlichkeit, Psychodynamik und Konfliktsituation	240
6.4.5	Symptomverschiebung und primär organischer Faktor	248
6.5	Diskussion: Die Ambivalenz des ‚Sozialen‘ und die Verflüchtigung des Unbewussten	252
7.	Fazit: Der doppelte Bedeutungsverlust des psychosomatischen Symptoms	258
7.1	Von der Krankheit zur Krise und zurück	258
7.2	Verkürzungen	264
7.2.1	Psychoanalyse.....	265
7.2.2	Psychosomatik	269
7.3	Das Unsichtbarmachen gesellschaftlicher Konflikte	273
7.4	Ausblick	275
8.	Literatur und Quellen.....	278

1. Einleitung

Die Eingeweide und Organe werden in der Physiologie als Momente nur des animalischen Organismus betrachtet, aber sie bilden zugleich ein System der Verleiblichung des Geistigen, und erhalten hierdurch noch eine ganz andere Deutung.
Hegel, Enzyklopädie, 401 Anmerkung

1.1 Forschungsfragen und Relevanz

Wir haben uns so sehr an eine Medizin für den Körper und (in weitaus selteneren Fällen) eine für die Seele gewöhnt, dass die Vorannahmen, die sich in dem Begriff Psychosomatik verbergen, für uns nahezu unsichtbar geworden sind: Die Trennung von Leib und Seele, die mit diesem Begriff wiedervereint werden sollen, wobei doch zugleich die Trennung noch unterstrichen wird. In den meisten Fällen erscheint die Existenz einer rein somatisch und technisch orientierten Medizin als so selbstverständlich, dass wir sie gar nicht erklären müssen. In medizinischen Lehrbüchern kommt die menschliche Seele gemeinhin nicht vor. Unterdessen erteilt die Alltagssprache jedoch vielerlei organischem Leiden jene ‚ganz andere Deutung‘ im Sinne Hegels, sei es, dass jemand im Zorn ‚Gift und Galle spuckt‘, uns etwas ‚an die Nieren geht‘ oder wir schlicht ‚gekränkt‘ sind. „Wenn ich sage,“ so formuliert es Viktor von Weizsäcker, „diese Lungentuberkulose der Braut [...] ist die Folge einer mißglückten Verlobung, dann sage ich da nicht nur etwas, was schwer zu beweisen wäre, sondern etwas, was eigentlich jedermann glaubt. Man kann jetzt feststellen, dass wir mit lauter Einsichten leben, welche die Wissenschaft weder beweisen kann noch will“ (von Weizsäcker 1955, S. 375).

Die akademische Disziplin der Psychosomatik, die sich in verschiedener Ausprägung dieser leibseelischen Gleichzeitigkeit angenommen hat, ist in der Bundesrepublik mittlerweile fest institutionalisiert und kann auf eine wechselvolle Geschichte zurückblicken, die ihren Anfang bereits Ende des 19. Jahrhunderts nahm. Mit Namen wie beispielsweise Viktor von Weizsäcker, Alexander Mitscherlich oder Horst-Eberhard Richter sind unweigerlich Fragen nach gesamtgesellschaftlichen Beweggründen und Zusammenhängen über das jeweils individuelle Schicksal hinaus verknüpft, was eine große Besonderheit der institutionellen Entwicklung psychosomatischer Medizin in der Bundesrepublik ist – ihre exponierten Gründungsgestalten waren überzeugt von ihrer gesamtgesellschaftlichen Relevanz und von der ätiologischen Bedeutsamkeit, die die gesellschaftlichen Verhältnisse für die Erkrankung haben können. Zugleich war die Psychoanalyse in den Anfangszeiten untrennbar mit psychosomatischen Überlegungen verwoben. Diese psychoanalytische Psychosomatik ist als Gegendiskurs zu verstehen zu einer naturwissenschaftlich orientierten Medizin, die ihre Patient_innen als Objekte begreift, deren Lebensgeschichte vollkommen irrelevant ist.

Es geht ihr um die Erhellung der ‚blinden Flecken‘ in der individuellen Biografie, wie Mitscherlich es formuliert:

„Er [der Betrachter] weiß von dieser Erkenntnisverblendung, von diesem Skotom (diesem blinden Fleck) für Motivzusammenhänge aus jeder Krankengeschichte, in der seelische Erregung unter dem Druck der Moralität in schmerzliche, aber sittlich harmlose Schmerzattacken des Ober- oder Unterbauchs, des Herzens oder des Kopfs sich verwandelten. Auch in diesen Konversionen weiß das bewußte Ich des Kranken nicht, was ihm geschieht“ (Mitscherlich 1951, S. 14).

In dieser Arbeit wird primär die Entwicklung der wissenschaftlichen Disziplin Psychosomatik nach dem Zweiten Weltkrieg untersucht, der psychoanalytische Diskurs über Krankheit, Psyche und Gesellschaft ist allerdings älter und beginnt 1895 mit den von Freud und Breuer gemeinsam herausgegeben *Studien über Hysterie*. Um das Potenzial dieser Denk- und Arbeitsmethode herauszuschälen werden auch einige Modelle und Institutionen aufgegriffen, die bereits vor diesem Krieg entstanden und ihm dann zum Opfer fielen.

Johannes Siegrist stellt die These auf, dass „eine wissenschaftliche Disziplin in ihrem gesellschaftlich-kritischen Engagement und in der theoretischen Durchdringung ihres Gegenstandsbereichs umso offener, aufgeschlossener, innovativer zu wirken vermag, je weniger sie von den Fesseln der Professionalisierung in ihrem Handeln, aber auch in ihrer paradigmatischen Denk- und Forschungsrichtung gebunden ist“ (Siegrist 2001, S. 479). Er bezieht sich ausdrücklich auf die deutsche Psychosomatik seit dem Ende des Zweiten Weltkrieges und sieht eine ernsthafte Gefahr in dem Zusammenhang zwischen „zunehmendem Professionalisierungsgewinn und abnehmender gesellschaftskritischer und theoriebezogener Reflexion“ (a. a. O., S. 484). Mit der Entwicklung der Psychosomatik zur universitären Disziplin hat sie Macht gewonnen: Lehrstühle, Forschungsstellen, Institute, feste Verankerung in der medizinischen Ausbildung mit obligatorischen Lehrveranstaltungen und Prüfungen. Diese Entwicklung, diese ‚Zementierung‘ in Instituten, Verordnungen und der Ausbildung, ist ein Institutionalisierungsprozess, der zu einer institutionellen Anbindung an die klassische Medizin führte. Mittlerweile existiert eine Facharztausbildung im Bereich der Psychosomatik und zahlreiche, den medizinischen Fakultäten zugeordnete, Institute und Abteilungen. Zudem gibt es Fachabteilungen in Krankenhäusern und einen wachsenden Bereich an Rehabilitationskliniken. Dieser institutionelle Status psychosomatischer Medizin ist im institutionentheoretischen Sinne sedimentiert, sie hat als Spezialfach einen festen Platz im bundesdeutschen Gesundheitssystem. Dafür hat die Psychosomatik einen Preis gezahlt, die Notwendigkeit mit ihrer Forschung ernstgenommen zu werden führte zur Übernahme methodischer Ansprüche, die aus anderen Disziplinen stammen und ihrem Selbstverständnis zunächst entgegenstehen mussten: „Der Sonderfall, das Zusammentreffen von Forschung und Therapie in demselben Akt,“ so beschreibt Vogt es nachdrücklich, „dürfte nur für die Psychoanalyse bestehen“ (1983, S. 4). Dieses Forschungsverständnis ist einer nahezu ausschließlich an einer empirisch-analytischen (wohlgemerkt: nicht psychoanalytischen)

Methode orientierten Medizin fremd und manches Mal unverständlich, gehörte aber zum frühen Selbstverständnis und damit zu den Grundlagen der Psychosomatik und ihrer Geschichte. Wenn, wie Pieringer et al. ausführen, die „wissenschaftstheoretische Reflexion“ die „heterogenen Konzepte der Medizin als Ausdruck unterschiedlicher Vorherrschaft phänomenologischer, dialektischer, empirisch-analytischer oder hermeneutischer Methoden erkennen“ lässt (2002, S. 488), so ist die klassische Medizin empirisch-analytisch ausgerichtet, während eine in diesem Sinne ernsthaft betriebene Psychosomatik neben einem empirisch-analytischen Wissenschaftsverständnis auch Hermeneutik, Dialektik und Phänomenologie braucht (vgl. zu diesem methodischen Vorgehen in Bezug zur psychosomatischen Medizin Vogt 1983). Eine solchermaßen nicht ausschließlich empirisch-analytisch ausgerichtete Psychosomatik, die fragt und zu fragen lehrt, welche (inneren) Konflikte sich in den Körper ‚einschreiben‘ (vgl. Quindeau 2008), welche unbewussten Mechanismen diese mitbedingen und wie diese Mechanismen den jeweiligen gesellschaftlichen Verhältnissen unterliegen, trägt ein mehrfaches emanzipatorisches Potenzial in sich: Sie kann die Bedeutung dieser Verhältnisse im Wechselspiel mit der je individuellen Lebensgeschichte für die Erkrankung erforschen und ist zugleich Therapie. Und mit Erhellung dieses Wechselspiels besitzt sie das Potenzial darauf hinzuweisen, wie auch diese gesellschaftlichen Verhältnisse verträglicher gestalten werden könnten. Unabweisbare Bedeutung dafür hat das Verhältnis von Ärzt_in und Patient_in.

„Betrachtet man,“ so beschreibt Alexander Mitscherlich es eindrücklich, „was in diesem Arzt-Patient-Verhältnis geschieht, so kann in einem Fall der Effekt darin bestehen, daß es beim Kranken zu einer erweiterten Anpassungsleistung an vorgefundene Gegebenheiten seiner sozialen Umwelt kommt. Er ist dann zum Beispiel in der Lage, eine Arbeitshemmung zu überwinden und eine Leistungsanforderung zu erfüllen. Da die therapeutische Arzt-Patient-Beziehung aber auch – und das ist eine ihrer wesentlichen Aufgaben – die kritische Realitätsprüfung fördert, kann es im umgekehrten Fall sich ereignen, daß der Kranke Ansprüche, die bisher an ihn gestellt wurden und denen er sich beugte, zurückzuweisen beginnt; daß er den Gehorsam verweigert“ (Mitscherlich 1970, S. 590).

Diese ‚kritische Realitätsprüfung‘ als ursprünglich wesentliche Aufgabe psychosomatischer Medizin, bestimmt ihr aufklärerisches Potenzial mit. Was während des Prozesses des institutionellen Wachstums mit den theoretischen Fundamenten der Psychosomatik, mit ihrem emanzipatorischen Potenzial geschehen ist, ist die zentrale Frage dieser Arbeit. Wenn sich in der oftmals langwierigen und schmerzhaften psychosomatischen Erkrankung gesellschaftliche Verhältnisse verzerrt und gebrochen abbilden und die Psychosomatik die Werkzeuge besitzt, diese Verzerrung zu ‚dechiffrieren‘, dann wird ihr emanzipatorischer Charakter deutlich und ebenso deutlich die Notwendigkeit, immer wieder auf dieses Potenzial hinzuweisen. Eine solcherart betriebene Psychosomatik geht von der Somatisierung unerträglich gewordener Lebensverhältnisse aus, das Überleben muss „mit Hilfe symptomatischer Abwehrleistungen gesichert werden“ (Thoma 1985, S. 143) und diese Abwehrleistungen können weitaus

unverkürzter begriffen werden, werden die jeweiligen gesellschaftlichen Verhältnisse in die Überlegungen mit einbezogen, und zwar über ein empirisch-analytisches Vorgehen hinaus. Das ist selten ein einfaches Unterfangen. Die Frage nach den gesellschaftlich mitbedingten Ursachen im Ursachenbündel für psychische und somatische Erkrankungen an den Schnittstellen zwischen Geist, Körper und Psyche findet dabei im Fachdiskurs abnehmende Beachtung. Parallel steigt die Zahl jener Erkrankungen, denen klassische Behandlungsmethoden hilflos gegenüber stehen (vgl. Herzog et al. 2012, S. 1f.; Lamprecht 1999) und die Psychosomatik muss sich in diesem Feld weiterhin positionieren. „Was aber“, so fragt Peter Henningsen (2016, S. 26), „ist aus dem umfassenderen Anspruch geworden, mit Psychosomatik und ‚sprechender Medizin‘ aufklärerisch zu wirken, die Mediziner herauszureißen aus ihrer technokratischen Verblendung, die Patienten ‚heranzubilden‘ zu mündigen Subjekten ihrer eigenen Geschichte und ihres Körpers?“ Dieser Anspruch kann nur mit einer entsprechenden Deutung der Erkrankung eingelöst werden und der Diskurs um diese Deutung hat sich seit der ersten Klinikgründung enorm verändert. Die Recherche jener *möglichen* Deutungen, auf die im aktuellen Fachdiskurs nicht zurückgegriffen wird, stellt bereits einen entscheidenden ‚empirischen‘ Teil dieser Arbeit dar. Dieser Punkt ist zentral, denn bei der diskursanalytisch gefärbten Frage, „welche Themen in spezifischen Kontexten zugelassen werden und welche nicht bzw. welche Themen in bestimmten Diskursen abgewehrt oder gelehnt werden,“ ist eben „nicht nur auf die Anwesenheit von bestimmten Inhalten oder Inhaltsmerkmalen zu achten, sondern vielmehr auch auf deren Abwesenheit“ (Rosenthal 2011, S. 217). Diese Abwesenheiten benennen zu können, erfordert genaue Kenntnis *möglicher* Diskurspositionen, um die Reproduktion der „in den jeweiligen Diskursen geltenden Regeln für das Verschweigen oder Leugnen von bestimmten Inhalten“ (ebd.) zu vermeiden.

Zugespitzt formuliert geht es in dieser Arbeit darum, inwieweit eine Einsicht in jene gesamtgesellschaftliche Relevanz psychosomatischer Medizin durch einen institutionellen Anpassungsvorgang verhindert wird, was an die Stelle dieser Erkenntnis tritt und ausblickend, inwiefern auch die Verhinderung solcher Einsichten eine systemstabilisierende Funktion erfüllen kann. Dazu bedarf es auch einer gebündelten Darstellung dessen, was sich hinter dieser gesamtgesellschaftlichen Relevanz verbirgt, in welcher Form das Verhältnis von Individuum und Gesellschaft in die theoretischen Modellvorstellungen der frühen Psychosomatik einging und welche dieser Vorstellungen sich durchsetzen konnten. An dieser Form, so Zepf, bemisst sich dann auch der „Status einer Humanwissenschaft als einer kritischen oder affirmativen“ (Zepf 1994, S. 33).

So ist Ziel dieser Arbeit, jene Modelle im Kontext darzustellen, in denen gesellschaftlichen Fragen Raum eingeräumt wird oder die die theoretische Basis für solche darstellen. Die Recherche, Darstellung und Diskussion dieser Modellvorstellungen im je historischen Kontext ist notwendige Vorarbeit. Gerade weil viele dieser Ansätze und Überlegungen die akademisierten psychosomatischen Debatten in der Bundesrepublik nach Kriegsende gar nicht

oder in abnehmendem Maße prägen, musste zunächst herausgearbeitet werden, welches Potenzial hier über die Jahrzehnte verloren ging. Der Anpassungsvorgang an das Medizinalsystem bedeutet vor diesem Hintergrund einen einschneidenden Paradigmenwechsel, der ohne Kenntnis der frühen psychosomatischen Modellvorstellungen nicht sichtbar ist. Anders ausgedrückt: Psychosomatische Medizin war zu großen Teilen und könnte auch heute noch eine Wissenschaft sein, die über die körperliche Einschreibung teils unbewusster innerpsychischer Konflikte aufzeigt, wie die gesellschaftlichen Verhältnisse an Krankheitsprozessen beteiligt sind. Therapeutisch könnte sie dann an diesen Konflikten ansetzen und darüber hinaus Vorschläge dafür liefern, wie in diesem Sinne ‚gesündere‘ gesellschaftliche Verhältnisse aussehen könnten. Das tut sie meines Erachtens nach nicht mehr in dem ihr theoretisch möglichen Maße. Sie propagiert es allerdings, beispielsweise mit dem (bereits in der Namensgebung deutlich werdenden) umfassenden Anspruch der mittlerweile weit verbreiteten ‚biopsychosozialen‘ Sichtweise. Daher gilt es zunächst herauszuarbeiten, über welche ungenutzten Möglichkeiten die Disziplin verfügen könnte, denn erst vor dieser Folie können Defizite sichtbar werden. Die Orientierung an Forscher_innen und Forschergruppen leitet den Fortlauf dieser Arbeit, für besagten Fokus müssen darüber hinaus auch anthropologische und integrierte Medizin, ebenso frühe Beiträge zur Stressforschung berücksichtigt werden, zudem wird den psychoanalytischen Ursprüngen der Psychosomatik mehr Raum gewährt als es die meisten aktuellen Arbeiten aus diesem Themenbereich tun. Die Psychoanalyse ist keine beliebig austauschbare ‚psychologische‘ Methode oder ‚Psychotechnik‘ psychosomatischer Medizin, sondern zugleich grundlegendes Arbeitsmodell und erkenntnisleitende Theorie. Auch die psychoanalytischen psychosomatischen Modelle variieren in ihren Grundannahmen und in ihrer Schwerpunktsetzung. Eine tragende Säule ist jedoch stets die Dimension des Unbewussten. Dies führt nicht notwendigerweise zu Überlegungen, die die gesellschaftliche Dimension berühren, ist jedoch unabdingbare Voraussetzung dafür. Wie gesellschaftliche Verhältnisse sich in den Körper einschreiben muss berücksichtigt werden, sonst läuft auch die Psychosomatik Gefahr, dieses Leiden zu individualisieren und zu biologisieren.

Zugleich ist der Institutionalisierungsprozess der Psychosomatik eine Erfolgsgeschichte. Die psychosomatischen Modellvorstellungen der letzten Jahrzehnte entstanden nicht im ‚luftleeren‘ Raum, sondern im Kontext dieses Institutionensystems, welches wiederum ursprünglich aus einem ehemaligen ‚Gegendiskurs‘ erwuchs. Dabei gingen zentrale Elemente dieses Gegendiskurses verloren oder verflachten, so psychoanalytische Positionen und Überlegungen zum Verhältnis von Individuum und Gesellschaft. Diesen Prozess nachzuzeichnen und dabei aufzuzeigen, dass diese Entwicklung mehr als institutionell bedingte Entwicklung von Diskurpositionen denn als ein Prozess ‚objektiver‘ Erkenntnis zu begreifen ist, ist zentrales Anliegen dieser Arbeit. Dahmer formuliert dies für die Psychoanalyse folgendermaßen: „Wird die gegenwärtige Verfassung der Psychoanalyse als defizient empfunden, so kann nur die Rekonstruktion ihrer (Fehl-)Entwicklung, die Herausarbeitung der

möglichen, aber abgewehrten und ausgegrenzten Alternativen, die Selbstvergewisserung über ‚Fehler‘ dazu verhelfen, das Original der Sache, die radikale psychoanalytische Aufklärung wiederzufinden und in der Gegenwart zu bewähren“ (Dahmer 1994a, S. 148). Es ist der Anspruch dieser Arbeit, eine solche Rekonstruktion in größerem Umfang als bislang geschehen für die psychosomatische Medizin zu leisten. Bei der Frage nach „den ‚Ursachen‘ der (aktuellen) Diskurse, müssen wir ihre vergangenen Formen, ihre Genealogie zu analysieren versuchen, deren Fortsetzungen sie darstellen“ (Jäger 2015, S. 125). Um dies auch über die Rekonstruktion und Analyse der Modellvorstellungen prominenter Vertreter_innen der Psychosomatik und angrenzender Bereiche hinaus empirisch zu ergänzen, werden ausgewählte Aufsätze aus der *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* unter diskursanalytischen Vorzeichen untersucht.

Über die Bedeutung dieser Konzeptdarstellungen und -vergleiche für die Argumentation der vorliegenden Arbeit hinaus gilt auch hier ein wenig von dem, was Michael Buckmiller, Dietrich Heimann und Joachim Perels im Vorwort des Buches *Judentum und politische Existenz* schreiben: „Nachdem der Gedanke der Utopie aus dem herrschenden politischen Denken verbannt ist und die kapitalistische Gesellschaft als Endpunkt der Geschichte erscheint, ist die Erneuerung emanzipatorischer Phantasie, die Wiederentdeckung ihrer geschichtlichen Versuchsgestalten angezeigt“ (2000, S. 9).

Die auch für Medizin und Psychosomatik sicher bedeutende Frage nach Geschlechterverhältnissen, also einen explizit geschlechtertheoretisch orientierten Zugang, habe ich nicht gewählt da dies ein anderes Design und eine andere theoretische Ausgangsbasis erfordern würde. An entscheidender Stelle wird der Fokus dennoch auf dieses Thema gerichtet, die Relevanz eines solchen Zugangs zeigt sich bereits in der Diskussion um die ‚Hysterie‘ bei Freud. Auch eine Untersuchung, die psychosomatische Modellvorstellungen auf ihren Umgang mit Geschlechterperspektiven befragt, steht meines Wissens nach noch aus. Im untersuchten Material, soviel lässt sich auch ohne systematische Analyse sagen, spielt die Geschlechterthematik insofern eine (beziehungsweise keine) Rolle, als dass in den breiter angelegten Untersuchungen erwartungsgemäß die Kategorisierung männlich/weiblich vorgenommen und am Rande erwähnt wird, dass vor allem das Ulcusleiden unter Männern weiterverbreitet ist als unter Frauen. Es ließe sich auch so formulieren, dass eine Reflexion der Vorstellungen zu Geschlecht, die ja auch die Leiblichkeit berühren, schlicht nicht stattfindet. Das ausgewählte Material kann aller Wahrscheinlichkeit nach auch für diese im Diskurs nicht gestellten Fragen einen exemplarischen Wert aufweisen.

1.2 Zum Forschungsstand

Eine Arbeit, die systematisch nach der konzeptuellen Entwicklung während des Institutionalisierungsprozesses psychosomatischer Medizin fragt, existiert bislang nicht. Jene Aufsätze und Monographien, die sich der Entfaltung der Disziplin an sich widmen, tun dies

meist entweder auf der konzeptuellen oder auf der institutionellen Ebene und werfen höchstens Schlaglichter auf jene Strömungen, die gesellschaftliche Ursachen in ihre Ätiologie mit einbeziehen. Gesamtdarstellungen fehlen in der deutschen Fachliteratur, vereinzelte Zeitschriftenartikel, Beiträge in Sammelbänden und einführende Lehrbuchkapitel sind vorhanden, behandeln allerdings meist nur einen Ausschnitt der Geschichte der Psychosomatik unter bestimmten Blickwinkeln (vgl. exemplarisch: Tress und Esch 1992; Meyer und Lamparter 1994; Lamprecht 1999; Deter 2001; Pieringer et al. 2002; Kugelstadt 2010). Kruse et al. verfolgen mit *Psychosomatik im Wandel der Zeit* (2012) zwar einen längeren Zeitraum, stellen die im Sammelband aufgenommenen Aufsätze allerdings nicht systematisch in den Kontext der weiteren Entwicklungen in der Bundesrepublik, um die Entwicklung der Gießener Schule nachzuvollziehen ist das Werk allerdings hilfreich.

Auch explizit psychoanalytischer Psychosomatik wird gezielt mit Fragen nach der Konzeptentwicklung begegnet (Kapfhammer 1985; Zepf 1986; Overbeck und Overbeck 1994c; Möhle 2010; Storck 2016). Gerd und Annegret Overbeck wählen in ihrem Reader zur psychoanalytischen Psychosomatik *Seelischer Konflikt – körperliches Leiden* (1994c) einen Aufbau, der zugleich chronologisch und inhaltlich strukturiert ist, wobei die Inhalte im Vordergrund stehen. Dieser Reader geht über die psychosomatische Medizin als klinisches Spezialgebiet hinaus und bezieht die angrenzenden Sozialwissenschaften mit ein. Das Augenmerk der Gliederung ist nicht an Krankheitsleitbildern orientiert, was den Reader deutlich abhebt von medizinischen Lehrbüchern ohne psychoanalytische Grundlage. Eine an Methoden, Arbeitsmodellen und einzelnen Fachgebieten orientierte Gliederung nehmen die von Peter Hahn 1983 herausgegebenen umfassenden zwei Bände zur Psychosomatik aus Kindlers *Psychologie des 20. Jahrhunderts* vor. Eine Lektüre kommt durchaus einem Grundlagenstudium nahe und auch sozialpsychologischen Modellvorstellungen wird Platz eingeräumt (Brede 1983). Siegfried Zepfs *Kritik der psychoanalytischen Psychosomatik* (1986) ist ebenfalls chronologisch angelegt und dabei nach Autor_innen gegliedert. Alfred Lorenzer hebt im Geleitwort heraus, dass die Darstellung der Geschichte der Psychosomatik sich mehr auf Forscher_innen oder Forschergruppen konzentrieren muss als auf Themen, da sich vieles auch außerhalb der institutionalisierten Psychoanalyse abgespielt hat und diese selbst steten Veränderungen unterworfen war (Lorenzer 1986, S. VI). Die Überlegungen zu den jeweiligen Modellen sind für die hier vorliegende Arbeit teilweise vorarbeitend, da die Autor_innen explizit nach der Sicht auf Gesellschaft fragen. Ähnlich verhält es sich mit dem von Siegfried Zepf verfassten kritischen Lehrbuch *Allgemeine Psychoanalytische Neurosenlehre, Psychosomatik und Sozialpsychologie* von 2000 (in der vorliegenden Arbeit wird auf die erweiterte und aktualisierte Ausgabe von 2006 Bezug genommen). In Band III werden Konzepte der psychoanalytischen Psychosomatik dargestellt, jeweils versehen mit kritischen Kommentaren, ähnlich den Überlegungen in Zepf 1986. Zepf hat hier einen Anspruch, der sich mit dem dieser Arbeit überschneidet: Aufbauend auf die theoretische Darstellung schreibt er, „werde ich die Sachverhalte, welche in diesen Arbeiten am falschen theoretischen Ort stehen,

aus ihren falschen Zusammenhängen herauspräparieren und in einer eigenen Theorie die herausgeschälten Funde zum Sprechen bringen“ (Zepf 2006 III, S. 98). Diese Theorie wird weiter unten noch aufgegriffen werden. Als Orientierung was die psychoanalytischen Konzepte betrifft ist diese Auflistung sicher geeignet, für diese Arbeit wird der Blick sich noch etwas in Richtung internistischer Konzepte öffnen und auch die bei Zepf (anlagebedingt und begründet) ausgelassenen frühen psychoanalytischen Überlegungen berücksichtigt werden. Explizit nach der Verbreitung der konzeptuellen Überlegungen im Fachdiskurs sucht auch Zepf nicht. Diesen frühen psychoanalytischen Überlegungen, genauer *der ersten Generation der deutschen Psychosomatik* widmet sich Sebastian Möhle 2010 mit detaillierten konzeptuellen Betrachtungen, zudem untersucht er explizit den frühen Institutionalisierungsprozess der Psychoanalyse bis zum Zweiten Weltkrieg. Ein weiteres Buch zum Status Quo der psychoanalytischen Psychosomatik wurde 1994 von Adolf-Ernst Meyer und Bernhard Strauß herausgegeben, *Psychoanalytische Psychosomatik – Theorie, Forschung und Praxis*. Auch hier zeigt bereits der Titel die Schwerpunktsetzung. Es geht nicht ‚nur‘ um Konzeptdarstellung bestimmter Autor_innen, es wird mehr versucht eine Art Vogelperspektive einzunehmen, einschließlich eines Kapitels zu Theorie und gesellschaftlichem Auftrag der Psychoanalyse. Durch eine Beschäftigung mit der ICD-10 und bspw. die Diskussion des Versorgungssystems der stationären psychosomatischen Rehabilitation (Koch und Potreck-Rose 1994) ragen die Themen in den Bereich der Institutionen hinein und eröffnen so, anders als die Werke, die sich ausschließlich für eine Konzeptdarstellung entschieden haben, eben auch den Blick für die Regelwerke der Disziplin. Timo Storcks *Psychoanalyse und Psychosomatik*, jüngst erschienen (2016), bereits untertitelt mit den *leiblichen Grundlagen der Psychodynamik* ist wie ein Großteil der hier relevanten Werke ebenfalls chronologisch gegliedert, die Gliederung orientiert sich darüber hinaus an Inhalten. Ätiologie und Psychodynamik psychosomatischer Erkrankungen werden aus der Perspektive verschiedener Autor_innen dargestellt, dabei aber unter inhaltliche Klammern gefasst einschließlich eines Kapitels zu Psychosomatik und Gesellschaft. Anlagebedingt nehmen Konzeptdarstellung sowie Diagnostik und Klassifikation mehr Raum ein. Der Aufbau erinnert an Overbeck und Overbeck (1994c), geht in der Schwerpunktsetzung aber über die Konzentration auf besagte Forschergruppen hinaus. Klaus Plab wählt, ebenfalls 2016, einen themenzentrierten und an Organsystemen orientierten Zugang unter anderem in dem Versuch, die Vielzahl der kursierenden Gedankenmodelle zu integrieren (vgl. Plab 2016, S. 11). Nach dem ‚Niederschlag‘ der je aufgearbeiteten Theorie im Institutionengefüge oder einer Wechselwirkung fragen diese Werke nicht – auch hier anlagebedingt. So ist den inhaltlichen Diskussionen gut zu folgen, was, ob und in welchem Maß die kritische Diskussion breitere Wirkung innerhalb der Disziplin entfaltet, bleibt jedoch im Großen und Ganzen nebulös.

Die aktuelle Kliniklandschaft in der Bundesrepublik wird mit dem *Klinikführer stationärer psychosomatisch-psychotherapeutischer Einrichtungen* dargestellt (Schauenburg et al. 2007), was die Rekonstruktion des Institutionalisierungsprozesses bis 2007 zwar erleichtert,

konzeptuelle Fragen jedoch nur marginal streift. Herzog et al. (2012) haben einen deutlichen Praxisbezug und berühren beide Ebenen übersichtlich, allerdings nicht in der hier erforderlichen Detailliertheit. Janssens (2017) Untersuchung zum Institutionalisierungsprozess psychosomatischer Medizin in der Bundesrepublik hat eine persönliche Note und beeindruckt durch den Detailreichtum, fragt allerdings (erneut anlagebedingt) weder gezielt nach dem Verbleib der gesellschaftlichen Dimension in diesem Prozess, noch wird er in einem größeren Kontext zur Institutionenentwicklung betrachtet oder systematisch mit vorherrschenden Modellvorstellungen in Zusammenhang gebracht. Die verbandspolitischen Fakten sind allerdings sehr differenziert aufgearbeitet. Es finden sich flankierende Theorien aus der Sozialwissenschaft, die sich auf die Ausdifferenzierung gesellschaftlicher Teilsysteme und Institutionen beziehen und modellhaft übertragen werden können (Mayntz 1988a; 1988b; Tolbert und Zucker 1996; Vogel 2009; Bornwasser 2009), wobei diese sich nicht auf die Psychosomatik im engeren Sinne beziehen, allerdings Abstecher ins Gesundheitssystem unternehmen. Auf der Konzeptebene bieten personalisierte oder biographische Darstellungen Längsschnitte, in denen wiederum anlagebedingt der Querschnitt eher schmal ausfällt (vgl. unter anderem Will 1984; Jacobi 2003; Fischer 2009; Hoyer 2008; Staar 2016; vgl. auch Möhle 2010, S. 9f.). Eine *kritische Bestandsaufnahme* in ausführlicherer Form nimmt Kollbrunner (2010) vor, in der *Therapie und Prophylaxe als politischen Tätigkeiten* zwar ein eigenes Kapitel gewidmet ist, welches jedoch eher Möglichkeiten und politikfeldübergreifende Problemlagen aufzeigt als systematisch auf vorherrschende Paradigmen oder den Zustand des Institutionensystems einzugehen. Die medizinischen Lehrbücher sind, ebenfalls anlagebedingt, frei von gesellschaftskritischen Überlegungen und betrachten die älteren theoretischen Modelle, wenn überhaupt, tendenziell als überholt (vgl. exemplarisch Bräutigam und Christian 1986; Machleidt et al. 1999; Velden 2007; Ermann 2016).

Welchen Niederschlag die Diskussion um Neurobiologie und Psychotherapie, besonders Psychoanalyse, in der explizit psychosomatisch orientierten Fachliteratur finden wird, muss sich noch zeigen. Es existieren bereits einige Werke zu diesem Themenfeld (Solms et al. 2007; Bauer 2008; Kandel und Bischoff 2012; Leuzinger-Bohleber et al. 2015), welche vornehmlich aktuelle Forschungsergebnisse darstellen. Ob und inwiefern Erkenntnisse aus der neurobiologischen Forschung die Frage nach dem gesellschaftlichen Einfluss auf Krankheit erhellen können, hängt zudem stark von Lesart und Darstellung der Ergebnisse ab.

Vor diesem Gesamteindruck drängt sich die Erkenntnis auf, dass die Erforschung des Gesellschaftsbezugs psychosomatischer Medizin während des Institutionalisierungsprozesses in der Bundesrepublik ein Forschungsdesiderat darstellt. Zwar finden sich Teilaspekte der vorliegenden Arbeit in der Literatur, ebenso flankierende Theorien zur Institutionalisierung sowie zur Ausdifferenzierung wissenschaftlicher Paradigmen. Eine Arbeit allerdings, die diese Aspekte vereint und dabei nach dem Verbleib ehemals zentraler Momente psychosomatischer Medizin fragt, existiert bislang nicht. Hier geht es um das ursprünglich grundlegende

Verständnis einer Psychosomatik, die über die Psychoanalyse der Dimension des Unbewussten einen zentralen Stellenwert einräumen muss und darüber vermittelt eine gesellschaftskritische Perspektive zugleich entwickelt und therapeutisch nutzbar macht.

1.3 Zur Gliederung

Um die in der Einleitung aufgeworfenen Fragen zu beantworten, wird zunächst im 2. Kapitel herausgearbeitet, unter welchen gesellschaftlichen Bedingungen sich die psychosomatische Medizin entwickelt hat. Dieses Kapitel wurde unter einem medizinhistorischen Fokus verfasst und zeichnet entscheidende Entwicklungslinien der modernen Medizin, mit Schwerpunkt auf der Geschichte seit Anfang des 19. Jahrhunderts, nach. Die Perspektive auf mögliche Zusammenhänge zwischen Leib und Seele unterlag, so wird deutlich, stets der gesamtgesellschaftlichen Entwicklung. Über die ‚Lokalisation‘ der Seele im Gehirn und die ‚Verdrängung‘ der Seele aus der Medizin entstand eine Erklärungslücke und diese wurde besonders in gesellschaftlichen Umbruchphasen offenbar. Die Vernaturwissenschaftlichung der Medizin ‚verlangte‘ einen Gegendiskurs, der diese Erklärungslücke füllte. Hier entstand die Psychoanalyse und mit ihr die Psychosomatik, wobei die Behandlungserfolge im und nach dem Ersten Weltkrieg der Psychoanalyse vermehrte Anerkennung bescherten. Das 2. Kapitel schließt mit einer Diskussion der Ergebnisse ab, in der die zentralen Aussagen resümiert und in den größeren Kontext gestellt werden. Auf diese Weise bin ich für jedes der Hauptkapitel verfahren, um die Nachvollziehbarkeit der Argumentation zu vereinfachen.

Im 3. und 4. Kapitel werden Konzepte und Modellvorstellungen diskutiert, die die deutsche Psychosomatik prägten oder diese hätten prägen können. Im 3. Kapitel, *Gesellschaft, Psychoanalyse und Körper I*, liegt der Fokus auf der ersten Generation dieser Psychosomatik. Beginnend mit Freud, der hier als Initiator der Psychosomatik verstanden wird, wird auch auf die ihm nachfolgenden Generation von Psychoanalytiker_innen eingegangen, die psychosomatische Modelle entwickelten. In Freuds Werk ist die Verbindung von Gesellschaft, Psyche und Körper bereits angelegt, diese wurde immer weiter ausdifferenziert. Besonderer Fokus liegt hier auf Georg Groddeck, Sandor Ferenczi, Felix Deutsch, Otto Fenichel, Wilhelm Reich und Ernst Simmel. In diesem Kapitel wird das emanzipatorische Potenzial der Psychosomatik aufgezeigt, das sich zunächst in einem politisch progressiven Klima entfaltete und von Neugier und Forschergeist profitierte. Nach einer Diskussion der Ergebnisse folgt ein Abschnitt zum Zweiten Weltkrieg, der für diese junge Psychosomatik, ebenso wie für die Psychoanalyse, einschneidende Zäsur bedeutete.

Das 4. Kapitel, *Gesellschaft, Psychoanalyse und Körper II*, fokussiert auf die Entwicklung der Psychosomatik nach dem Zweiten Weltkrieg. Auch hier werden Modellvorstellungen dargestellt und diskutiert, die die Psychosomatik der Bundesrepublik entscheidend prägten, in unterschiedlicher Intensität und Dauer. Im Vordergrund steht dabei die Frage, wie und ob sich die Psychoanalyse darstellt und wie und ob das Ineinanderwirken von Individuum und

Gesellschaft berücksichtigt wird. Begonnen wird mit jenen theoretischen Vorstellungen, die den Diskurs zwar prägten, deren Protagonist_innen allerdings nicht unmittelbar an der Professionalisierung der Disziplin in der Bundesrepublik mitwirkten. Franz Alexanders Ergebnisse und Überlegungen stehen hier an erster Stelle, darauf folgt eine Darstellung von Max Schurs Modellvorstellungen. Die Überlegungen von George L. Engel und Arthur H. Schmale sowie das Konzept zum operativen Denken und Überlegungen zur Alexithymie knüpfen hier an. ‚Stress‘ als Erklärungsprinzip für psychosomatische Erkrankungen fußt in großen Teilen auf diesen Vorarbeiten und hat heute eine enorme diskursive Bedeutung, daher wird er gesondert dargestellt.

Von diesem aktuellen Bezug geht der Fokus zeitlich wieder etwas zurück zu jenen Akteur_innen, die unmittelbaren Einfluss auf die psychosomatische Institutionenlandschaft der Bundesrepublik entfalteten. Diskutiert werden die Werke von Viktor von Weizsäcker und Alexander Mitscherlich. Darauf folgen Überlegungen zum Einfluss Michael Balints, und die Diskussion von den Modellvorstellungen Thure von Uexkülls, von Karola Brede, Alfred Lorenzer und Siegfried Zepf. Daran anschließend wird ein, ähnlich dem Stresskonzept, aktuell bedeutsames Leitbild reflektiert, das biopsychosoziale Modell. Auch dieses Kapitel schließt mit einer ausführlichen Diskussion, in der die entscheidenden psychoanalytischen und konfliktzentrierten Wurzeln der Psychosomatik hervorgehoben werden und herausgestellt wird, dass es auch nach dem Zweiten Weltkrieg durchaus vielversprechende Ansätze einer ‚gesellschaftskritischen‘ Psychosomatik gegeben hat. Zugleich werden hier Überlegungen zu einem möglichen Medicozentrismus der Psychosomatik formuliert.

Das 5. Kapitel ist dem institutionellen Wachstum der Psychosomatik gewidmet. Dabei geht es um die Fragestellung, wie und ob die im 4. Kapitel untersuchten Grundannahmen sich in diesem Institutionalisierungsprozess niederschlugen, wobei sowohl die personelle Ebene als auch Überlegungen zu Lehre und Weiterbildung Eingang finden. Das Kapitel beginnt mit einem Abschnitt zur Medikalisierung des Sozialen um begreifbar zu machen, welche gesellschaftliche ‚Funktion‘ der psychosomatischen Medizin über die je individuelle Behandlung hinaus zukommt. Mit der Zementierung der Disziplin angegliedert an die Medizin, so die abschließende Diskussion, besteht die Gefahr einer Festschreibung einer medicozentrierten Psychosomatik, die durch die Medikalisierungstendenzen die ‚Aufgabe‘ hat, sozial verursachtes und verkörpertes Leid zu reparieren, die Frage nach den Ursachen allerdings nicht mehr stellen kann.

Im 6. Kapitel werden diese Vermutungen am konkreten Material exemplarisch untersucht. Dafür wurden 37 Aufsätze aus der auflagenstärksten Fachzeitschrift, der *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* einer kritischen Diskursanalyse unterzogen. Durch ihr langes Erscheinen seit 1954 ist die Zeitschrift eine Art Zeitzeugin der psychosomatischen Medizin der Bundesrepublik und, so die Annahme, paradigmatische Veränderungen müssten sich auch an diesem forschungsnahen Material zeigen. Die Aufsätze

haben alle Erkrankungen des Verdauungstraktes zum Thema, ein ‚klassisches‘ Feld der Psychosomatik. Anschließend an die ausführliche Auswertung der Diskurspositionen erfolgt eine Diskussion der Ergebnisse, in der sich eine medicozentrische Tendenz der Psychosomatik deutlich niederschlägt. Bereits hier wird auf entscheidende Ereignisse im Institutionalisierungsprozess Bezug genommen, die aus dieser Perspektive zu diskursiven Ereignissen (mit verzögerter Wirkung) werden.

Im 8. Kapitel werden die Wechselwirkungen zwischen den in Kapitel 3 und 4 untersuchten theoretischen (aus der Praxis gewonnenen) Modellvorstellungen und den in Kapitel 5 diskutierten institutionellen Entwicklungen resümiert und diskutiert, zudem wird aufgezeigt, wie auch der untersuchte Diskursausschnitt diesen gegenseitigen Einflüssen unterliegt. Die angenommene Entfernung der Psychosomatik von ihren eigenen Wurzeln schlägt sich auch im untersuchten Textmaterial nieder. Von der exemplarischen Bedeutung dieses Materials ausgehend wird diskutiert, wo sich diese Verkürzung zeigt und was sie für die psychosomatische Medizin bedeutet

2. Historisches über Psyche, Soma, Leib und Seele

..daß wir für die meißfremden Eigenschaften der körperlichen Natur blind geworden sind
Pleßner 1965 zit. in Brede 1972, S. 20f.

Der Begriff *Psychosomatik* ist medizingeschichtlich relativ jung. Das bedeutet nicht, dass es zuvor kein Gedankengut gegeben hätte, welches sich als psychosomatisch betiteln ließe, eher das Gegenteil ist der Fall. Aus medizinhistorischer Sicht ist das verbindende Element psychosomatischer Strömungen ein umfassendes Menschenbild, welches „den kranken Menschen immer gleichzeitig als Objekt und Subjekt betrachtet“ (Pieringer et al. 2002, S. 488). Prominente Vertreter einer solchen Sichtweise in verschiedenen Facetten sind beispielsweise Asklepios, Hippokrates, Hildegard von Bingen und Paracelsus. Die für die Psychosomatik des 20. Jahrhunderts so bedeutsamen psychoanalytischen Einflüsse sind jüngerem Datums.

Inwiefern bereits in der Antike ‚psychosomatische‘ Ansichten verbreitet waren, ist nicht eindeutig geklärt. Der Medizinhistoriker Lain Entralgo allerdings bezweifelt die tatsächliche Existenz einer solchen Medizin und Therapie im Altertum. Er kommt viel mehr zu dem Schluss, dass die Griechen im Wesentlichen in einem Naturalismus, einem reinen Somatismus in der Pathologie befangen gewesen waren. Die hippokratische Auffassung der Hysterie als eine Krankheit der Gebärmutter unterstreicht diese Annahmen in der Tat (vgl. Bräutigam und Christian 1986, S. 9). Eine psychosomatische Krankheitsauffassung im moderneren Sinne des Wortes, die die Betrachtung von bewussten, vorbewussten und unbewussten Vorgängen in der Innerlichkeit der Kranken einschließt hat es nicht gegeben, zumindest scheint darüber nichts bekannt zu sein, wobei das Verhältnis von Seele zu Körper bereits die Vorsokratiker

beschäftigte (vgl. Danzer 1992, S. 113).¹ Das Christentum verlieh, inspiriert von Platon, der individuellen Seele neue Attribute, sie wurde andersartig und unsterblich. Auch die im sechsten bis zwölften Jahrhundert weitgehend von Mönchen ausgeübte Klostermedizin baute auf den Lehren von Hippokrates und Galen, also der Humoralpathologie² auf. Sowohl in Antike als auch Mittelalter sollten zuerst Wort, dann Pflanze, dann Messer heilen, *medicus curat, natura sanat* war ebenso Grundsatz. Im christlichen Mittelalter wurde dem natürlich noch eine Garnitur Gottesgnadentum hinzugefügt (*..deus salvat*).

In unseren westlichen Kulturkreisen hat sich die von Plato und Aristoteles entworfene philosophische Tradition durchgesetzt und ausführlich mit dem Leib-Seele-Problem hat sich in der ersten Hälfte des siebzehnten Jahrhunderts Renatus Cartesius, Descartes, beschäftigt. Während Plato eine Trennung des Menschen in Leib und Seele, Aristoteles eine in Leib, Seele und Geist vertrat, ist es Descartes Überzeugung, dass das Ich vom Körper real verschieden sein muss. Der von Descartes formulierte Dualismus einer *res cogitans*, einer denkenden Substanz, und einer *res extensa*, einer materiellen, sich ausdehnenden Welt wirkt bis in unsere heutigen Tage fort. Der menschliche Leib jedenfalls gehorcht dieser Auffassung nach mathematisch-mechanistischen Gesetzmäßigkeiten: „die *res extensa* des Menschen gleicht völlig der Materie anderer Lebewesen, ja auch der unbelebten Welt“ (a. a. O., S. 123). Das Denken wird dabei scharf vom Leib, also von der Materie, separiert. Der späteren naturwissenschaftlich ausgerichteten Medizin leistete das natürlich Vorschub. Viele ihrer großen Erfolge basieren auf dieser Perspektive, der Cartesianismus zementierte aber zugleich die Teilung des Menschen in Körper und Seele, in Materie und Geist (vgl. a. a. O., S. 122ff.).

Zunächst bestand zur Zeit von Aufklärung und Romantik durchaus die Tendenz, die neuen naturwissenschaftlichen Erkenntnisse in ein anthropologisches Konzept einzuordnen, das geistige und seelische Aspekte weiterhin berücksichtigte, so finden sich weitere ‚psychosomatische‘ Impulse auch in der romantischen Medizin. Im *Magazin zur Erfahrungs-Seelenkunde* von 1792, redigiert und zu großen Teilen selbst geschrieben von Carl Philipp Moritz beispielsweise heißt es über mögliche seelische Ursachen körperlicher Erkrankungen: „Seele und Körper stehen in genauer Verbindung miteinander; die Veränderungen der Seele veranlassen ihnen korrespondierende Veränderungen des Körpers, und so auch umgekehrt“ (Moritz 1986, S. 11f., zit. in Danzer 1992, S. 124). Die Auswirkung von Affekten auf das vegetative Nervensystem, die mit Sigmund Freud und der ihm nachfolgenden Psychoanalytiker_innen-Generation wieder in den Fokus der zunächst psychoanalytisch

¹ Vgl. für die Gegenüberstellung der Positionen Platons und Aristoteles auch aus einer psychoanalytischen Perspektive Storck 2016, S. 25ff.

² Gesundheit ist ein Zustand, in dem das Individuum ein jeweils individuell richtiges Mischungsverhältnis der vier Säfte (oder Qualitäten oder Jahreszeiten) erreicht, Krankheit ist entsprechende Dissonanz. Diätetik spielte eine große Rolle, sie hatte zum Ziel, die gewünschte Harmonie der Säfte zu gewährleisten und musste individuell abgestimmt sein – dem Kranken also dessen Subjektsein belassen. Diese Humoralpathologie, also Säftelehre, etablierte sich in den ersten fünfhundert Jahren vor unserer Zeitrechnung und wurde von Galen kurz nach der Zeitenwende in systematischer Form niedergeschrieben (vgl. genauer Danzer 1992, S. 115ff.).

geprägten Psychosomatik rücken sollte, wurden bereits 1801 von dem französischen Physiologen Xavier Bichat beschrieben. In seinen *Recherches physiologiques* heißt es: „Ich behaupte, daß der Zweck jeder dieser Leidenschaften, die nicht dem animalischen Leben zuzuschreiben sind, darin besteht, eine bestimmte Veränderung im organischen Leben zu bewirken. [...] Der Einfluß der Leidenschaften auf die Zirkulation ist so erheblich, daß sie sogar das Zusammenspiel der betreffenden Organe zum Stillstand bringen können“ (vgl. Danzer 1992, S. 125). Einer solchen Perspektive war zum damaligen Zeitpunkt keine große Durchsetzungskraft beschieden, die im Klima der Aufklärung geschlüpften Naturwissenschaften verlangten eine messbarere Form der Medizin. Ahnungen und Vermutungen über Leib-Seelische Wechselwirkungen blieben zunächst der Heilkunst der Romantik vorbehalten.

2.1 Die ‚Lokalisation‘ der Seele im 19. Jahrhundert

Es war der Arzt und spätere Psychiater Johann Christian August Heinroth, der den Begriff *Psychosomatik* ganz unspektakulär erstmals nutzte. Er verwendete ihn 1818 in seinem *Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens* (Heinroth 1818), hier bezieht der Begriff sich auf Heinroths Überlegungen zur Ätiologie von Schlafstörungen. Das Werk gilt als Gründungsdokument der Psychiatrie als wissenschaftliche Disziplin, seelische Störungen sah Heinroth tendenziell als Erkrankungen der gesamten Person an, Lebensumstände und Einstellungen sind für ihn Grundlage psychischer Erkrankung, allerdings sind die Seelenstörungen die Folge einer „freien Verzichtleistung auf die Freiheit“, sie sind „dauerhaft unfreie Zustände“ der Vernunft. Vernunft versteht er letztlich als den „Sinn für das Unendliche“, also für Gott, ein rechtverstandenes Leben ist somit eine Entwicklung hin zu Gott (Heinroth 1818, zit. in Roelcke 1999, S. 54f.). Die Entscheidung zu dem Verzicht auf diese Freiheit ist Sünde und vor allem anhaltende Leidenschaft führt über das Laster letztlich zum Wahn. Darüber hinaus sieht er in äußeren Reizen und der Empfänglichkeit des Organismus weitere Bedingungsfaktoren fürs Irresein. Die von Heinroth entwickelten Begrifflichkeiten, auch die Rolle von Kultur und Staat betreffend, so resümiert Roelcke, zielen letztlich „auf eine Selbstdisziplinierung des Bürgers in einem Staat, der den Ordnungsrahmen vorgibt“ (Roelcke 1999, S. 59). Heinroth ist damit einer der Hauptvertreter der sogenannten *Psychiker*. Mit dem Diskurs zwischen *Psychikern* und *Somatikern* wird die Periode der Psychiatriegeschichtsschreibung etwa von 1805 bis 1845 charakterisiert, eine „vereinfachende Polarisierung“ (Dörner 1984, S. 266; vgl. genauer S. 262-278) zwar, aber an dieser Stelle einigermaßen ausreichend.

Für Deutschland wird in die 1830er-Jahre die eigentliche industrielle Revolution datiert, kapitalistische Produktion hielt Einzug, das wirtschaftsliberale Bürgertum gewann an Einfluss, der ständische „Pöbel“ wurde zur „allmählich bedrohlich erscheinende[n] Klasse des ‚Proletariats‘“ (a. a. O., S. 262) und die Universitäten akzeptierten die Naturwissenschaften

einschließlich der medizinischen Fächer. Und in der Psychiatrie gewann „die von den Praktikern der Anstalten ausgehende, an der Behandlung der Irren [...] interessierte und somatisch orientierte Schule den Sieg über die naturphilosophisch oder idealistisch theoretisierenden Professoren“ (ebd.). Dies natürlich in einem Prozess, der durch zahlreiche Widerstände geprägt war.

Während der Episode der „romantischen Psychiatrie“, in den ersten Jahrzehnten des 19. Jahrhunderts, war die deutsche Psychiatrie von Ideen der Romantik geprägt, die Therapiemethoden waren allerdings alles andere als romantisch im Sinne des heutigen Sprachgebrauchs. Psychiker und Somatiker standen sich recht unversöhnlich gegenüber, was die Krankheitstheorien betrifft.³ Während die Psychiker annahmen, dass psychische Krankheiten primär Störungen der Seele seien, gingen die Somatiker davon aus, dass sie in erster Linie als Folge körperlicher Erkrankungen zu betrachten wären (vgl. Arenz 2003, S. 120ff.).

In diese Zeit fallen die ersten „deutlich sichtbaren Erfolge bei den Bemühungen zur Professionalisierung der neuen Disziplin“ Psychiatrie (Roelcke 1999, S. 47). Staatlich-administrative Reformen sorgten dafür, dass die institutionelle Versorgung der „Irren“ sich in psychische Heil- und Pflegeanstalten verlagerte, zuvor waren diese „Irren“ meist in Tollhäusern verwahrt worden. Die Psychiatrie ging erste Schritte zur Formierung einer Fachgesellschaft einschließlich neu gegründeter Publikationsorgane (vgl. a. a. O., S. 47ff.). Roelcke ordnet den Diskurs als „den Versuch einer theoretischen Selbstvergewisserung der sich etablierenden Disziplin“ (a. a. O., S. 48) ein, es ging um die anthropologische Fundierung der Psychiatrie. Darüber hinaus wollte die Psychiatrie Anschluss finden an Methoden, Kenntnisstand und steigendes Ansehen weiterer medizinische Fächer. Rahmenbedingungen dieses Diskurses waren neben besagten Professionalisierungsbestrebungen und damit verbundenen Abgrenzungsbemühungen gegenüber anderen medizinischen Disziplinen und angrenzenden Wissensgebieten (Psychologie, Theologie, Philosophie) auch juristische Fragen über die Zurechnungsfähigkeit von Straftätern. In der ersten Hälfte der 1840er-Jahre finden sich vermehrt Gründungen von Irrenanstalten, parallel zur ersten großen Gründungswelle von Fabriken. Wenn auch zeitlich vorgelagert lassen sich ähnliche Entwicklungen in Frankreich und England feststellen. Das Reservoir der „Unvernünftigen“ wurde, so Dörner, somit differenziert nach dem Maß des sozialen Nutzens „und mit dem bei zunehmender Technisierung wachsenden Zwang der Industrie, die Produktion und letztlich auch die Gesellschaft selbst gegenüber unberechenbar-unvernünftigem Verhalten ‚störungsfrei‘ zu machen“ (Dörner 1984, S. 263). Die Auseinandersetzung zwischen Psychikern und Somatikern kann nicht mit heutigen Debatten gleichgesetzt werden, beispielsweise zwischen einer biologisch-somatischen und einer biodynamisch orientierten Psychiatrie. Für beide

³ Beispielsweise Maximilian Jacobi, Christian Friedrich W. Roller und Ernst Albert Zeller werden üblicherweise zum Lager der Somatiker gezählt, Karl Ideler zum Lager der Psychiker (vgl. Roelcke 1999, S. 49, FN 150).

Standpunkte grundlegend war nämlich die Annahme, dass „die Seele eine vom Körper unabhängige Existenz haben müsse“ (Roelcke 1999, S. 49). Eine solche Annahme ist aktuelleren Debatten in dieser Hinsicht äußerst fremd, begründeten doch besonders die Somatiker ihre Prämisse der körperlichen Verursachung von „Seelenstörungen“ mit dem göttlichen Ursprung der Seele – gerade wegen dieser ihrer besonderen Qualität könne sie nicht primär erkranken. Roelcke zeigt dies exemplarisch an der Auseinandersetzung zwischen dem Psychiker Heinroth und dem Somatiker Christian Friedrich Nasse. Beide wollten Psychologie und Psychopathologie anthropologisch begründen und beide hatten eine religiös inspirierte Vorstellung von der Unsterblichkeit der Seele. Somit bezog sich der Schwerpunkt dieses psychiatrischen Diskurses auf „das Innere des Menschen, auf die Interaktion zwischen Körper und Seele (Nasse) oder die Dynamik der seelischen Instanzen (Heinroth)“ (a. a. O., S. 206). Dies führte zu einer weitgehenden Ausklammerung der sozialen Welt, die allenfalls „im Sinne einer nicht kritisch befragbaren höchsten Autorität“ (ebd.) auftauchte.

Dörner bezeichnet die Psychiatrie der Psychiker als eine idealistische, die sich vor allem mit dem (preußischen) Staat identifizierte, „mit diesem in die Krise geriet und seit der Revolution von 1848 für einige Zeit inaktuell wurde“ (Dörner 1984, S. 273). Sonderlich viel persönlichen Kontakt mit jenen ‚Irren‘ hatten die Protagonisten dieser Debatten dabei kaum. Prominent unter ihnen ist beispielsweise Professor K. W. Ideler, seine Schriften ordnet Dörner ein als das repräsentative Werk der 1830er-Jahre.

„Mit Ideler“ so resümiert Dörner, „beginnt auf psychiatrischem Gebiet jener abstrakte, in zahllosen Polemiken sich äußernde Gegensatz zwischen den geisteswissenschaftlichen – und in diesem Rahmen auch sozialwissenschaftlichen – Idealisten, die den mehr oder weniger konservativen und auf soziale Integration vorab wirkenden Staat unterstützen, und den naturwissenschaftlichen Materialisten, denen es primär um die Emanzipation aller gesellschaftlichen Kräfte, um einen gerade auch politischen Liberalismus geht“ (a. a. O., S. 267).

Die Gruppe dieser auch von Ideler als Materialisten bezeichneten sogenannten Somatiker, repräsentatives Beispiel ist Maximilian Jacobi, größtenteils Anstaltsdirektoren, bemühte sich entgegen der Herangehensweise der Psychiker, von der Empirie ihrer Beobachtungen auszugehen. Sie stützten sich mehr auf die englische und französische Psychiatrie und bemühten sich „die Philosophie durch die Wissenschaft“ (a. a. O., S. 272) zu überholen. In der Praxis waren sie bestrebt, die ‚erzieherischen‘ Methoden zu mildern, politisch standen sie dem Liberalismus näher und waren dann auch jene Psychiater, die unter Verfolgung zu leiden hatten. Das Irresein führten sie, wie bereits angedeutet, vornehmlich deshalb auf körperliche Erkrankungen zurück, weil auch für sie „die Seele als das Göttliche im Menschen im naturphilosophischen Sinne nicht erkranken kann“ (a. a. O., S. 267). Während bei Heinroth körperliche Störungen Folgeerscheinungen des Irreseins sind und dieses psychisch-moralisch oder im weiteren Sinne aus Sünde entspringt, steht bei Jacobi die körperliche Krankheit am Anfang und das Irresein ist als Symptom zu verstehen. Der Sitz der Seele sind nicht Gehirn

und Nervensystem, sondern der ganze menschliche Organismus. Vor diesem Hintergrund ist es als eine Art progressive Absicht zu verstehen, die Irren „von der prinzipiellen These der christlich-philosophischen Psychiater zu befreien, ihr Irresein sei selbstverschuldet“ (a. a. O., S. 278).

Die Befreiung der Wissenschaft Psychiatrie von „ontologischen und theologischen Voraussetzungen“ sowie die Befreiung der nach wie vor meist dahinvegetierenden Irren von „religiöser Schuld und pädagogisch motiviertem mechanischen Zwang“ wurde jedoch auch durch die Somatiker nicht forciert. Sie gaben dazu wohl den ersten Anstoß, aber diese ‚Befreiung‘ der Psychiatrie „konnte“ so Dörner, „nur im Durchgang durch die radikale Relativierung aller philosophischen und institutionellen Absolutheitsansprüche angestrebt werden, auch wenn dabei die Anthropologie verloren ging“ (a. a. O., S. 267). Für die „naturwissenschaftliche Grundierung der Psychiatrie in Deutschland“ (Geyer 2014, S. 250) ist das Wirken Wilhelm Griesingers bedeutend. Auch Dörner sieht in ihm eine Zentralfigur der Geschichte der deutschen Psychiatrie des 19. Jahrhunderts. „Griesingers naturwissenschaftlich-materialistisches Hauptwerk von 1845“, so Dörner, wurde „zunehmend als Ausgangspunkt für jede wissenschaftliche Diskussion akzeptiert“ (Dörner 1984, S. 280). Griesinger ging davon aus, dass alle psychischen Krankheiten, also Geisteskrankheiten, letztlich Gehirnkrankheiten seien und als solche auch im Hirn lokalisierbar. Was den Sitz der Seele im Gehirn angeht, war man sich recht einig. In den 1840er-Jahren, so Geyer, waren die „Visionen der romantischen Naturphilosophie [...] verflogen“ (Geyer 2014, S. 291), die Zusammenführung der Universitätspsychiatrie mit der Neurologie in Berlin durch Griesinger verdeutlicht die ‚Vernaturwissenschaftlichung‘ der Psychiatrie auch auf der institutionellen Ebene (vgl. a. a. O., S. 292). Mit Griesingers Beitrag zur praktischen Psychiatrie beschäftigt sich Sammet (2000) eingehend, zur teils widersprüchlichen Rezeption von Griesingers Werk vgl. auch Dörner 1984, S. 279ff.

Die ‚modernen‘ Naturforscher des 19. Jahrhunderts werden aufgrund der Bedeutung der Erkenntnisse der neueren Physik, besonders die der Mechanik, als *mechanische Materialisten* bezeichnet. Deren Vorstellung einer „ausschließlich physikalistischen Lehre von den Organismen“ (Pohl 2011) entspricht Griesingers Vorstellungen vom Sitz der psychischen Erkrankung im Gehirn. Für eine konfliktzentrierte psychosomatische Perspektive auf körperliche Erkrankung ist in dieser Denkart dagegen kein Platz. Die 1845 gegründete *Berliner Physikalistische Gesellschaft* war ein Klub jener mechanischen Materialisten mit namhaften Vertretern wie Hermann von Helmholtz, Ernst Wilhelm von Brücke und Emil Du Bois-Raymond, die im Organismus kaum andere Kräfte als die physikalisch-chemischen duldeten. Diese Überzeugung war nicht gänzlich widerspruchsfrei, so gestand Du Bois-Raymond doch eine Grenze der Naturerkenntnis ein – die Erscheinung des Bewusstseins sei nicht aus den Atombewegungen zu erklären. Hier existiere zwar eine letzte Grenze der Naturerkenntnis, die vollste Abhängigkeit des Geistigen vom Physischen sei allerdings nicht zu bezweifeln. Auf die

Widersprüchlichkeit dieser Argumentation verweist Pohl (2011). Trotz dieser leichten Zweifel herrschte doch Konsens, dass nur physiologisch an diese Grenze heranzukommen sei: Die Lokalisation der Seele im Gehirn entspricht diesem mechanistisch-materialistischen Paradigma. Die von Du Bois-Raymond benannte Erkenntnisgrenze wurde nicht zu einem Hebel innerhalb der Medizin, sondern verblieb im Bereich der Spekulationen. Pohl macht eine regelrechte ‚Gehirnbesessenheit‘ im ausgehenden 19. Jahrhundert aus: „Jetzt ging es nur noch darum, das zunächst unlösbar scheinende Problem des kausalen Zusammenhangs von gehirnanatomischen Bewegungen und subjektiven Empfindungen erst einmal zurückzustellen und sich an den geschlossenen Ring der physikalischen Kausalgesetze zu halten, denn eins sei zumindest klar: Eine Beeinflussung der Gehirnanatomie durch Gedanken *entgegen* den vorgeschriebenen Gesetzen der Mechanik sei unmöglich“ (Pohl 2011). Handlungen werden so zu Folgen von Muskelbewegungen und Nervenbahnungen, sie resultieren nicht aus Gedanken oder Gefühlen. Allein die physikalischen Gesetze (wie beispielsweise Atomlehre und Energieerhaltungssatz, also die Annahme, dass in einem abgeschlossenen System die Summe aller Energien konstant ist und lediglich in andere Formen umgewandelt werden kann) gelten folglich auch für die Psychologie, ebenso wie für Biologie, Physiologie, Medizin und Neurologie. Dieses Paradigma eröffnete nicht nur der Psychiatrie sondern auch allen psychologischen Schulen den Anschluss an den naturwissenschaftlichen Fortschritt – der menschlichen Seele blieb dieser Anschluss allerdings weitestgehend verwehrt, ein Umstand, der bis heute fortwirkt:

„Das ‚mechanische Weltbild‘ wurde prägend für die moderne Psychologie und Psychologie ist nun im wesentlichen Gehirnphysiologie, allerhöchstens noch Physiologie der Nerventätigkeit, also Neurologie, denn: das gesuchte Elementare seelischer Vorgänge ist nach dieser Auffassung immer das physiologisch Elementare. Das Hauptthema der naturwissenschaftlichen Psychologie war folglich die komplexe *Leib-Seele-Problematik*, aber Priorität hatte eindeutig: die Physik und die physiologische Gehirnforschung“ (Pohl 2011).

Diese Priorität wurde durch die psychosomatische Medizin im 20. Jahrhundert erneut hinterfragt. Der Diskurs über die ‚Seelenkrankheiten‘ kann somit auf eine lange Geschichte mit unterschiedlichsten Symptomdeutungen zurückblicken, von der religiösen Deutung über juristische Verwaltung zur medizinischen Behandlung und letztlich zum Versuch der naturwissenschaftlichen Durchdringung der Krankheit. Wenn auch keinesfalls eine gradlinige Erleichterung für die jeweils als krank Geltenden, so war dies „im Großen und Ganzen aber doch ein Prozess der Humanisierung“ (Lorenzer 2002, S. 47), an dem auch Griesingers Überlegungen Teil hatten. Lorenzer rechnet es Michel Foucault an, auch die Kehrseite dieser Entwicklung aufgezeigt zu haben: Parallel zur Befreiung der Seelen- und Geisteskrankheiten aus religiöser Deutung und ihrer ‚Verwaltung‘ „als Teil einer Asozialität“ (ebd.) baute sich ein Machtgefälle zwischen Ärzt_in und Patient_in auf, die ärztliche Autorität trat an die Stelle der staatlichen Gewalt. Alte Sanktionen verwandelten sich in disziplinierende Verhaltensanweisungen. „Den ‚richtigen Gebrauch des Lebens‘ zu wissen“, so fasst Lorenzer das Ergebnis dieser Entwicklung mit Bezug auf Foucaults Werk zusammen, „wurde zum

ärztlichen Vorrecht, das sich bis in die direktiven Methoden gegenwärtiger Psychotherapie durchhält“ (a. a. O., S. 47f.).

Da die Entwicklung der institutionalisierten psychosomatischen Medizin des 20. Jahrhunderts zwar keinesfalls unbeeinflusst von ihr blieb, sich aber dennoch verhältnismäßig unabhängig von der Psychiatrie vollzog, wird diese Psychiatriegeschichte hier nicht weiter vertieft (vgl. hierzu Geyer 2014; Wolters et al. 2013). Sie kann bereits bis hier als Verweis darauf verstanden werden, wie sehr anthropologische Vorstellungen dem Zeitgeist unterliegen und diese somit auch vom Siegeszug der Naturwissenschaften nicht unberührt bleiben konnten. So wie die Natur durch Erkenntnis der Naturgesetze in immer größerem Maße ‚beherrschbar‘ erschien, so unterlag auch der Mensch (einschließlich seiner Seele mit Sitz im Gehirn) diesen Naturgesetzen, und analog der kapitalistischen Verwertungslogik müsste auch der Mensch verwertbarer werden. Die Psychosomatik als Wissenschaft ist dabei auch aus der Auseinandersetzung mit der naturwissenschaftlich orientierten Medizin erwachsen, und zwar als Gegenentwurf. Freuds Erkenntnisse über die Hysterie sind der Ursprung einer psychosomatischen Medizin, die unbewusste Vorgänge in ihren Erkenntnisprozess mit einbezieht und sich von der Zerlegung des Menschen in Einzelteile (beispielsweise Gehirnnareale) abwendet. Bei all ihren Erfolgen stand die naturwissenschaftlich orientierte Medizin und Psychiatrie einigen weit verbreiteten Phänomenen weiterhin hilflos gegenüber, so beispielsweise eben den hysterischen Phänomenen oder dem ‚Kriegszittern‘. Diese Machtlosigkeit führte allerdings keinesfalls zu einem flächendeckenden Umdenken oder einer Besinnung auf jene von Du Bois-Raymond genannte Erkenntnisgrenze mit Breitenwirkung. Die Medizin als ‚Naturwissenschaft‘ hatte zugleich beeindruckende Erfolge vorzuweisen, und diese hatten großen Anteil an der Verortung von Krankheitsursachen ausschließlich im anonymen objektivierten Körper.

2.2 Die ‚Verdrängung‘ der Seele aus der Medizin

Für die Entwicklung der Psychosomatik in der Bundesrepublik hat das Selbstverständnis der modernen Medizin eine einschneidende Bedeutung, da diese moderne Medizin das Umfeld darstellt, in dem die Psychosomatik sich institutionell verfestigt. Bei einer Betrachtung der Medizin im Sinne einer Genealogie, wie Foucault sie betreibt, zeigt sich die Medizin als ein „ort- und zeitgebundenes Ergebnis eines ganzen Bündels verschiedenartiger Praktiken und Machtmechanismen – Heilen, Überwachen, Normieren, Forschen/Untersuchen, Disziplinieren, Pflegen, Sorgen, Verwalten, Optimieren“ (Laufenberg 2016, S. 118). Die Medizingeschichte des vergangenen Jahrhunderts ist zunächst eine spektakuläre Erfolgsgeschichte, die Durchbrüche in Diagnostik und Therapie körperlicher Krankheiten sind unvergleichlich eindrucksvoller als jene in der mehrtausendjährigen Geschichte zuvor auf diesem Gebiet. Grundlage dieser Erfolgsgeschichte ist eben jenes physikalisch-chemische Konzept für Realität und zu eben jenen Erfolgen führte die „großartige Einseitigkeit, mit der

die Medizin alle Kräfte auf die Entwicklung dieses Konzepts konzentriert hat“ (von Uexküll und Wesiack 1998, S. V). Wobei, und dieser Umstand wird häufig übersehen (auch von von Uexküll und Wesiack), die der Medizin des 19. Und 20. Jahrhunderts zugeschriebenen Erfolge auch der Verbesserung der hygienischen sanitären Verhältnisse und der Ernährung zu verdanken sind. Diese Verbesserungen kamen vor allem unter dem Druck der ersten Massenbewegungen zustande. So setzte beispielsweise der Rückgang der Tuberkulose bereits vor der Entdeckung des Tuberkelbakteriums durch Koch ein, auch die Verbreitung der Diphtherie sank bereits vor der Entwicklung des Serums und der Impfung. Ausgenommen die Kinderlähmung zeigt Franca Ongaro Basaglia, dass für den Rückgang dieser Infektionskrankheiten die medizinische Intervention nur indirekt verantwortlich war, viel ausschlaggebender war die Veränderung der Lebensverhältnisse (vgl. Ongaro Basaglia 1985, S. 190ff). Erklärt der jeweilige Diskurs aber

„den Rückgang der Krankheiten und der Sterblichkeit mit dem Fortschritt der Wissenschaft und der Entwicklung der Pharmaka, so läßt sich die Fiktion aufrechterhalten, Krankheit sei ein Naturgeschehen, für das die Medizin, die ja unaufhörlich neue Medikamente entdeckt, zuständig ist. Und es ist wahr, daß die Medizin des 19. Jahrhunderts ständig neue Medikamente entdeckt. Es ist allerdings ebenso wahr, daß sich der Rückgang zahlreicher Erkrankungstypen lange vor der Entdeckung einer geeigneten Therapie beobachten läßt“ (a. a. O., S. 96).

An diesem historischen Ort wird in der Retrospektive deutlich, wie die Verortung der Krankheit im von Lebensbedingungen abgekoppelten Körper letztlich sozialen Konfliktstoff kaschiert, in diesem Fall vor allem die Ausbeutung und die elenden Wohn- und Lebensverhältnisse der Arbeiter_innen in den Städten. So werden dann Krankheiten behandelt, deren Ursache die Armut ist, diese Ursache ist jedoch nicht lokalisierbar.

Im Verlaufe der Entwicklung der bürgerlichen Gesellschaft veränderte sich somit auch der Gesundheitsdiskurs. Gesundheit ‚befreite‘ sich im Rahmen der „allgemeinen gesellschaftlichen funktionalen Differenzierung von religiösen, politischen und lebensweltlichen Überdeterminierungen“ (Bauch 1996, S. 9f.) und wurde von dem sich herausbildenden Gesundheitssystem funktional spezifiziert übernommen. Gesundheit entschwand damit überwiegend aus der Alltagskompetenz der Menschen, ebenso aus der Kompetenz übergreifender sinnstiftender Systeme wie Politik und Religion. Mit der Ausbildung eines Gesundheitssystems etablierte sich auch die funktionstypische Codierung für dieses System: krank und gesund (ebd.). Und zugleich etablierte sich als Instanz für Diagnose und Behandlung die naturwissenschaftlich orientierte Medizin mit einem professionalisierten Ärztestand. Das Erkennen oder Lokalisieren von Krankheiten (etwa Mitte des 18. bis Mitte des 19. Jahrhunderts im Fokus der klinischen Forschung) versetzt den Menschen also in die Lage, weit über Gebete hinaus gegen eine Krankheit zu kämpfen. Der Mensch wird so allerdings selbst zum Objekt, zu einem Teil dieser zu bezwingenden Natur erklärt und befindet sich nun in der Gewalt einer lokalisierbaren Krankheit, Ärzt_in und Medizin allein sind berufen diese

zu kontrollieren oder zu heilen. Es ist „nicht nur das subjektive Empfinden und das objektiv medizinisch Feststellbare“ was die Auffassung beeinflusst, was als krank oder gesund gilt, „sondern auch das, was von einer Gesellschaft an den Einzelnen an Erwartungen herangetragen wird“ (Schmidhuber 2016, S. 198). Ob und inwieweit ein „Nichterfüllen“ dieser Erwartungen „behandelt“ werden muss, hängt besonders für (nicht klar begrenzbar) psychische und psychosomatische Erkrankungen von der Deutung ab.

Das Krankheitsbild der modernen Medizin hat sich in einem Prozess, der auch mit dem Begriff der Medikalisation beschrieben werden kann, von den Lebenszusammenhängen immer mehr entfernt. Medikalisation bezeichnet diesen gesellschaftlichen Veränderungsprozess, bei dem diese Lebenszusammenhänge in den Fokus systematischer medizinischer Erforschung und Verantwortung rücken, die vorher außerhalb der Medizin standen. Dies bedeutet allerdings nicht, dass sich eine Art interdisziplinärer Ansatz innerhalb der Medizin zeigen würde, sondern eine Betrachtung auch ‚normaler‘ Phänomene (wie beispielsweise Altern, ‚Schönheit‘, Kinderlosigkeit) aus medizinischer Warte:

„Die medikalisierende Funktion der Medizin besteht im Wesentlichen darin, daß sie – auf ein individuelles Leid reagierend, das hochkomplexe (auch gesellschaftliche und umweltbedingte) Ursachen haben kann, die in dem von ihnen bewirkten Unbehagen sehr wohl erkennbar sind – eine *einspurige* Deutung anbietet oder aufdrängt, die der Patient, der eine medizinische Auskunft erhält, wohl oder übel akzeptieren muß. In diesem Sinne besetzt die Medizin immer größere Ausdrucksfelder des Unbehagens und sucht sie zu medikalisieren, wobei sie entweder die Person, mit der sie zu tun hat, oder die soziale Struktur, die das Unbehagen erzeugt, der Verantwortung enthebt“ (Ongaro Basaglia 1985, S. 158).

Hinzu kommt eine Dimension, die auch bei Ongaro Basaglia keine Rolle spielt, die Dimension des Unbewussten. In dieser einspurigen Deutung fehlt dann sowohl die soziale Struktur als auch deren Vermittlung über unbewusste Prozesse. Mit einem solchen Verständnis von Ätiologie und dem zugehörigen Krankheitsbegriff ist die „Suchrichtung“ (Mitscherlich 1966b, S. 470) festgelegt und gesucht wird kaum über die individuelle Körpergrenze hinaus. Seelische oder psychische Einflussgrößen auf Erkrankung haben in Erklärungsmodellen, die Krankheit als reines ‚Naturgeschehen‘ betrachten, ebenso wenig Platz wie soziales Elend und Ausbeutung. Um das Wissen, die Diagnose und die Therapie ‚objektiv‘ zu gestalten, musste der kranke Mensch verdinglicht und enthistorisiert werden. Das Leiden wurde naturalisiert und biologisiert, nur so wurde es mess- und (vermeintlich) kontrollierbar. Die Medizin übernimmt so zunehmend die gesellschaftliche Aufgabe, die Schäden zu reparieren, aber über ihre Ursachen zu schweigen – einzig die im objektivierten Körper selbst messbaren Ursachen besitzen Erklärungswert und weder die Seele noch der Niederschlag gesellschaftlicher Verhältnisse sind dort auf diese Weise auffindbar.

Kritische Stimmen dem gegenüber hat es immer gegeben, so schrieb Helmut Pleßner 1928:

„Wogegen sich eine anticartesianische Bewegung richten muß, ist die Identifizierung von Körperlichkeit und Ausdehnung, physischem Dasein und Meßbarkeit, die es verschuldet hat, daß wir für die meßfremden Eigenschaften der körperlichen Natur blind geworden sind. So daß wir so weit gehen konnten, die Naturwissenschaften nicht nur für die einzig mögliche Erkenntnisweise der Natur, sondern die Natur geradezu für das Ergebnis der Naturwissenschaft, für ihr Methodenprodukt zu halten“ (Pleßner 1928, zit. in Brede 1972, S. 20f.).

Bereits als das Philosophikum in der Medizin abgeschafft wurde, wurden Forderungen nach einem ganzheitlichen Krankheitsverständnis laut (vgl. Pieringer et al. 2002, S. 489f.). Diese verhallten zwar nicht gänzlich ungehört, allerdings konsequenzlos. So erging es allerlei angebrachter Kritik an der Entwicklung und Etablierung der Medizin als ‚reine‘ Naturwissenschaft, an diesem grundlegenden Paradigma hat sich bis heute nichts geändert. Das ort- und zeitgebundene Ergebnis ist eine institutionell mächtige Medizin, die auf äußerst lukrative Weise den geschichts- und seelenlosen menschlichen Körper zu bearbeiten vermag (reparieren ist fraglich) und die die menschliche Seele, wenn überhaupt, im Gehirn verortet.

Die Festigung der dualistischen Vorstellung von Körper/Leib und Seele/Geist ist somit die nachhaltige und folgenschwere Konsequenz der Ontologie der klassischen Naturwissenschaft für die Medizin. Während die Welt entzaubert und die Natur entgöttert wurde, fand analog eine Art ‚Entseelung‘ des Körpers statt, die einherging mit einem ökonomischen Interesse an eben diesem. Die strikte Unterscheidung somatischer und psychischer Krankheiten – die nach wie vor großteils die Struktur der Klinik beherrscht – reflektiert Descartes‘ grundlegende Differenz von *res cogitans* und *res extensa*. Sie trennt Psychisches und Somatisches in unterschiedene Gegenstandsbereiche und objektiviert so auch das Psychische als Sache (*res*) (vgl. Schindler 2003, S. 21). Die großen Erfolge dieser Herangehensweise sollen nicht geschmälert werden, problematisch bleibt aus jeder ‚psychosomatischen‘ Perspektive aber das grundlegende Menschen-, beziehungsweise Maschinenbild. „Eine naturwissenschaftliche Medizin“, so Danzer, „definiert den Patienten immer als Objekt, kann gar nicht anders, als dieses Objekt zu vermessen, bis es gesundet oder zur letzten Messung den Pathologen in die Hände fällt“ (Danzer 1992, S. 116f.). Resultat ist somit ein herrschender medizinischer Diskurs, in dem Patient_innen als ‚Werkstücke‘ (vgl. Mitscherlich 1978) begriffen werden. Mitscherlich bezeichnet diesen Zustand auch als eine „Versachlichung“ (a. a. O., S. 509) der Medizin. Diese „hat sich mit voller Intensität zwischen Arzt und Patient geschoben. Der Patient [hier nimmt Mitscherlich Bezug auf die Nürnberger Ärzteprozesse] wird natürlich heute nicht von Perversen zu Tode gequält, aber der Kranke wird zum totalen Objekt, zur ‚Sache‘. Die Versachlichung liegt im gegenwärtigen Stadium darin, daß es leicht gelingt, das Vertrauensverhältnis von Arzt und Patient selbst affektiv steril zu halten“ (ebd.). Es war die psychosomatische Medizin, die erste Versuche unternahm, diesem Paradigma der Versachlichung entgegenzutreten und die im 19. Jahrhundert gekappte Verbindung zwischen Psyche und Körper ‚wiederherzustellen‘, beziehungsweise dem Psychischen Einfluss auf

körperliche Vorgänge zuzugestehen, Anfang des 20. Jahrhunderts war sie ein entscheidender Gegendiskurs.

2.3 Erster Weltkrieg und Weimar

Der Erste Weltkrieg brachte der psychosomatischen Medizin einen gewaltigen Aufschwung. Herkömmliche Behandlungsmethoden versagten in der Behandlung der Kriegsneurosen, die Militärpsychiatrie war hier so offensichtlich unfähig, dass die erfolgreiche Arbeit mit Kriegsneurotikern zur öffentlichen Wertschätzung der psychoanalytischen Methode entscheidend beitrug. Etwa 1,2 Millionen Soldaten waren im Ersten Weltkrieg relativ erfolglos mit der *Kaufmann-Kur* zwangsbehandelt worden (vgl. Hermanns und Schultz-Venrath 1993, S. 14 und zu diesem schmerzhaften Verfahren genauer Abschnitt 3.2.6). Diese Scharen von ‚Kriegszitterern‘ die doch die *erschütternden* Auswirkungen der Kriegserfahrungen auf die Soldaten so deutlich vor Augen führten, stellten alle damals gängigen Behandlungsmethoden vor ein Rätsel, mechanische Einwirkungen blieben erfolglos. Die Grenze der Medizin wurde deutlich in der Unfähigkeit, diesem durch den Krieg fabrizierten menschlichen Elend etwas entgegenzusetzen. Ernst Simmels psychoanalytisch inspirierte Behandlungsformen erwiesen sich als einzige als erfolgreich doch dafür notwendig war eine Empathie des Arztes, die der damals herrschenden Lehrmeinung fremd war, so schreibt er 1919:

„Man muss die Kriegereignisse selbst oder ihre Rekapitulation in der analytisch-kathartischen Hypnose miterlebt haben, um zu verstehen, welchen Anstürmen das Seelenleben eines Menschen ausgesetzt ist, der nach mehrfacher Verwundung wieder ins Feld muß, bei wichtigen Familienereignissen von den Seinen auf unabsehbare Zeit getrennt ist, sich unrettbar dem Mordungetüm eines Tanks oder einer sich heranwälzenden feindlichen Gaswelle ausgesetzt sieht, der durch Granatvolltreffer verschüttet und verwundet, oft stunden- oder tagelang unter blutigen, zerrissenen Freundesleichen liegt und nicht zuletzt der, dessen Selbstgefühl schwer verletzt ist durch ungerechte, grausame, selbst komplex-beherrschte Vorgesetzte, und der doch still sein, sich selbst stumm niederdrücken lassen muß von der Tatsache, daß er als einzelner nichts gilt und nur ein unwesentlicher Bestandteil der Masse ist“ (Simmel 1919, S. 23).

Es war Simmels empathischer Zugang, der ihm eine erfolgreiche Arbeit ermöglichte. Damit einher ging eine differenzierte Vorstellung dieser Kriegstraumata, die über das traumatisierende Ereignis hinaus auch die vorherigen Einflüsse auf die Entwicklung der psychischen Struktur berücksichtigte. Wie nachfolgend ausführlicher dargelegt, sollte beispielsweise die rasche, enge Zusammenarbeit mit Ernst Simmel und seinen Erfolgen in der Behandlung von Kriegsneurotikern darin unterstützen, die Psychoanalyse als Theorie und Behandlungsmethode in Fachkreisen bekanntzumachen. Pohl weist darauf hin, dass dies zwar ein verständliches Motiv ist, vor dem Hintergrund der Katastrophen des Ersten Weltkriegs jedoch einen zwiespältigen Beigeschmack behält. Kriegsbedingt hatte also das Interesse an der Psychoanalyse zugenommen, sie hatte ihre Wirksamkeit unter Beweis gestellt und dies schien

ihr zunächst eine rosige Zukunft zu versprechen. Ernst Simmel hielt auf dem V. Internationalen Psychoanalytischen Kongress in Budapest eines der drei Hauptreferate zum Tagungsthema *Die Psychoanalyse der Kriegsneurosen*, die anderen beiden Hauptredner waren Karl Abraham und Sandor Ferenczi, anwesend waren auch hochrangige militärische Vertreter der Mittelmächte, das preußische Kriegsministerium zog die Einrichtung psychoanalytischer Einrichtungen zur Massenbehandlung von Kriegsneurotikern in Erwägung (vgl. Pohl 2000, S. 240).

Auf die fatalen Folgen, die die Erfüllung der Hoffnung auf zunehmende Anerkennung der Psychoanalyse in dieser Situation für die weitere Entwicklung psychoanalytischer Theorie, Therapie und Bewegung gehabt hätte weist wiederum Pohl hin: Zum einen hätte die Psychoanalyse durch die Zentrierung auf massenhafte Anwendung in der Behandlung schwerer, traumatischer Neurosen unter Zeitdruck auf die aus der Not geborene, verkürzte Form wie Simmel sie genutzt hatte zurückgreifen müssen, also „in der Massenanwendung unserer Therapie das reine Gold der Analyse reichlich mit dem Kupfer der direkten Suggestion [...] legieren“ (Freud 1919a, S. 193, zit. in Pohl 2000, S. 240). Die weitaus gravierendere Gefahr war die der „Vereinnahmung der bisher unabhängig gebliebenen, dem subjektiven Leiden und seiner befreienden Aufhebung verpflichteten Psychoanalyse für rein militärische und politische Zwecke: ein therapeutischer Reparaturbetrieb zur Wiederherstellung der kriegsverlängernden Wehrtauglichkeit erkrankter Soldaten und Offiziere“ (ebd.). Das Ende des Ersten Weltkrieges wendete die Integration der Psychoanalyse in die medizinische Psychiatrie schließlich ab. Die Spekulation über etwaige anders geartete Entwicklungen ist wenig zielführend, diese Sequenz in der Geschichte der Psychoanalyse zeigt allerdings nur zu deutlich, dass sie paradoxerweise gerade dort, wo sie unmittelbar erkennbare Möglichkeit zur Linderung oder Heilung eines offensichtlich gesellschaftlich hergestellten Elends bietet, keinesfalls gefeit ist gegen die Instrumentalisierung durch herrschende (in diesem Fall militärisch-ökonomische) Interessen.

Was die Hochschulmedizin betraf, so hatten vornehmlich die Internisten Interesse an psychotherapeutischen Erklärungsmodellen und Behandlungsformen. Bereits 1926 fand in Baden-Baden der *Erste allgemeine ärztliche Kongreß für Psychotherapie* statt, er führte zur Gründung der *Allgemeinen Ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie* (AÄGPT) und des *Zentralblatts für Psychotherapie*. In Deutschland etablierte sich dadurch eine eigenständige Richtung der Psychosomatik und Psychotherapie (vgl. Dehli 2007, S. 95).

Die Psychoanalyse hatte, abgesehen von Wien besonders in Berlin, in der zweiten Hälfte der 1920er-Jahre vor allem in intellektuellen Kreisen Resonanz gefunden, sowie in heilenden und helfenden Berufen. Die wachsende Verbreitung psychoanalytischen Gedankenguts rief natürlich die entsprechenden Gegenstimmen hervor. Neben Vorwürfen sie sei „Altweiberpsychiatrie“, „Hexenwahn“ oder „seelische Masturbation“ (Cremerius 1981, S. 9, zit. in Peglau 2013, S. 59) wurde ihr stets sowohl von psychologischer als auch von soziologischer Seite mangelnde Wissenschaftlichkeit vorgehalten, Theologen stießen sich an

ihrer Religionsfeindlichkeit, national-völkische Kreise verunglimpften ihren „aufklärerischen, rationalen Geist“ und Freuds Thesen zur frühkindlichen Sexualität sorgten ohnehin für „lagerübergreifende Empörung“ (ebd.). In diesem ambivalenten Klima entstanden auch die ersten systematischen psychosomatischen Überlegungen im Sinne von gezielter Psychotherapie von Körperkrankheiten, wobei Freuds Studien über die Hysterie eine Schlüsselrolle zukommt.

2.4 Diskussion: Der historische Ort der jungen Psychoanalyse und Psychosomatik

*Das menschliche Wesen ...
In seiner Wirklichkeit ist es das Ensemble der gesellschaftlichen Verhältnisse.
Marx, 6. Feuerbachthese*

Der Siegeszug der Naturwissenschaften im 19. Jahrhundert vollzog sich parallel zum Siegeszug der „Großen Industrie“. Die über die Entdeckung der ‚Naturgesetze‘ ermöglichte Technisierung erlaubte die wachsende Beherrschung der ‚äußeren‘ Natur durch immer kompliziertere Maschinen – im Rahmen der neuen kapitalistischen Gesellschaftsordnung. Und zugleich erforderte diese neue Gesellschaftsordnung die zunehmende Beherrschung ‚innerer‘ menschlicher ‚Natur‘ ebenso wie deren Kontrolle und spezifische Zurichtung. Während Psychiker und Somatiker der Seele noch eine (teils religiös gefärbte) vom Körper unabhängige Existenz zugestanden hatten, lokalisierten in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts Griesinger sowie Du Bois-Raymond und Kollegen Seele und Geisteskrankheiten im Hirn, vermeintlich naturgesetzlich beherrsch- und berechenbar. Der an diese Naturgesetze gebundene Krankheitsbegriff der modernen Medizin dient auch dazu, „das Phänomen des Leidens am leidenden Individuum festzuschreiben und von der Konstellation abzulösen, aus der dieses Leiden hervorgegangen ist. So wird der Verusachungszusammenhang des Leidens zum Verschwinden gebracht“ (Ongara Basaglia 1985, S. 10). Zweifel daran, eine Ahnung von der Grenze dieses Naturerkennens, blieben zwar, entfalteten aber keine große diskursive Macht im medizinischen Bereich. Dass psychische Vorgänge „keine mechanischen, festen Gesetzen folgende und damit unter dem Mikroskop erkennbare, messbare und schließlich quasi technisch kontrollierbare Naturvorgänge“ (Pohl 2011) sind, sorgte jedoch für ein stetes Aufflackern jener Grenze des Naturerkennens. Die ‚Hysterie‘ war eine der Erkrankungen, an denen Medizin und Lokalisationslehre scheiterten, ebenso ist das ‚Kriegszittern‘ hier prominentes Beispiel. Das vorherrschende Bild des menschlichen Organismus als eine den Naturgesetzen gehorchende Maschine lieferte weder ausreichende Erklärungen für diese Phänomene, noch adäquate Behandlungsmöglichkeiten. Die für die sich in diesem Spannungsfeld entwickelnde Psychoanalyse entscheidende Frage, wie sich die jeweilige Gesellschaftsordnung bis in die unbewussten Strukturen hinein durchsetzt, konnte und kann von einer solchen materialistisch-mechanisch ausgerichteten Medizin überhaupt nicht gestellt werden. Diese naturwissenschaftlich ausgerichtete Medizin hatte auf der anderen Seite große Erfolge vorzuweisen, oder machte sich

die Resultate verbesserter Lebensbedingungen zu eigen, die Trennung von Leib und Seele wurde herrschendes Paradigma. Nichtsdestotrotz wurde im ersten Drittel des 20. Jahrhunderts zugleich systematisch und methodisch reflektiert damit begonnen, organische Erkrankungen psychisch zu behandeln, wobei sich dies auf verschiedenen Ebenen bereits angekündigt hatte: Die Leib-Seele-Frage war schon um die Jahrhundertwende großes Thema in der akademischen Psychologie und Philosophie, die Hypnose hatte gegen Ende des 19. Jahrhunderts eine ganze klinische Kultur hervorgebracht und auch in der Öffentlichkeit für die Anerkennung der Macht der Psyche gegenüber körperlichen Vorgängen gesorgt. Auch in der Hochschulmedizin erklangen Stimmen, die sich gegen die Einseitigkeit der naturwissenschaftlich-objektivierenden Medizin erhoben. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts gab es zudem eine relativ ausgeprägte ganzheitsmedizinische Bewegung, die sich gegen die akademische Hochschulmedizin richtete und deren Vertreter_innen neben den Sanatoriums- und Kurärzten vor allem in den paramedizinischen und naturheilkundlichen Bereichen zu finden waren (vgl. Möhle 2010, S. 41). Der Erste Weltkrieg brachte Hysterische Konversionen, Kriegsneurosen und ein Heer von Kriegszitterern mit sich, bei denen herkömmliche Behandlungsmethoden versagten, womit die Grenzen dieser objektivierenden Medizin und damit jene Grenzen des Naturerkennens aufgezeigt wurden. Diese Grenzen waren durchaus zahlreichen Akteuren deutlich. Eine wirksame Behandlungsmethode und zugleich Erklärung dieser Phänomene bot allerdings nur die Psychoanalyse. Nach Kriegsende waren die Bezeichnungen ‚Psychoanalyse‘, ‚Psychosomatik‘ und ‚Psychotherapie‘ in Deutschland quasi gleichbedeutend gewesen, Psychosomatik bedeutete psychoanalytische Psychotherapie von Körperstörungen (a. a. O., S. 147). Eine Breitenwirkung entfalteten die in Deutschland verbliebenen Vertreter_innen freilich noch lange nicht. Neben den gravierenden Unterschieden in der grundlegenden Auffassung zum Ablauf psychischer Vorgänge ist auch das Verhältnis zwischen Ärzt_in und Patient_in in einer solchen psychoanalytischen Psychosomatik ein anderes. Die_der Behandelnde besitzt nicht jenes ärztliche Vorrecht, den „richtigen Gebrauch des Lebens“ (Lorenzer) zu wissen, vielmehr ist Empathie vonnöten:

„Auf jeden Fall sei aber das Mißverständnis ausgeräumt, die psychosomatische Zwei-Personen-Medizin sei ein sittliches Unternehmen der Art, daß der Arzt weiß, ‚was sich gehört‘, und daß es der Kranke lernen muss, dies anzunehmen. In Wirklichkeit geht es um einen sehr langen Marsch durch den Lebensweg des Kranken, um ein Nachvollziehen seiner Entscheidungen, wobei es ihm möglich gemacht werden soll, sich freier, selbständiger zu entscheiden, als er es früher konnte. Demnach geht es nicht darum, eine Unfreiheit durch eine neue zu ersetzen, wie dies zum Beispiel bei allen Formen von Konditionstherapie unvermeidlich ist“ (Mitscherlich 1970, S. 594).

Die Psychoanalyse jedenfalls hat vor diesem Hintergrund auch in der Nachfolge Freuds eine ganze Reihe verschiedenster Modelle und Annahmen entwickelt auf der Suche nach einer Erklärung für jenen rätselhaften Sprung „aus dem seelischen in die somatische Innervation“ (Freud 1909d, S. 382), die im Folgenden eingehend diskutiert werden.

3. Gesellschaft, Psychoanalyse und Körper I

...als ob dieser Körperschmerz transformierter Seelenschmerz sei.
Simmel 1931, S. 139

Die folgende Darstellung der zahlreichen psychosomatischen Modelle in der Nachfolge Freuds orientiert sich an der erkenntnisleitenden Frage dieser Arbeit und setzt somit bereits in der Konzeptauswahl den Fokus neben den ‚Klassikern‘ auf Autor_innen, die sich auf verschiedene Weise bemühen, gesellschaftlichen Fragen einen festen Platz in ihren Überlegungen und praktischen Anstrengungen einzuräumen. Begonnen werden soll hier mit einem Einblick in die als psychosomatisch zu verstehende Theoriebildung bei Freud. Die Psychoanalyse verdankt ihre Entstehung und viele ihrer Erkenntnisse der Auseinandersetzung mit der Hysterie, dieser rätselhaften leib-seelischen Erscheinung, die die Grenzen der Medizin so deutlich vor Augen führte mit zunächst unerklärlichen Symptomen wie Lähmungen einzelner Gliedmaßen, Muskelkrämpfen, Ausfall der Sinnesorgane oder Gehstörungen. Freuds Konversionsmodell nimmt historisch betrachtet den Platz einer absoluten Vorreiterrolle ein: Erstmals wurde die Wirkung von Erlebnisvorgängen auf diese variable leibliche Symptombildung systematisch untersucht und damit erklär- und behandelbar.

3.1 Freud: rätselhafter Sprung ins Somatische und Sozialpsychologie

Die Bedeutung Freuds für psychosomatische Theoriebildung nimmt eine beinahe ebenso herausragende Position ein wie seine Bedeutung für die Psychoanalyse – ohne sein Werk hätte es sie in dieser Form schlicht nicht gegeben. Wenn hier nun der Versuch unternommen wird, die psychosomatischen Aspekte in Freuds Theoriebildung zu skizzieren um darauf aufbauend deren Weiterentwicklung beschreiben zu können, so darf nicht übersehen werden, dass auch über diese explizit psychosomatischen Aspekte hinaus die Psychoanalyse als psychotherapeutische Behandlungsmethode für die sich entwickelnde Psychosomatik in der Bundesrepublik über Jahrzehnte integraler Bestandteil war. Hier herausgearbeitet werden zwei bedeutende Aspekte, die in den Freuddarstellungen nicht immer an prominenter Stelle stehen: Freud kann durchaus als „Initiator der modernen psychosomatischen Medizin“ (Wesiack 1974, S. 53, zit. in Möhle 2010, S. 13) bezeichnet werden und darüber hinaus ist Freuds Werk durchdrungen von sozialpsychologischen Überlegungen.

3.1.1 Und zugleich Sozialpsychologie

Die Hysterie als eine Urerkrankung der Psychoanalyse kann zugleich gelesen werden als psychosomatische Urerkrankung (der modernen Wissenschaft). Was sich zudem in der

hysterischen Erkrankung offenbart ist letztlich soziales Leiden. In der Entschlüsselung der hysterischen Phänomene als Konversionsleistung, somit in der leiblichen Manifestation unerträglicher (meist) unbewusster Konflikte, zeigt sich das Leiden an gesellschaftlichen Strukturen. Besonders in diesem ‚Frauenleiden‘ verdeutlicht sich das Leiden an einem Geschlechterverhältnis, welches Frauen kaum die Anerkennung als Subjekt zugesteht und eine Unterdrückung der Sexualität erzwingt. Die Psychoanalyse entstand am Ende des 19. Jahrhunderts – die klassische bürgerliche Gesellschaft hatte ihr Endstadium erreicht und der Imperialismus stand vor der Tür. Parallel dazu begannen auch jene „vergeschlechtlichten bürgerlichen Subjekte zu verschwinden, die sich bei Freud auf die Couch legten, und entblößten [...] als innerpsychische Konfliktstruktur, die Widersprüche der bürgerlich-kapitalistischen Gesellschaft“ (Brunner et al. 2012, S. 17). Hier wird der Zusammenhang zwischen Theorieentwicklung und Zeitgeschehen deutlich, die Psychoanalyse entsteht dort, wo eine gesellschaftliche Erosion stattfindet. Ein ‚unbeschadetes‘ Ich gibt es nie – so zeigten sich hier ganz spezifische Mechanismen, die in Wechselwirkung zu verstehen sind mit den spezifischen gesellschaftlichen (Geschlechter-)Verhältnissen. Brunner et al. verweisen auf eine zentrale Perspektive, die in Detaildiskussionen allzu leicht übersehen wird: „Wenn auch oft psychologistisch verengt, enthistorisiert, naturalisiert und mythologisiert, kann die Psychoanalyse Freuds auch als Versuch gelesen werden, eine kritische Theorie der bürgerlichen Gesellschaft gleichsam ‚vom Seelenende‘ (Freud 1986, S. 294) her zu schreiben“ (a. a. O., S. 18). Es wohnt ihr in der Tat ein Potenzial inne, das auch für die hier erkenntnisleitende Fragestellung nach der Verbindung von Gesellschaft, Psyche und Körper ganz entscheidend ist. Viele Themen einer psychoanalytisch orientierten kritischen Sozialpsychologie sind in Freuds Werk bereits angelegt, dieses kritische Potenzial der Psychoanalyse für eine Analyse auch gesellschaftlicher Phänomene erkannten und explizierten zunächst marxistisch orientierte Analytiker_innen.

Die Individualpsychologie Freuds ist „von Anfang an auch gleichzeitig Sozialpsychologie“ (Freud 1921c, S. 73), und dies „wie er selbst betonte, aber mehr als er selbst wusste“ (Brunner et al., S. 18). In den Analysen entblößte er ja menschliche Natur als mehr oder weniger gesellschaftlich ‚hergestellt‘, ihn interessierten die spezifischen Tribschicksale mehr als ein somatisch bestimmter ‚Trieb an sich‘ und diese Tribschicksale sind stets durch soziale Interaktion strukturiert. Diese ‚Tribschicksale‘ sind immer Lebensschicksale und somit auch durch gesellschaftliche Zustände strukturiert. Das Leiden seiner Patient_innen war soziales Leiden, in den nicht zu bewältigenden inneren Konflikten zeigten sich zugleich die gesellschaftlichen Widersprüche (vgl. ebd.). Kultur betrachtet er als etwas, „was einer widerstrebenden Mehrheit von einer Minderzahl auferlegt wurde, die es verstanden hat, sich in den Besitz von Macht- und Zwangsmitteln zu setzen“ (Freud 1927c, S. 327). Da für Freud jeder Einzelne ein Feind der Kultur ist, da „jede Kultur auf Arbeitszwang und Triebverzicht“ (a. a. O., S. 331) beruht, wird diese Beherrschung der Massen durch eine Minderheit notwendig zum Kulturerhalt, wobei Kultur für ihn sowohl das menschliche Wissen und Können der

Naturbeherrschung als auch die Einrichtungen sind, die die Beziehungen der Menschen zueinander und die Güterverteilung regeln. So muss sowohl die äußere als auch die innere, die Triebnatur des Menschen beherrscht werden (vgl. auch Zepf 2006 III, S. 201ff.).

Dieser Blick auf die Gesellschaft, in welcher er lebte, ist kein historischer, sondern gesellschaftstheoretisch undifferenzierte „Kultur“ (einschließlich des Unbehagens darin). Die Verstrickungen, in denen sich seine Analysand_innen befanden, erfasste er in ihren familialen Strukturen, womit er letztlich die bürgerliche Kleinfamilie enthistorisierte, Brunner et al. schälen das heraus: „Indem er damit die Gesellschaft und die in ihr vorherrschenden familiären Konstellationen sowie Geschlechterverhältnisse naturalisierte, welche die Trieb*schicksale* strukturierten, ontologisierte er auch Letztere wieder“ (2012, S. 18). Gesellschaftliche Fragen ziehen sich durchaus durch Freuds Werk, Trieb*schicksal* und Kultur sind mit dem Fortschreiten der Theorieentwicklung zunehmend miteinander verbunden, Kultur ist auf menschliche Triebkräfte angewiesen, zugleich muss sie die unmittelbare Befriedigung verwehren, Triebimpulse müssen ‚sublimiert‘ werden. Da Freuds Triebbegriff ahistorisch ist, folgt daraus eine ahistorische und individuumszentrierte Auffassung von Gesellschaft – diese hat eben die „Nichtbefriedigung (Unterdrückung, Verdrängung oder sonst etwas?) von mächtigen Trieben zur Voraussetzung“ (Freud 1930a, S. 457; vgl. auch Zepf 2006 III, S. 204). Damit wird klar, dass die Gesellschaftsauffassung Freuds eine psychologistische ist, er schreibt ausdrücklich, dass die Soziologie, „die vom Verhalten der Menschen in der Gesellschaft handelt,“ nichts anderes sein kann „als angewandte Psychologie“ (Freud 1933a, S. 194). Dies ist bereits an anderer Stelle weitergedacht worden, Habermas kritisiert die Überdehnung psychoanalytischer Begriffe und Annahmen auf Gesellschaftstheorie (vgl. Habermas 1983). Bei einer solchen Sichtweise entziehen sich allerdings unvermeidbar jene Phänomene der Analyse, die sich eben erst aus dem gesellschaftlichen, organisierten Zusammenleben der Menschen ergeben (vgl. auch Zepf 2006 III, S. 204f.). Aber auch Freuds psychologistischer Blick auf die Gesellschaft weist ein kritisches Potenzial auf, den wiederum Brunner et al. auf den Punkt bringen: „dieser setzt seinen Fokus beharrlich auf das Leiden der Individuen, misst an ihnen die vermeintlichen kulturellen ‚Errungenschaften‘ und entblößt dabei Kultur als Verhältnis von Zwang und Gewalt“ (Brunner et al. 2012, S. 20), wobei das Individuum stets in „historisch veränderten Formen“ (Pohl 2000, S. 232) sozialisiert ist. Vor diesem Hintergrund beschreibt Pohl Neurosen, Psychosen und die psychosomatischen Krankheiten als „Wundmale ‚mißglückter‘ Sozialisation“, die in Extremform das vorführen, „was für jedes Individuum gilt und deshalb für Freud die Grenze zwischen Normalität und Pathologie zu einer fließenden werden läßt: eine auch nur annäherungsweise reibungslos geglückte Sozialisation im Sinne einer harmonischen Einfädelung in die Kultur und ihre Anforderungen ist undenkbar“ (ebd.).

Über die einigermaßen klar abgrenzbaren als psychosomatisch zu bezeichnenden Modelle solcher ‚Wundmale‘, der Angstneurose und der Konversion, geht die Bedeutung Freuds für die Psychosomatik noch hinaus. Möhle sieht diese Bedeutung mit Bezug auf Wesiack (1974,

S. 142) prägnant in drei allgemeingültigen Konzepten: dem Triebbegriff, dem Konzept des Unbewussten und dem Beziehungsbegriff (Möhle 2010, S. 20). Mit dem Triebbegriff ist die gesamte Metapsychologie durchdrungen von der Verbindung zwischen Körper und Psyche. Das Triebkonzept Freuds ist nicht als ein einheitliches Konzept zu begreifen und kann an dieser Stelle nur skizzenhaft angerissen werden (vgl. die Kurzdarstellung in Zepf 2006 I, S. 29ff.). Das Spektrum der triebtheoretischen Überlegungen zeigt Zepf auf: „Es reicht von der Auffassung, dass es sich bei den Trieben um konkrete Motivationen – Bedürfnisse und Wünsche – handelt, die das Subjekt in Beziehung zur Umwelt setzen, bis zur Überzeugung, dass die Triebe ‚mythische Wesen, großartig in ihrer Unbestimmtheit‘ sind, Kräfte, ‚die wir hinter den Bedürfnisspannungen des Es annehmen‘“ (Freud 1933a, S. 101; Freud 1940a, S. 70 in Zepf 2006 I, S. 29). „Wir können“, so beschreibt Freud es weiter, „in unserer Arbeit keinen Augenblick von ihnen [den Trieben] absehen und sind dabei nie sicher, sie scharf zu sehen“ (Freud 1933a, S. 101). Der Triebbegriff ist verschieden und im Werk Freuds durchläuft er Wandlungen, eine Konstante ist dabei die Verortung der Triebquelle im Somatischen. Der Trieb ist nichts anderes „als die psychische Repräsentanz einer kontinuierlich fließenden, innersomatischen Reizquelle“ (Freud 1905d, S. 67). Für Freud ist der Trieb ein „Grenzbegriff zwischen Psyche und Soma“ (Freud 1915c, S. 214), und diese Grenze sieht Volkmar Sigusch auch in einer weiteren Dimension, und zwar „nicht in erster Hinsicht zwischen der Sphäre des Körperlichen und des Seelischen, sondern zwischen der Sphäre des Individuums und der Gesellschaft [...]. Der entstehende Trieb ist ein interaktioneller Niederschlag, und die Sexualität wäre ohne Gesellschaft und ohne deren Reflexion nichts als Reflex und Pseudoinstinkt“ (Sigusch 2013, S. 180f.).

In der Retrospektive wirkt die Landschaft der im allgemeinen Verständnis der Psychoanalyse zugänglichen Krankheiten aufgeräumter als sie es in ihren Anfangszeiten war. Die „heutzutage wohl sortierten“ (Lorenzer 1986, S. V). Bereiche der sogenannten ‚Seelenkrankheiten‘ (Neurose, Psychose und psychosomatische Medizin) bildeten in den Ursprungszeiten der Psychoanalyse eine ununterscheidbare Einheit. Freuds Lehrer gingen keinesfalls von Beginn ihrer Tätigkeit an von dieser Trennung aus, Charcot erst zog Unterscheidungen zwischen neurologischen und ‚hysterischen‘ Kranken, zwischen Körper- und Geisteskranken. Bernheim, ein weiterer Lehrer Freuds auf seinem Weg zur Neurosenbehandlung, stand einer inneren Klinik vor und Liebault war Dorfarzt (ebd.). Die Abgrenzung der psychosomatischen Erkrankung als nosologische Kategorie ergab sich vielmehr aus den Entwicklungen der Psychoanalyse heraus. Nicht die Symptome waren ‚neu‘ (wobei sich diese im Laufe der Zeit stets gewandelt haben), sondern die Perspektive darauf und die damit einhergehenden ätiologischen Überlegungen.

Die Konversion und die den Aktualneurosen zugeordnete Angstneurose sind die beiden als psychosomatisch herausragenden Konzepte im Werk Freuds (vgl. Köhler 1994). Im Wesentlichen sind es diese zwei Konzepte der freudschen Neurosenlehre, die aus heutiger Sicht

als psychosomatisch bezeichnet werden können. Beide standen am Beginn seiner psychoanalytischen Veröffentlichungen⁴ ab 1894, allgemein als Geburtsstunde der Psychosomatik sehen die meisten Autor_innen die *Studien über Hysterie* (Freud 1895d) an.

Bei Freud finden sich zwei mögliche Formen der Neurosen mit körperlicher Manifestation, die Aktualneurosen und die später auch Übertragungsneurosen genannten Psychoneurosen. Beide Krankheitsbilder gehören jeweils einer dieser Formen an, die Angstneurose wurde (zusammen mit der Neurasthenie) als Aktualneurose klassifiziert, während die Hysterie dem Komplex der Psychoneurosen zugeordnet wurde (einschließlich Phobie und Zwangsneurose) (vgl. Möhle 2010, S. 14). Storck bezeichnet die Differenzierung zwischen Übertragungsneurose und anderen Erkrankungen als „die vielleicht wichtigste nosografische Unterscheidung“ (Storck 2016, S. 42) im Werk Freuds. Der Begriff der Übertragungsneurose macht deutlich was dahintersteckt – Übertragungen, und zwar nicht verstanden als behandlungstechnischer Begriff, sondern bezogen auf jene Störungsgruppe, bei der sich Freud zufolge Übertragungen ausbilden: Hysterie, Zwangsneurose und Phobie. Dem gegenüber stehen zwei andere wesentliche Störungsgruppen, die Psychosen, die er als narzisstische Neurosen versteht und die für psychosomatische Theoriebildung bedeutsameren Aktualneurosen. Neurasthenie und Angstneurose zählen dazu, später auch die Hypochondrie (a. a. O., S. 43 mit Verweis auf Freud 1914c).

In diesem Modell gibt es keine explizite Trennung nach psychosomatischen und nicht psychosomatischen Erkrankungen, es sind verschiedene psychodynamische Mechanismen, die nach Freud auch körperliche Symptome mit sich bringen (können).

3.1.2 Angstneurose

Freud grenzt die Angstneurose von der Neurasthenie ab, beide ordnet er den Aktualneurosen zu, er nennt „diesen Symptomkomplex ‚Angstneurose‘, weil dessen sämtliche Bestandteile sich um das Hauptsymptom der Angst gruppieren lassen [...]“ (Freud 1895b, S. 316). Diese für psychosomatische Theoriebildung zentrale Arbeit zur Angstneurose erschien bereits 1895, was bei der Lektüre mitbedacht werden muss. Die Annahme unbewusster seelischer Vorgänge hatte Freud sich zu diesem Zeitpunkt zumindest noch nicht explizit zu eigen gemacht (Mitscherlich et al. 1989a, S. 26). Freud beschreibt ein großes Spektrum möglicher vegetativer Reaktionen bei der Angstneurose anhand von zehn Punkten mit über zwanzig verschiedenen Körperstörungen zuzüglich direkt auf die Angst bezogener Symptome. Die von ihm beschriebenen vegetativen Reaktionen sind beispielsweise Angstanfälle einschließlich Störungen von Herztätigkeit und Atmung, Schweißausbrüche und Schwindel. „Interessant und diagnostisch bedeutsam ist nun“, so schreibt er, „daß das Maß der Mischung dieser Elemente im Angstanfalle ungemein variiert und daß nahezu jedes begleitende Symptom den Anfall

⁴ Zur Diskussion über die Bezeichnung Freuds erster Arbeitsperiode als ‚voranalytische Phase‘ vgl. Aichhorn 2013.

ebensowohl allein konstituieren kann wie die Angst selbst“ (Freud 1895b, S. 319). Symptome äußern sich allerdings nicht nur im Angstanfall, „mehrere der genannten Symptome, welche den Angstanfall begleiten oder vertreten, kommen auch in chronischer Weise vor. Sie sind dann noch weniger leicht kenntlich [...]“ (a. a. O., S. 324). Nach Freud kann, ähnlich wie bei der Hysterie, eine Art „*Konversion* auf körperliche Sensationen“ stattfinde[n], die sonst nach Belieben übersehen werden können, z.B. auf die rheumatischen Muskeln: „Eine ganze Anzahl sogenannter Rheumatiker, die übrigens auch als solche nachweisbar sind, leidet eigentlich an – Angstneurose“ (ebd.). Das angstneurotische Leidensangebot erscheint sehr vielseitig in seiner symptomatischen Ausprägung. Als ein Kernsymptom der Neurose beschreibt Freud die „ängstliche Erwartung“, „in ihr liegt auch ein Stück von der Theorie derselben frei zutage. Man kann etwa sagen, daß hier ein *Quantum Angst frei flottierend* vorhanden ist, welches [...] jederzeit bereit ist, sich mit irgendeinem passenden Vorstellungsinhalt zu verbinden“ (a. a. O., S. 318f., Hervorh. i. O.).

Die Angstneurose lässt sich folglich nicht anhand eines einzelnen Symptoms bestimmen oder diagnostizieren, zentral sind die ätiologischen Konsequenzen und die bestehen in einer Art Libidostauung:

„Aus all diesen Andeutungen, daß es sich um Anhäufung von Erregung handle, daß die Angst, welche solcher angehäuften Erregung wahrscheinlich entspricht, somatischer Herkunft sei, so daß also somatische Erregung angehäuften werde, ferner daß diese somatische Erregung sexueller Natur sei und daß eine Abnahme der psychischen Beteiligung an den Sexualvorgängen nebenher gehe – alle diese Andeutungen, sage ich, begünstigen die Erwartung, *der Mechanismus der Angstneurose sei in der Ablenkung der somatischen Sexualerregung vom Psychischen und einer dadurch verursachten abnormen Verwendung dieser Energie zu suchen*“ (a. a. O., S. 334, Hervorh. i. O.).

Das Nervensystem gerät in einen Affektzustand, in dem die Psyche sich so verhalte „*als projizierte sie diese Erregung nach außen*“ und das „*Nervensystem reagiert gegen eine innere Erregungsquelle wie in einem entsprechenden Affekt [Angst] gegen eine analoge äußere*“ (a. a. O., S. 338f., Hervorh. i. O.). Storck unterstreicht, dass sich das Konzept der Aktualneurose in der Gegenüberstellung zu den Psychoneurosen bestimmt, und zwar ganz grundlegend hinsichtlich der infantil-psychosexuellen Genese von Erkrankung und Symptomen. Die Aktualneurose ist aktuell, die Psychoneurose wird lebensgeschichtlich, konflikthaft gebildet (vgl. Storck 2016, S. 43f.) Das Symptom der Aktualneurose wird als „Äquivalent der vegetativen Reaktion auf einen konkreten psychischen Zustand aufgefasst“ (Möhle 2010, S. 14) es hat keinen tieferen symbolischen Gehalt wie ein auf dem Mechanismus der Konversion beruhendes Symptom als symbolischer Repräsentant eines verdrängten Konfliktes. Für Freud ist die Angstneurose „unter dem ätiologischen Einfluß einer aktuellen sexuellen Schädlichkeit entstanden“ (Freud 1898a, S. 509f., zit. in Storck 2016, S. 44). Der aktualneurotischen Erkrankung wird die sexuelle Komponente keinesfalls abgesprochen, diese hat dabei allerdings keine infantil-sexuelle, sondern eine unmittelbare, „sexualtoxische“ (Freud

1912f, S. 338) Wirkung (vgl. Storck 2016, S. 44), eine Stauung der Libido verursacht durch eine Überflutung mit Erregung. Die Stauung resultiert aus einer mangelnden Abfuhr von Triebenergie – diese ist hier quantitativ zu bestimmen (ebd.). In logischer Konsequenz hängen für Freud „die sogenannten Aktualneurosen wie die typische Neurasthenie und die reine Angstneurose [...], von dem somatischen Faktor des Sexuallebens“ ab (Freud 1910k, S. 122, zit. in ebd.). Sowohl bei Angstneurose als auch bei Hysterie schreibt Freud bereits 1895 „tritt an Stelle einer psychischen Verarbeitung eine Ablenkung der Erregung in das Somatische ein; der Unterschied liegt bloß darin, daß die Erregung, in deren Verschiebung sich die Neurose äußert, bei der Angstneurose eine rein somatische (die somatische Sexualerregung), bei der Hysterie eine rein psychische (durch Konflikt hervorgerufene) ist“ (Freud 1895b, S. 342). Somit stellen, so bezeichnet es Möhle, sowohl Aktual- als auch Psychoneurose eine „Ersatzbefriedigung der Abfuhr einer sexuellen Triebregung dar, der der Zugang zum Bewusstsein versperrt bleiben soll“ (Möhle 2010, S. 14). Wenn wir noch einmal Freud zuhören: „...*der Mechanismus der Angstneurose sei in der Ablenkung der somatischen Sexualerregung vom Psychischen und einer dadurch verursachten abnormen Verwendung dieser Erregung zu suchen*“ (Freud 1895b, S. 334, Hervorh. i. O.) wird Möhles Schlussfolgerung nachvollziehbar.⁵ Storck verweist auf die mittlerweile hohe Aktualität des Aktualneurosenmodells in zeitgenössischen Ansätzen (Storck 2016, S. 43). Zunächst blieb das Modell der Angstneurose so roh und unentwickelt wie es 1895 konzipiert war, im Gegenteil zu dem etwa zeitgleich entstandenen Konversionsmodell (vgl. Speidel 1994, S. 3f.).

3.1.3 Konversion

Der wiederum der Hysterie zugrundeliegende Pathomechanismus, der eine Bewusstwerdung des abgewehrten (verbotenen) Wunsches verhindert, ist jener der Konversion, wobei die Konversion nicht als Abwehrmechanismus zu verstehen ist, sondern als Lösungsversuch: „Bei der Hysterie geschieht die Unschädlichmachung der unverträglichen Vorstellung dadurch, daß deren Erregungssumme ins Körperliche umgesetzt wird, wofür ich den Namen Konversion vorschlagen möchte“ (Freud 1894a, S. 63). Dies bedeutet zunächst, dass diese psychischen Konflikte abgewehrt und in körperliche Symptome mit symbolischem Ausdrucksgehalt umgewandelt werden – „jener rätselhafte Sprung aus dem Seelischen ins Körperliche“ (Freud 1916/17, S. 265) stattfindet, der auch rätselhaft bleibt. In erster Linie schlussfolgerte Freud den Konversionsmechanismus aus seiner Arbeit mit hysterischen Patientinnen und deren körperlichen Symptomen. Das Konversionsmodell nimmt unter allen psychosomatischen Modellen einen besonderen Platz ein: Historisch gesehen ist es das erste Modell, das die Wirkung von Erlebnisvorgängen auf körperliche Symptombildung systematisch untersuchte

⁵ Dieser „somatische Faktor des Sexuallebens“ wird etwas später in den Zusammenhang der Onaniediskussion gestellt – diese drehte sich um die Frage nach Libido-Abfuhr oder Stauung in der Masturbation. Vgl. Storck 2016, S. 44 mit Verweis auf Fenichel 1945, S. 114.

und einer Kausalität zugänglich machte. Hier, „in der erfolgreichen Behandlung und Aufklärung der Hysterien, jener rätselhaften leib-seelischen Erkrankungen, an denen die traditionelle Medizin und Psychiatrie gescheitert sind“ liegt der „Ursprung der Freudschen Psychoanalyse am Ende des 19. Jahrhunderts“ (Pohl 2000, S. 231). Breuer und Freud überwand den Rahmen jener „naturwissenschaftlich-technischen Medizin ihrer Zeit, indem sie die befremdlichen hysterischen Phänomene [...] nicht als ‚Simulationen‘ abtaten, sondern ihre Patientinnen [...] und Patienten als Partner und Auskunftgeber ernst nahmen“ (Dahmer 2013, S. 11). Eine zentrale Determinante (und historisch betrachtet die fundamentale Neuerung) ist die so neugefundene Wirkung unbewusster oder vorbewusster Vorstellungsinhalte auf Symptombildung und -wahl (Hahn 1983b). Mit jener Umsetzung der Erregungssumme ins Körperliche, also der Konversion, hat das Ich Widerspruchsfreiheit erreicht, es hat sich aber „mit einem Erinnerungssymbol belastet, welches als unlösbare motorische Innervation oder als stets wiederkehrende halluzinatorische Sensation nach Art eines Parasiten im Bewusstsein haust, und welches bestehen bleibt, bis eine Konversion in umgekehrter Richtung stattfindet“ (Freud 1894a, S. 63f.). Durch Konversion entstandene Symptome sind expressiv, von psychoanalytischer Seite wird daher angenommen, dass drei körperliche Bereiche betroffen sein können: Bewusstseinsfunktion, Willkürmotorik und primäre Sinnesorgane. Die Symptombildung ist ein Lösungsversuch des Konfliktes, der psychisch-ökonomische Zweck ist die „Vermeidung von unangenehmen oder peinlichen, mit den Vorstellungen des Bewußtseins unverträglichen Affekten“ (Hahn 1983b, S. 117). Dieser Zweck der Vermeidung, dessen ‚Mechanismus‘ später Verdrängung, als Möglichkeit und Teil der innerpsychischen Abwehr, getauft wurde, führte zur psychologischen Analyse des psychosomatischen Vorgangs, sind es doch zuvor verdrängte unbewusste Triebregungen die bei der Konversion verzerrt dargestellt werden (vgl. Hahn 1983b, S. 118ff.). Dem hysterischen, konversionsneurotischen Symptom wohnt eine Bedeutung inne, in ihm zeigen sich sowohl Wunsch als auch Verbot und Abwehr (vgl. Storck 2016, S. 50), es ist symbolisch zu begreifen. Für Freud war die Bindung des Konversionsbegriffes an die hysterische Symptombildung zwingend, er gebraucht die Begriffe, so Hahns Befund, fast synonym: „Das konversionsneurotische Symptom muss als hysterisches angesehen werden, und ein hysterisches Symptom ist nur auf dem Wege der Konversionsbildung zu erklären“ (1983b, S. 117). Otto Fenichel stellte diese enge Verbindung zuerst in Frage, später wurde sie weiter gelockert (Fenichel 1974; Hahn 1983b, S. 118). Grundlegend ist ein ödipaler Konflikt der dafür sorgt, dass genital-sexuelle Triebwünsche verdrängt wurden, werden diese Triebwünsche reaktualisiert, kann die Verdrängung nicht mehr aufrechterhalten werden und die Libido verschiebt sich von seelischen auf somatische Prozesse. Die Symptombildung der hysterischen oder konversionsneurotischen Art schließt sich aus Freud'scher Sicht weitgehend an diese sogenannte ödipale Phase der Libidoentwicklung an, ihm erschien die Traumatisierung gerade dieser Phase besonders deutlich, bezogen auf die ihr spezifischen Konfliktsituationen im sexuell-genitalen Bereich der kindlichen Triebwünsche, Phantasien und Abwehrstrukturen

(vgl. a. a. O., S. 120). In den *Studien über Hysterie* sind es meist infantil vorgeprägte und später in der sexuell-genitalen Partnerschaft aktualisierte Konflikte, die von der konversionsneurotischen Symptomatik ausgedrückt werden. Es sind nach Hahn diese Merkmale, die die hysterische Symptombildung „in wesentlichen Punkten von den Traumatisierungsstellen bei anderen Neurosenformen, wie z.B. bei Zwangsneurosen, Perversionen oder paranoiden Verarbeitungen“ (ebd.) unterscheiden. Das Phänomen des Symptomwechsels wird in den Studien über Hysterie im Übrigen mit relativer „Unbefangenheit“ als „natürlich hingenommen“ (Mentzos 1991, S. 17), wobei Mentzos sich hier auf die Übergänge zwischen sowohl hysterischer als auch zwangsneurotischer Symptomatik und Psychose bezieht. Dies unterstreicht die Bedeutung der zugrundeliegenden Konfliktstrukturen, da das damit in Zusammenhang stehende Symptom ohne deren Bearbeitung changiert. Ein Verschwinden der im Mittelpunkt der jeweiligen Betrachtung stehenden Symptomatik bedeutet dann nicht zwangsläufig eine Heilung, sondern kann auch auf eine Verschiebung hinweisen.

3.1.4 Somatisches Entgegenkommen

Über die sich im verstehend-psychologischen Bereich befindlichen Deutungsversuche hinaus berücksichtigte Freud immer die prädisponierenden somatischen Faktoren. Für den Konversionsmechanismus ist ein ‚somatisches Entgegenkommen‘ (Freud 1912f, S. 338f.) notwendig, also ein für die ‚Organwahl‘ bedeutsamer körperlicher Faktor (vgl. Zepf 1986a, S. 3), erstmals 1905 formuliert: „...bedarf jedes hysterische Symptom des Beitrags von beiden Seiten. Es kann nicht zustande kommen ohne ein gewisses somatisches Entgegenkommen, [...] welches den unbewussten psychischen Vorgängen einen Ausweg ins Körperliche verschafft. Wo dies Moment nicht zu haben ist, wird aus dem ganzen Zustand [...] ein psychisches Symptom“ (Freud 1905e, S. 200f.). Damit versuchte Freud, das Konzept der Konversion in gewisser Weise auch somatisch zu fundieren (vgl. Hahn 1983b, S. 119). Das Spektrum der angenommenen Möglichkeiten veränderte sich über die Zeit, so finden sich die Annahme einer neuropathischen Disposition, vorausgegangene luetische Infekte [Syphilis], beliebige somatische Vorschädigungen als Fixierungspunkte konversionsneurotischer Symptomatik, aber auch Zufälle. Der über der Stuhllehne ‚eingeschlafene‘ Arm der Anna O., der ihr die Abwehr einer schwarzen Schlange im Wachtraum verunmöglichte beispielsweise, in jenem Arm zeigten sich in der Folge erstmals Anästhesie und Lähmung dieser berühmt gewordenen Patientin (vgl. Breuer und Freud 1891, S. 58f.). Nach der Konzipierung der Libidotheorie hielt Freud „eine konfliktbedingte, traumatisierende Libidinisierung bestimmter Organbereiche in den Entwicklungsphasen für möglich“ und billigte dieser „bahnende Einflüsse für die spätere Symptomentwicklung“ zu (Hahn 1983b, S. 120). Mit der Annahme dieser Libidinisierung bestimmter Organbereiche verstärkte sich auch die Neigung zur reinen Psychologisierung jenes ‚somatischen Entgegenkommens‘. Theoretisch aber, darauf weist Hahn hin, wurde die

Bedeutung und Rolle der somatischen Vorprägungen in der Psychoanalyse stets anerkannt – „in der Praxis der Diagnostik und Therapie allerdings oft – gerade bei der Interpretation psychosomatischer Symptombildung – stark vernachlässigt“ (ebd., vgl. auch Hahn 1976).

Neben Determinanten wie beispielsweise individuellen Fakten der Biographie, somatische oder psychische Traumen der ersten Lebensjahre, Eignungen bestimmter Organe zur symbolischen Darstellung bestimmter psychischer Konflikte oder auch Zeitpunkt und Stärke von Libidofixierungen und der sich daraus ergebenden Regression können auch aktualneurotische Vorgänge die Organwahl beeinflussen (Cremerius 1978, S. 21).

Die „morphologischen Differenzierungen“ zwischen Aktual- und Psychoneurose möchte Freud zwar aufrechterhalten, Aktualneurosen liefern für ihn allerdings das Erregungsmaterial, „welches dann [in der Psychoneurose] psychisch ausgewählt und umgekleidet wird“, die Wurzel eines psychoneurotischen Symptoms wird von „einer somatischen Sexualäußerung gebildet“ (Freud 1912f, S. 338). Die aktuell toxische Sexualäußerung (bzw. die Hemmung derselben) liefert das somatische Entgegenkommen für eine Aktualisierung lebensgeschichtlicher Wunsch-Abwehr-Konflikte, den meisten Psychoneurosen wohnt, so die Schlussfolgerung, ein aktualneurotischer Aspekt inne. Dabei muss keinesfalls jede aktualneurotische Disposition psychoneurotisch begleitet werden (vgl. Storck 2016, S. 44f.). Zu den morphologischen Differenzierungen, die es für ihn beizubehalten gilt, gehören ganz entschieden die Ätiologie und jeweilige Bedeutung des Symptoms, was er in den Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse betont:

„In beiden Fällen [Aktual- und Psychoneurose] gehen die Symptome aus der Libido hervor, sind also abnorme Verwendungen derselben, Befriedigungsersatz. Aber die Symptome der Aktualneurosen, ein Kopfdruck, eine Schmerzempfindung, ein Reizzustand in einem Organ, die Schwächung oder Hemmung einer Funktion haben keinen ‚Sinn‘, keine psychische Bedeutung. Sie äußern sich nicht nur vorwiegend am Körper, wie auch z.B. die hysterischen Symptome, sondern sie sind auch selbst durchaus körperliche Vorgänge, bei deren Entstehung alle die komplizierten seelischen Mechanismen, die wir kennengelernt haben, entfallen“ (Freud 1916/17, S. 402).

Aktualneurosen liefern für Freud in logischer Konsequenz „der Psychoanalyse keine Angriffspunkte“, die Aufgabe ihrer Aufklärung überlässt er der „biologisch-medizinischen Forschung“ (Freud 1916/17, S. 404; siehe auch Storck 2016, S. 45). Durch die fehlende ‚Sinnhaftigkeit‘ der Aktualneurose ist sie einer psychoanalytischen Behandlung somit, so scheint es bis hier, nicht zugänglich, was der radikale Unterschied zur Psychoneurose ist.

3.1.5 Zur Angst

Ein weiterer wichtiger Punkt in der Differenzierung von Aktual- und Psychoneurose ist die Angst, die zwangsläufig einen hohen Stellenwert im Konzept der Angstneurose einnimmt. Ebenso ist die Beteiligung der Angst bei der Unterscheidung der Psychodynamik von Aktual- und Psychoneurose von Bedeutung – dass diese im Laufe der Theorieentwicklung Freuds

Wandlungen unterworfen war ist wenig überraschend. Bei der Untersuchung der Aktualneurosen begegnete Freud das ‚Angstproblem‘ das erste Mal, die erste veröffentlichte Erwägung dazu findet sich in der ersten Arbeit über die Angstneurose (Freud 1985b). Freuds klinische Beobachtung, dass in Fällen von Angstneurose immer auch Störungen in der Abfuhr von Sexualspannung festzustellen waren, ließen ihn schlussfolgern, dass die angehäuften Erregung sich in Angst umwandelt und sich so ihren Weg nach außen bahnt. Auch das Herausgebersteam der Studienausgabe weist in der editorischen Vorbemerkung zu *Hemmung, Symptom und Angst* (Freud 1926d) darauf hin, dass er „dies als einen rein physischen Vorgang ohne jegliche psychische Determinanten“ (Mitscherlich et al. 1989b, S. 229) verstand. Im Wesentlichen betrachtete er die Angst als eine „Entsprechung der Stärke der libidinösen Erregung und als deren konfliktbedingte, aber mehr oder minder automatisierte Folge“, und zwar „in Fällen, in denen jemandem die eigene Erregung Angst macht, weil sie aufgrund eines Verbots gestaut wird“ (Storck 2016, S. 46). Auch wenn die bei Phobien und Zwangsneurosen vorkommende Angst von Anfang an ein besonderes Problem darstellten (die Beteiligung psychischer Faktoren ließ sich nicht ausschließen), hielt Freud etwa dreißig Jahre an der Ansicht fest, dass sich angehäuften Erregung (oder Libido) unmittelbar in Angst verwandelt (Mitscherlich et al. 1989b, S. 230). Diese Theorie gab er in *Hemmung, Symptom und Angst* auf, Angst betrachtet er nun als eine Reaktion auf Gefahrensituationen, die nach einem bestimmten Modell abläuft:

„Wir unterscheiden hier wiederum mit gutem Grund die beiden Fälle, dass sich im Es etwas ereignet, was eine der Gefahrensituationen fürs Ich aktiviert und es somit bewegt, zur Inhibition das Angstsignal zu geben, und den anderen Fall, daß sich im Es die dem Geburtstrauma analoge Situation herstellt, in der es automatisch zur Angstreaktion kommt. Man bringt die beiden Fälle einander näher, wenn man hervorhebt, daß der zweite der ersten und ursprünglichen Gefahrensituation entspricht, der erste aber eine der später aus ihr abgeleiteten Angstbedingungen. Oder auf die wirklich vorkommenden Affektionen bezogen: dass der zweite Fall in der Ätiologie der Aktualneurosen verwirklicht ist, der erste für die der Psychoneurosen charakteristisch bleibt“ (Freud 1926d, S. 171).

Den Psychoneurosen ordnet Freud 1926 somit die Signalangst zu, die „Symptombildung ist dann Unlust antizipierende kompromisshafte Wunscherfüllung“ (Storck 2016, S. 46), während jene „automatische“ Angstreaktion den Aktualneurosen zugerechnet wird, es geht weiterhin um die unmittelbare Umsetzung von Libido in Angst, vor allem in physiologische Angstzustände oder Angstkorrelate. Storck klärt das Bild indem er schreibt: „Genau genommen handelt es sich also gerade nicht um eine Umsetzung, sondern um eine *Reduktion*, nämlich auf einen physischen Zustand unter Absehung der psychischen Erfahrung von Erregung, deren Qualifizierung oder Verbindung mit der Fantasiewelt“ (ebd.). Der Körper ist nicht der Träger eines Konfliktes zwischen Wunsch und Abwehr (wie bei der Hysterie), „sondern einziger Träger eines prekären Zustandes überhaupt“ (a. a. O., S. 47). 1926 geht Freud noch davon aus, dass im Falle der Angstneurose „gerade der Überschuss an unverwendeter

Libido seine Abfuhr in der Angstentwicklung findet“, wobei er dies als eine „gleichgültige, aber naheliegende Möglichkeit“ (Freud 1926d, S. 172) betrachtet. Dieses Fragment seiner früheren Überlegungen gibt er wenige Jahre später preis, nun ist auch die bei der Angstneurose auftretende Angst eine Reaktion auf eine traumatische Situation:

„Was bei der Verdrängung an der bekämpften Triebregung vorgeht, ist nicht mehr so leicht zu erraten. Unser Interesse fragt ja hauptsächlich, was geschieht mit der Energie, der libidinösen Ladung dieser Erregung, wie wird sie verwendet? Sie erinnern sich, die frühere Annahme war, gerade sie werde durch die Verdrängung in Angst verwandelt. Das getrauen wir uns nicht mehr zu sagen; die bescheidene Antwort wird vielmehr lauten: wahrscheinlich ist ihr Schicksal nicht jedesmal das gleiche“ (Freud 1933a, S. 97f.).

Die traumatische Situation bekommt mehr Gewicht.⁶ Dass traumatische Situationen Auslöser für angstneurotische Zustände sein können schrieb Freud bereits 1895: „[...] wo aber noch etwas anderes sich einschleibt, nämlich ein langes Intervall zwischen der vermeintlichen Ätiologie und deren Wirkung, und etwa noch ätiologische Momente nicht sexueller Natur. [...] Die Erscheinungen sind wenigstens genau die nämlichen, wie sie bei anderen Personen nach kurzer derartiger sexueller Schädigung und ohne Dazwischenkunft eines anderen Traumas auftreten“ (Freud 1895b, S. 331). Es ist ja nicht der *Zusammenhang* zwischen besagter Libidostauung und Angst, den er 1933 revidiert, sondern deren unmittelbare *Umwandlung*. Hubert Speidel betrachtet Freuds Überlegungen auch hinsichtlich aktuellerer Konzepte als herausragend, wenn er schreibt, dass „schon 1895 [...] Freud zur Angst, einem ausgesprochen *psychosomatischen* Phänomen, Differenzierteres sagen [konnte] als 1992 die Verhaltenstheorie, die ja über das schlichte Dogma, Angst sei gelernt, nicht hinausgekommen ist“ (Speidel 1994, S. 9).

3.1.6 Zur ‚Fernhaltung von Nervenbahnen‘

Das Konzept der Aktualneurose wurde von Freud selbst kaum weiterverfolgt, in einem Brief an von Weizsäcker schrieb er noch 1932: „Von solchen [psychosomatischen] Untersuchungen mußte ich die Analytiker aus erzieherischen Gründen fernhalten, denn Innervationen, Gefäßerweiterung, Nervenbahnen wären zu gefährliche Versuchungen für sie gewesen, sie hatten zu lernen, sich auf psychologische Denkweisen zu beschränken. Dem Internisten können wir für die Erweiterung unserer Einsicht dankbar sein“ (von Weizsäcker 1954, S. 46; vgl. auch Abschnitt 4.6). Möhle geht davon aus, dass diese Fernhaltung für Freud in erster Linie eine taktische Notwendigkeit darstellte um der Psychoanalyse Raum zum Wachsen und Gedeihen bieten zu können. Er wollte sich nicht in diesem Bemühen verlieren und der „neuen Wissenschaft [Psychoanalyse] ihre Trennschärfe, Geschlossenheit und Überzeugungskraft“ (Möhle 2010, S. 18) nehmen. Wahrscheinlich war dies allerdings nicht der einzige Beweggrund, auch die so bedeutsame Zentrierung der Psychoanalyse um den Konflikt hätte

⁶ Vgl. auch zur Bedeutung des Geburtstraumas überblicksartig Mitscherlich et al. 1989b, S. 229.

darunter leiden können. Abgesehen davon, dass Freud selbst sich nicht mustergültig an diese erziehlichen Gründe gehalten hatte, taten es seine Schüler_innen ebenso wenig. Die diagnostizierte „Kluft zwischen Leiblichem und Seelischen“, die „für unsere Erfahrung [...] und gar für unsere praktischen Bemühungen besteht“ (Freud 1926e, S. 282) wurde in der Folgezeit teilweise eher als Aufforderung zum Brückenbau verstanden, denn als verbotener Abgrund (vgl. Zepf 2006 III, S. 98). Die oben dargelegten Ansätze psychosomatischer Theoriebildung (wenn auch noch nicht explizit so bezeichnet) bei Freud zeigen unmissverständlich, dass er dem prinzipiellen Umstand einer Einflussnahme psychischer Faktoren auf körperliche Vorgänge gegenüber aufgeschlossen war – dass er den Ausbau seiner psychosomatischen Überlegungen kaum weiter verfolgte hing mit dem Umstand zusammen, dass er versuchte, die Psychoanalyse zu einem System der Psychopathologie über medizinische Grenzen hinaus auszubauen. Sie sollte sich durchaus auf alle Bereiche des Alltags und der Wissenschaft erstrecken. Dass die Psychoanalyse hierzulande tatsächlich eine Kassenleistung darstellt mag unter anderem diesem Umstand geschuldet sein.

So ist in Freuds Werk sowohl die Wechselwirkung zwischen Gesellschaft, Kultur und menschlicher Psyche als auch die Bedeutung eben dieses psychischen Apparates für somatische Erkrankung angelegt. Ebenso wie die sozialpsychologischen erfuhren auch die psychosomatischen Aspekte in Freuds Theoriebildung eine Weiterentwicklung durch die nachfolgende Generation von Psychoanalytiker_innen, allerdings eher abseits der ‚offiziellen‘ Psychoanalyse (vgl. Pohl 2000, S. 234).

3.2 Enträtselungsversuche in der Nachfolge Freuds

Auf Freuds eigene Anstöße folgte ein anfänglicher „Erklärungsoptimismus“ (von Rad 1983, S. 149), zunächst bauten verschiedene Entwürfe auf dem Konversionsmodell auf oder waren, durchaus noch zu Freuds Lebzeiten, an dieses angelehnt. In diesen jungen Jahren der psychoanalytischen Psychosomatik finden sich auch weiterhin Überschneidungen von psychosomatischen, politischen und sozialpsychologischen Überlegungen, die in diesem Kapitel aufgegriffen werden.

Zur Übersicht sollen hier aus der Diskussion um Geltung und Reichweite des Konversionsmodells einige Hauptlinien herausgearbeitet werden (angelehnt an Hahn 1983b und Storck 2016). Mit einer Kurzdarstellung der auch historisch eng an Freud angelehnten Modelle bezwecke ich hier einerseits einen Einblick in die schillernden kreativen Möglichkeiten psychoanalytisch orientierter psychosomatischer Denkweisen zu geben, zum anderen sind sie das Bindeglied für weitere Theoriebildung, besonders zu der mit Franz Alexander einsetzenden und von ihm selbst so benannten psychosomatischen Ära der Medizin nach dem Zweiten Weltkrieg.

Bis dahin liegen einige psychoanalytische Zwischenschritte. Diese zeichnen sich durch verschiedene Versuche aus, aktualneurotisch-psychosomatische Erkrankungen

(psychodynamisch und ätiologisch) auf eine Weise zu beschreiben, die sie einer psychoanalytischen, verstehenden Arbeit zugänglich machen. Es gibt also verschiedene Versuche, das Konversionskonzept auszuweiten, einige Psychoanalytiker_innen wendeten sich nicht-psychoneurotischen Patient_innen zu, also Patient_innen mit Symptomen die sich nicht konversionsneurotisch im ‚klassischen‘ Sinne aufschlüsseln ließen (vgl. Storck 2016, S. 51f.). Nach der Konzipierung der Libidotheorie hielt Freud „eine konfliktbedingte, traumatisierende Libidinisierung bestimmter Organbereiche in den Entwicklungsphasen“(Hahn 1983b, S. 120) für möglich und gestand dieser Einflüsse auf die spätere Symptomentwicklung zu. Der Einfluss dieser Überlegungen auf die Frage des somatischen Entgegenkommens prägte die Versuche späterer Psychoanalytiker_innen, daraus Ansatzpunkte zur Aufstellung von prägenitalen Formen der Konversion abzuleiten. Die Übertragungsneurosen (Hysterie, Zwang, Phobie) stellen, wie oben erläutert, in der Konzeption Freuds symbolhafte Kompromissbildungen dar. Diese finden vor dem Hintergrund infantiler psychosexueller Konflikte statt, die ‚Lösung‘ ist der Kompromiss aus (Trieb-)Wunsch und Abwehr. Storck zeigt, dass dies in Überlegungen zur Reife des „psychischen Funktionierens“ (Storck 2016, S. 52) führt, einschließlich der Abwehrmechanismen, wobei der Konversionsmechanismus als eine eher reife Form der Abwehr zu begreifen ist.⁷ Die Symptome der Aktualneurose wiederum speisen sich gegenteilig gerade nicht aus biographischen Konstellationen, sondern sind Ausdruck jener aktuellen ‚sexualtoxischen‘ Wirkung. Storck (2016, S. 54) formuliert die sich hieran anschließende Frage: „Was passiert mit aktualneurotischen Symptomen und deren Ursachen im zeitlichen Verlauf? Wie äußern sie sich ‚post-aktuell‘?“ Wie oben gezeigt nimmt auch Freud an, dass eine Psychoneurose einen aktualneurotischen Kern haben kann. Dies wiederum wirft die Frage auf, in welcher Weise es biografische *aktualneurotische* prägenitale Einflüsse geben kann, die eben vor jenen gegeben sind, die als ursächlich für Psychoneurosen betrachtet werden: „Der Gedanke besteht, vereinfacht gesprochen, darin, dass es bereits in der frühen und frühesten Kindheit Bedingungen geben kann, die zur aktualneurotischen Symptombildung führen“ (a. a. O., S. 54f.). Und dies führte verschiedene Autor_innen dazu, Überlegungen anzustellen, die eine prägenitale Konversion als Form einer psychosomatischen Umsetzung annehmen. Storck stellt diese Überlegungen übersichtlich dar (a. a. O., insbesondere S. 55), letztlich fallen unter das Konzept dann

„sowohl diejenigen Fälle, in denen das *Resultat* der Umsetzung in den Körper etwas bedeutet (etwa die Lähmungserscheinung als hysterisches Symptom, z.B. Wunsch und Verbot, fremdzugehen), als auch diejenigen, in denen die *Tatsache* der Umsetzung in den Körper etwas bedeutet (wie in den physiologischen Angstkorrelaten: z.B. die Unerträglichkeit, intensive Affekte psychisch zu repräsentieren)“ (a. a. O., S. 55).

Das von Freud entwickelte Konversionsmodell wurde zeitnah im Wesentlichen von vier Autoren erweitert; Fenichel, Ferenczi, Rank und Deutsch, dass psychosomatische

⁷ Vgl. ausführlicher Storck 2016, auch zur Frage der Ödipalität in der moderneren Psychoanalyse S. 52ff.

Theoriebildung sich nicht ausschließlich auf Überlegungen zum Konversionsmechanismus beschränkte wird bereits bei Fenichel deutlich, dennoch nahmen die an die Hysterie angelehnten Modelle einen breiten Raum ein. Den wohl eigenwilligsten Konversionsbegriff vertrat Georg Groddeck.

3.2.1 Georg Groddeck

Freud selbst war überrascht, dass Groddeck die Psychoanalyse für Verständnis und Behandlung von körperlichen Krankheitssymptomen einsetzte. Freud äußerte in vielen Briefen sein Wohlwollen der Werke Groddecks, beklagte allerdings zugleich dessen Hang zum Mystischen und zur Aufhebung des Unterschieds zwischen Körperlichem und Seelischem (vgl. Schröter 2013, S. 227). Groddecks Gesamtwerk ist umstritten, wird unsystematisch, widersprüchlich und bruchstückhaft genannt, sein Konversionsbegriff wird von Hahn als „eigenwillig“ (Hahn 1983b, S. 122) eingestuft, Groddeck wendete den Konversionsbegriff auf fast das gesamte Gebiet psychischer und somatischer Symptomatik an (vgl. Groddeck 1966) und auch seine methodische Herangehensweise unterschied sich fundamental von der Freuds, die technischen Regeln, das Setting, die gleichschwebende Aufmerksamkeit lehnte er als verbindliche Richtschnur ab. Dies ist bedingt durch die immer wieder hervorgehobene Stärke Groddecks: Ein absolut praxisorientiertes und auf den Einzelfall bezogenes Denken in der Patientenbehandlung. Dennoch bestätigte Freud ihm 1917, dass er zur Zunft der Psychoanalytiker gehörte. Er akzeptierte Groddecks sehr eigene Vorstellungen, anders als bei Alfred Adler und C. G. Jung, die einige Jahre zuvor aus der Psychoanalytischen Vereinigung ausgestoßen worden waren, was vermutlich auch mit dem Expansionskurs der Psychoanalyse in diesen Jahren in Zusammenhang steht (vgl. Martynkewicz 1997, S. 247ff.). Groddeck lehnte systematisches Denken mit dem Ziel der Möglichkeit zur Verallgemeinerung ab, in der Methode sah er einen Zwang und begrifflichen Festlegungen wich er aus. Zur Darstellung seiner Gedanken bediente er sich vorzugsweise der literarischen Gattung des Romans.

Mit seinen unkonventionellen Werken zur Psychoanalyse und Psychosomatik wurde er bekannt, vor allem mit dem *Buch vom Es* (1923). Den Begriff des *Es* übernahm Freud von ihm, wobei Groddeck mit der Art und Weise nicht einverstanden war. Groddecks *Es* war größer und somatischer gedacht als Freuds Konzept des *Es* als psychischer Instanz neben *Ich* und *Über-Ich* (vgl. Will 1984, S. 126f.) Dem *Es* als ein Element innerhalb des Aufbaus der Psyche steht Groddecks Begriff vom *Es* eher diametral entgegen. Groddecks *Es* „gerät für ihn zu einer alle Lebensäußerungen des Individuums prägenden Kraft, groß und mächtig, schicksalsträchtig, die sowohl seelische wie körperliche Symptome kreierte“, wobei sie „bevorzugt im Dunkeln, Unbewußten wirkt“ (vgl. Danzer und Albrecht 1994, S. 227). Groddecks Verständnis des für ihn so zentralen *Es* lässt sich eben nicht in einem Theoriegebäude begreifen, Möhle wird dem gerecht, indem er es als „die sämtliche Lebensäußerungen in all ihren Erscheinungsformen

umfassende Lebenskraft des menschlichen Organismus, die Körper und Seele umfasst“ bezeichnet (Möhle 2010, S. 43). Mit dieser Allumfasstheit ist der Begriff zugleich leer, in der konkreten medizinischen Anwendung musste und sollte er durch praktische Anwendung mit Leben gefüllt werden (ebd.). Der spekulative Umgang mit diesem Es kann nicht von seinem praktischen Aspekt getrennt werden, damit würde man Groddeck missverstehen, für ihn war beides eins. Trotz dieser monistischen Theorie arbeitete Groddeck in der Praxis dualistisch-konfliktorientiert. Neben der Annahme, dass über die Lösung körperlicher Verspannungen erhebliche Energiemengen freigesetzt würden, die psychoanalytisch genutzt werden könnten, ging Groddeck davon aus, dass Verdrängung auch ein ganz konkreter körperlicher Vorgang sei. Dieser manifestierte sich vor allem in der Bauchmuskulatur (die er bei seinen Massagen vornehmlich und wenig zimperlich behandelte), aber auch in Herz-Kreislauf-System und vegetativem Nervensystem, zentrale Vermittler zwischen Psyche und Soma sind für ihn vegetatives Nervensystem und Hormonhaushalt. Dieser große Begriff eines allumfassenden *Es* führt zu einer anders gearteten Vorstellung von Konversion. Sie findet sich insofern, als dass Krankheit für Groddeck nie passives Erleiden ist, sondern immer ein sinnvolles Geschehen. Groddeck sieht bei allen Erkrankungen den Erkrankungswillen am Werk, der Mensch macht sich selbst krank, bewusst oder unbewusst. Krankheit wird so zum Symbol und ist in ihrer Entstehung stets mit Konflikten assoziiert. Aufgabe des Arztes ist es, sich mit dem Gesundheitswillen des *Es* quasi zu verbünden und dafür nutzte Groddeck die psychoanalytische Methode, die für ihn die direkte Bearbeitung des *Es* einschließlich seiner Widerstände gegen die Heilung ermöglichte. Von großer Bedeutung war ihm dabei das Symbol, das Symptom war für ihn Träger eines symbolischen Ausdrucksgehaltes (vgl. a. a. O., S. 44f.). Es ist diese Auffassung von Krankheit als sinnvollem Geschehen in der Lebensgeschichte der Erkrankten in Verbindung mit bewussten oder unbewussten Konflikten, die Groddeck zu einem Vertreter der Psychosomatik als Gegendiskurs zu einer objektivierenden Medizin macht. Hinzu kommt sein Verständnis von der Rolle als Arzt in der intensiven Auseinandersetzung mit der individuellen Geschichte seiner Patient_innen. Eine systematische Auseinandersetzung mit den gesellschaftlichen Verhältnissen oder eine im Zusammenhang mit der psychosomatischen Erkrankung stehende kritische Betrachtung dieser Verhältnisse findet sich in Groddecks Werk zwar nicht, seine patienten- und konfliktzentrierte Perspektive bietet allerdings die Möglichkeit, den Blick auch in diese Richtung zu öffnen. Wenn auch durch persönliche Freundschaften und regen Austausch mit anderen psychosomatisch arbeitenden Analytiker_innen verbunden, so hat Groddeck sich entschieden nicht an den Versuchen beteiligt, psychosomatische Medizin auf psychoanalytischem Fundament theoretisch zu systematisieren. Diesem Feld nahmen sich andere an. Zusammen mit Groddeck wurde Sandor Ferenczi zum Begründer einer psychoanalytischen psychosomatischen Medizin.

3.2.2 Sandor Ferenczi

Plab bezeichnet Ferenczis Differenzierung psychosomatischen Geschehens als „zum Zeitpunkt seiner Forschungen von niemand anderem erreicht [...]“ (Plab 2016, S. 96). Er war der Erste, der „sorgfältig die Unterscheidung zwischen Gleichsetzung und Symbolik“ erläuterte, „so beschrieb er bei Kindern Symptomatik, die man heute einem unbewussten Geschehen gleichsetzen würde (wie vermehrte Darmtätigkeit bei Angst) und gleichzeitig eine symbolisch zu verstehende Symptomatik (z.B. hysterische Gangstörung)“ (ebd., mit Bezug zu Ferenczi 1988). Das hysterische Konversionssymptom erklärt er als Regression auf die präverbale Protopsyche, ein Protoselbst (Ferenczi 1919, S. 138, zit. in Storck 2016, S. 58) – dies beinhaltet die für weitere Theorieentwicklung bedeutsame Annahme, „eine Sexualisierung bzw. ein Körperlich-Bleiben oder -Werden des Denkens und Erlebens wäre als regressiver und in diesem Sinn unreifer Vorgang zu begreifen“ (ebd., dies verweist bereits auf Überlegungen zur Alexithymie, vgl. Abschnitt 4.4). Konversionssymptome sind für Ferenczi Ausdrucksform einer frühkindlich-narzisstischen Entwicklungsstufe, eine Regression auf Verhaltensweisen jener frühen Protopsyche. Ist eine angemessene, reife Ausdrucksform oder Beziehung unmöglich, werden diese im Erwachsenenalter latent verborgenen Ausdrucksgestalten wiederbesetzt (vgl. Möhle 2010, S. 53). Plab bezeichnet ihn unter anderem daher als den wahrscheinlich ersten „im heutigen Sinne von Traumatisierung traumatherapeutisch tätige[n] und forschende[n] Analytiker“ (Plab 2016, S. 95). Für Ferenczi war die Arbeit mit Kriegsneurotikern prägend gewesen, die häufig wiederkehrende Tendenz zu Wut- und Gewaltausbrüchen ist für ihn ein Beispiel für die „inkoordinierten Affektentladungen“ (Ferenczi 1919, S. 116) der Säuglingszeit. Auch bettet er in seinen Ausführungen das Kind und seinen Körper von Beginn an in eine Objektwelt ein. „Das Kind ist nie isoliertes Individuum“, so fasst Plab diesen Aspekt Ferenczis Linie zusammen, „der Körper ist der Ort symbolischer Mitteilungen an die Objekte“ (Plab 2016, S. 96).

Ferenczi geht davon aus, dass der Konversionsmechanismus nicht nur einen genital-sexuellen Konflikt im Körper ausdrückt, sondern eine bestimmte Körperzone genitalisiert wird, verschiedene Körperzonen und -funktionen können (pseudo-)genital verwendet werden. Es gibt für ihn „kein Organ, keine Körperstelle, die vor solcher Lustverwendung gefeit wäre“ (Ferenczi 1919, S. 145, so zit. in Storck 2016, S. 58). Prägenitale Konversion zeichnet sich dadurch aus, dass das Subjekt sich (im Verhältnis zur ‚klassischen‘ Konversion) eher passiv verhält, „während der Hysterische *selber* die Reize produziert, die er dann illusorisch missdeuten kann“, für die von ihm beschriebene Art der Symptombildung, aber auch für ein „psychophysisches Phänomen überhaupt“ verwendet er den Begriff *Materialisationsphänomen* (Ferenczi 1919, S. 136, zit. in ebd.). Es ist eine tiefer zurückreichende Regression, der unbewusste Wunsch begnügt sich „nicht mit der sensorischen Erregung des psychischen Wahrnehmungsorgans, sondern überspringt auf die unbewusste Motilität. Dies bedeutet eine *topische* Regression bis zu einer Tiefe des psychischen Apparats,

in der Erregungszustände nicht mehr mittels [...] psychischer Besetzung, sondern einfach durch motorische Abfuhr erledigt werden“ (Ferenczi 1919, S. 138, zit. in ebd.). Das bedeutet physiologisch betrachtet, dass das Psychische auf basale Reflexvorgänge vereinfacht ist, der Formenreichtum und die Anpassungsfähigkeit der hysterischen Konversionssymbolik werden somit zu einer eigenen Symbolsprache, die sich neben den Materialisationen auch aus Halluzinationen speist. Letztere resultieren für Ferenczi ebenso wie erstere aus dem Zurückdrängen der Triebenergie, allerdings nicht in die unwillkürliche Bewegbarkeit, sondern in die psychische Wahrnehmung (vgl. Möhle 2010, S. 53). Sein Verständnis der Konversion wendet er letztlich auf sämtliche organische Erkrankungen an, zudem sieht er „phantastische Materialisationsvorgänge auch beim Nichtneurotischen“ (Ferenczi 1919, S. 146, zit. in Möhle 2010, S. 53) – auch gemeinhin als gesund geltende Subjekte stehen somit keinesfalls außerhalb dieser Mechanismen. Verdrängung und Neurose, darauf verweist Dahmer, sind in Ferenczis Schriften gekennzeichnet als soziale Phänomene (Dahmer 2005, S. 20). Dahmer bezeichnet Ferenczi dann als „Erzpsychologist“ und verweist auf seinen denkwürdigen Satz: „Die Befreiung von unnötigem inneren Zwang wäre die erste Revolution, die der Menschheit eine wirkliche Erleichterung schüfe“ (Ferenczi 1908, S. 12f.), mit dem Verweis allerdings, dass er „die Befreiung von unnötigem äußerem Zwang, also die gesellschaftlichen Voraussetzungen der ‚inneren Revolution‘ außer Reflexion“ (Dahmer 2005, S. 25) lässt. Dies ist ein entscheidender Punkt bei der Frage nach der möglichen Verbindung von Körper, Psyche und Gesellschaft in diesen frühen psychosomatischen Modellen. Wenn Ferenczi diese gesellschaftlichen Voraussetzungen auch nicht eingehend reflektiert, so erkennt er doch klar deren *Bedeutung* für die Symptombildung an. Ebenfalls bemerkenswert ist, dass er die Trennung zwischen Körper und Psyche mit seinen Überlegungen zur Protopsyche, als Einheit von Seelischem und Körper von Geburt an, letztlich aufhob (vgl. auch Plab 2016, S. 95ff.), wobei dies auch für ‚Gesunde‘ gilt. Ob eine Erkrankung psychosomatisch ist oder nicht muss dann nicht mehr gefragt werden, viel entscheidender ist die Frage nach dem spezifischen Kontext, in dem sie sich ereignet. Genau diese Aspekte nahm Felix Deutsch wieder auf und arbeitete sie aus.

3.2.3 Felix Deutsch

Deutsch wurde 1922 als volles Mitglied in die Wiener Psychoanalytische Vereinigung aufgenommen, sein Vortrag zu diesem Anlass: *Psychoanalyse und Organkrankheiten* (vgl. Möhle 2010, S. 56). Deutsch war ursprünglich Internist und blieb der Organmedizin, anders als viele seiner Kollegen aus dem Kreise der Analytiker_innen, auch nach seiner Entdeckung der Psychoanalyse stets verpflichtet. Deutsch fasst die Konversion, ähnlich wie Ferenczi, als dauerhafte Belastung, die auch beim Gesunden anzutreffen ist, sie ist eine Art beständig vorzufindende physiologische Erscheinung, 1924 von ihm bezeichnet mit dem Begriff des *Konversionsstroms* (ebd.). Die Bedeutung der Konversion über die ursprünglichen Grenzen

hinaus erklärt Deutsch darüber, „dass solche Umwandlungsvorgänge aus dem Psychischen in Physisches auch bei Erkrankungen festgestellt werden konnten, die keineswegs auf das Gebiet der Neurosen sich beschränken“, ferner bei solchen, die „nicht nur mit funktionellen, sondern hauptsächlich mit materiell-organischen Störungen einhergehen“ (Deutsch 1924, S. 382, zit. in Storck 2016, S. 56). Seine Auffassung von der Reichweite des Erklärungspotenzials psychosomatischer Betrachtungsweise unterliegt keiner impliziten Grenze, für Deutsch sind vegetatives Nervensystem und Hormonhaushalt die Vermittler für den Einfluss des Trieblebens auf den Körper. Seelische Einflüsse können das vegetative Nervensystem und somit jedes Organ stören, damit auch langfristig einen Schaden am Organ verursachen (vgl. Plab 2016, S. 91).

Es gibt nach Deutsch zweierlei Möglichkeiten, wie das Psychische organische Krankheiten (mit-)bedingt. Es ist zum einen der Fall eines „genügend langen Erregungszuflusses [den Begriff des Konversionsstroms nutzte Deutsch erst 1924, M.K.] zu dem zur Symptombildung notwendigen Organ, der allein direkt zur Organerkrankung führt“ (Deutsch 1922, S. 291, zit. in Möhle 2010, S. 57) oder aber eine exogene Situation ist für eine ernste Schädigung eines Organs auslösend, dieses wurde aber durch den Erregungsfluss vorbereitet (bzw. geschwächt). In seinem Artikel *Zur Bildung des Konversionssymptoms* baut Deutsch 1924 dieses Modell zu einem umfassenden Konzept der psychosomatischen Symptomentstehung aus, das über den Zusammenhang von Neurose und Organerkrankung insofern hinausgeht, als dass es ein neues Verständnis von Krankheitsentstehung generell umfasst. Jener Konversionsstrom ist in diesem Modell ein steter Prozess, psychisch nicht verwendbare libidinöse Erregung wirkt als fraktionierte Konversion dauerhaft auf das Organ ein. Dies ist zunächst kein pathologischer Vorgang, Deutsch nimmt vielmehr an, dass eine regelmäßige Libidoabfuhr im körperverträglichen Maß notwendig für Gesundheit ist, da die zugrundeliegenden Affekte in der Summe sonst eine Belastung fürs Unbewusste wären. Auch die daraus resultierenden Erkrankungen bezeichnet er als normalen psychischen Ausdruck auf der körperlichen Ebene: „Man könnte sogar behaupten, dass die Menschen niemals unglücklicher wären, niemals mehr zur Neurose neigen würden, als wenn es keine organischen Krankheiten gäbe“ (Deutsch 1924, zit. in Möhle 2010, S. 59). Die organische Schädigung erwächst aus einer lang vorhergehenden psychischen Besetzung des Organs und die organische Schädigung wiederum stabilisiert die Besetzbarkeit des Organs. Je mehr die Symptomatik von einer Seite gestützt wird, umso weniger bedarf es der jeweils anderen Seite (vgl. ebd.). Auch Franz Alexander sollte noch einmal darauf hinweisen, dass das Organ schon lange vor dem (Konversions-)Symptom Schauplatz der Libidoabfuhr ist: „Deutsch, der mit größerer methodologischer Sorgfalt als andere Autoren in diesem Arbeitsfeld vorgeht, unterschied in einer frühen Arbeit sehr klar zwischen initialen Innervationsstörungen und jenen morphologischen Änderungen, die auf eine solche langdauernde Funktionsstörung folgen“ (Alexander 1994, S. 207).

Das Verhältnis zwischen Konversions- und Organneurose bestimmt sich für Deutsch im weiteren Verlauf seiner Arbeit dadurch, wie elastisch oder rigide die körperlichen Symptome an die Neurose angebunden sind (vgl. Storck 2016, S. 60f. mit Bezug zu Deutsch 1959, S. 235): Die psychosomatischen Symptome werden dann direkter Ausdruck der Neurose, wenn das Organ bereitwillig reagiert, dieser Ausdruck also schneller erreicht wird als eine emotionale Manifestation (vgl. Storck 2016, S. 61 mit Bezug zu Deutsch 1959, S. 257f.). Auch hier findet sich also wieder eine Art somatisches Entgegenkommen.

Über das Erklärungsmodell des Konversionsstroms hinaus legt Deutsch bereits 1924 die Grundlage für ein Funktionskreis-Konzept – dieses liefert einen Erklärungsansatz der körperlichen Prozesse bei der Konversion. Somit versucht auch Deutsch, die theoretische Lücke zu schließen, die jener viel zitierte Freud'sche Sprung vom Psychischen ins Körperliche aufweist. Mit dem Konversionsstrom nähert sich Deutsch einer integrativen Erklärung an, jener ist psychisch ausgelöst, vermittelt durch das vegetative Nervensystem und durch Hormone moduliert. Die Lücke auf zellulärer Ebene letztlich kann Deutsch auch nur spekulativ füllen, Möhle fasst diese wie folgt zusammen:

„[Deutsch] führt über zelluläre Reiz-Reizbeantwortungs-Schemata und deren Hemmung zu seiner zentralen These hin, dass auf zellulärer Ebene organische und psychische Vorgänge durch eine Umwandlung ineinander zeitlich identisch sind und somit eine (hiernach künstliche) Trennung verschwunden ist – wobei er einräumen muss, dass der letztendliche Transformationsprozess nur bis zu einem gewissen Grad erforschbar und somit verstehbar ist“ (Möhle 2010, S. 59).

Resümierend lässt sich Deutschs umfangreicher Ausbau des Konversionsmodells in drei Punkten zusammenfassen: 1. ist Konversion ein auch bei Gesunden stattfindender Prozess, dessen Symptomatik sich 2. aus sich andauernd gegenseitig beeinflussenden psychophysischen Prozessen ergibt, wobei 3. die Annahme eines psycho-physischen Parallelismus, wie sie bei Freud zu finden ist, ersetzt wird durch die (spekulative) Annahme der zeitlichen Identität psychischer und somatischer Vorgänge auf der zellulären Ebene (vgl. a. a. O., S. 60).

Letztlich war für Deutsch dann auch nicht die Einordnung eines Vorganges als psychisch oder somatisch entscheidend, sondern die Frage nach seiner Dynamik, der Stellung im Gesamtgeschehen und inwieweit er überhaupt eine Gesetzmäßigkeit enthält, womit er jedem einzelnen Vorgang ein großes Maß an Individualität zugesteht. Zudem beschäftigt ihn auch nach seiner intensiven Auseinandersetzung mit der Konversion die Frage der Libidoökonomie, die er noch ergänzt. Hervorzuheben ist hier die Betrachtung des Körpers als „Libidostapelplatz“ (Deutsch 1926, S. 501, zit. in Möhle 2010, S. 62) da dieser Begriff die Bedeutung der gleichmäßigen Verteilung der Libido im Körper unterstreicht, staut sich zu viel oder existiert zu wenig organgebundener Libido hat dies pathogene Folgen. Eine große Rolle spielt dabei die Angst, diese ist für Deutsch eine primär psychische Entladungsform der Libido.⁸ Bei fehlendem Abbau der Angst bleibt die Libidoentladung im Konversionsprozess

⁸ Vgl. zum Verhältnis der Angst bei Deutsch und Freud Möhle 2010, S. 61ff..

und belastet den Körper, für Deutsch ist die Angst ein zentraler Bestandteil von Krankheit: „Jede Krankheit ist eine Angstkrankheit oder: ein Mensch bleibt krank, weil er seine Angst nicht loswerden kann. Daher heißt gesund sein, angstfrei zu sein“ (Deutsch 1926, S. 501, zit. in Möhle 2010, S. 63). Vermittelt über das vegetative Nervensystem kann bei Deutsch jedes Organ zum Symptomträger werden und wie bei Ferenczi sind die grundlegenden Prozesse auch bei Gesunden zu finden. Wie die gesellschaftlichen Verhältnisse diesen Konversionsstrom mitbedingen diskutiert Deutsch nicht explizit, aber auch dieses Modell erlaubt in der intensiven Auseinandersetzung mit der Stellung im Gesamtgeschehen durchaus eine gewisse Analyse der Position der Erkrankung in gesellschaftlichen Spannungsfeldern ‚vom Seelenende her‘. Und auch für Deutsch sind psychosomatische Erkrankungen nicht auf funktionelle Erscheinungen begrenzt, es ist vielmehr jede Erkrankung eine Psychosomatische.

3.2.4 Otto Fenichel

Ein weiterer Psychoanalytiker, der in direkter Freudnachfolge den Konversionsbegriff erweiterte, war Otto Fenichel. Auch er ging von der klinischen Symptomatik aus und würdigte gründlich die verschiedenen Phasen der Libidoentwicklung (vgl. Fenichel 1931). Er bezeichnete unter anderem Störungen wie das Stottern, Tics und bestimmte Formen des Asthmas bronchiales als im Wesen konversionsneurotisch bedingte Symptome. In Fenichels Beschreibung gibt es eine

„Art von Neurosen, deren Symptome zweifellos Konversionen darstellen, in denen sich aber unbewußte Triebregungen äußern, die prägenital sind. [...] Theoretisch müßten wir erwarten, dass ein prägenitaler Inhalt sich am ehesten bei solchen Konversionssymptomen findet, die sich direkt an den prägenitalen erogenen Zonen abspielen. So wird man zunächst einen analerotischen Gehalt bei den Organneurosen des Darms erwarten“ (Fenichel 1945b, S. 168f.).

Der entscheidende Unterschied zur ‚klassischen‘ Hysterie besteht also darin, dass die auf das Objekt gerichteten (und abgewehrten) Sexualwünsche prägenital sind, nach Fenichel ‚anal oder oral-sadistisch‘ (Fenichel 1931, S. 153). Diese zwei Entwicklungsstufen, bei Freud die ersten beiden Abschnitte der frühkindlichen psychosexuellen Entwicklung, liegen in der Chronologie vor der genitalen Stufe, die ja bei Freud den Fixierungspunkt hysterischer Patient_innen darstellt. Mit dieser zeitlichen Ätiologie liegt Fenichel quasi zwischen dem von Freud ursprünglich beschriebenen Mechanismus und den Konversionsmodellen von Rank⁹ und Ferenczi (vgl. Möhle 2010, S. 67). Beim Stottern und der asthmatischen Symptombildung sah Fenichel die Ambivalenz anal-sadistischer Tendenzen im Vordergrund, der Tic schien ihm mehr in der Nähe katatoner Symptombildungen zu stehen – für ihn war auch hier die

⁹ Otto Ranks Erweiterung des Konversionsbegriffes auf das Geburtstrauma-Konzept wird hier nicht explizit bearbeitet, da er für den Fortlauf der Diskussion dieser Arbeit nicht von entscheidender Bedeutung ist. Ranks Modell findet sich überblicksartig Möhle 2010, S. 54ff.

willkürliche Muskulatur das sogenannte ‚Erfolgsorgan‘, dem klassischen Konversionsmodell entsprechend (vgl. Hahn 1983b, S. 123).

In seinem Aufsatz *Die Klassifizierung der sogenannten psychosomatischen Krankheitserscheinungen* (Fenichel 1931) unterteilt er Krankheiten gemäß ihrer Genese in drei Kategorien, in letzter Konsequenz trifft das Wort psychosomatisch für ihn auf alle Krankheitsgruppen dieses Spektrums zu: 1. Biophysikalisch (somatisch) bedingt, 2. Organneurotisch, 3. Konversionsbedingt. Fenichel geht wie Freud davon aus, dass eine klassische Konversionshysterie nicht rein psychisch bedingt ist, sondern jenes somatische Entgegenkommen voraussetzt, andererseits beeinflusst jede somatische Krankheit (oder jedes somatische Symptom) die Abwehrfähigkeit des gesamten Organismus (vgl. Möhle 2010, S. 69). Die von Fenichel so bezeichneten organneurotischen Erkrankungen spannen sich zwischen diesen beiden Polen auf, darunter begreift er alle psychosomatischen und somatopsychischen Krankheitsvorgänge. Möhle fasst das Spektrum der Organneurose wie folgt zusammen: „Deren Spektrum reicht von der Pathoneurose, also einer sekundär durch somatische Erkrankung erzwungenen narzisstischen Organüberbesetzung, die psychische Konflikte mobilisiert, bis zum Gegenpol der Hypochondrie, dem reinen Fall einer primären narzisstischen Organüberbesetzung, die zur somatischen Erkrankung der betreffenden Stelle führt“ (ebd.).

Die organneurotische Störung ist hier eine zweite Art der funktionalen Störung (neben der Konversion), bei denen keine Übersetzung besonderer Phantasien in eine Art Körpersprache stattfindet. Organneurotische Veränderungen bestehen in physiologischen Veränderungen „die durch einen unangemessenen Einsatz der in Frage stehenden Körperfunktion verursacht worden sind“ (Fenichel 1945b, S. 66, zit. in Storck 2016, S. 61). Fenichel unterscheidet vier Klassen organneurotischer Symptome: „1. Affektäquivalente [Fenichels originärer Beitrag], 2. Ergebnisse von chemischen Prozessen innerhalb unbefriedigter Personen, die sich in einem Zustand der Libidostauung befinden und unbewußte Affekte ausdrücken [entspricht im Wesen dem Aktualneurosenmodell Freuds], 3. Physische Ergebnisse unbewußter Einstellungen oder unbewußt determinierte Verhaltensweisen [bspw. körperliche Folgen symptomatischer Verhaltensweisen, etwa Schädigung der Speiseröhre durch selbst herbeigeführtes Erbrechen], 4. Alle Kombinationsmöglichkeiten der drei genannten Arten von Symptomen“ (Fenichel 1945b, S. 66f., zit. in Storck 2016, S. 61).

Für Fenichel sind Affekte „archaische Abfuhrsyndrome“, in der Lage willkürliche Handlungen zu ersetzen – dabei kann der dem Affekt zugehörige Körperausdruck auch „ohne die ihm entsprechende besondere seelische Empfindung auftreten“ (Fenichel 1945b, S. 67, zit. in Storck 2016, S. 63) – das körperliche Symptom wird zum alleinigen Ort des Affektausdrucks. Bei dieser in Fenichels Aufzählung ersten Klasse der Organneurosen ist das psychosomatische Geschehen um die Qualität des psychischen Erlebens des Affekts verkürzt. Die körperlichen Begleitumstände des Affekts präsentieren sich, während der seelische Inhalt abgewehrt wurde.

Das ist der Unterschied zur zweiten Klasse der Organneurosen, jener Störung chemischer Prozesse bei unbefriedigten Personen, da hier auch die physische Abfuhr nicht erfolgt (vgl. Storck 2016, S. 63). Der affektive psychische Zustand wird ohne dessen Bewusstwerdung in körperliche Symptome umgesetzt. Bereits Freud beschrieb „Angstäquivalente“, mit der Herzneurose als häufigste Vertreterin. Die Affekte können als Reaktionsverhalten auf entsprechende Reize quasi erinnert werden. Da die Affektäquivalente einen verhältnismäßig geringen Abfuhrwert haben können, kann ein chronisch-affektiver Zustand daraus resultieren – die entsprechende Störung fällt dann eher in den zweiten Bereich. Diese ‚chemischen Veränderungen im Körper‘ entstehen generell durch nicht abgeführte Triebspannungen bei unbefriedigten Personen, in der Folge bewirken sie organische Veränderungen. Die Unterlassung der Triebhandlung, welche das jeweilige Verlangen befriedigen würde, führt zu einem hormonalen Stauungszustand. Diese chemischen Veränderungen wirken dann in andere vegetative Bereiche hinein (vgl. Möhle 2010, S. 70). Fenichel schreibt den chemischen Veränderungen (angelehnt an Freuds „toxischen“ Ausdruck der Aktualneurosen) die Möglichkeit zu, ein spezifischer Ausdruck gestörter Triebökonomie zu sein – die ‚klassischen‘ aktualneurotischen Symptome haben dagegen einen eher unspezifischen Charakter (vgl. a. a. O., S. 71).

Auch der dritte Punkt in Fenichels Aufzählung, die physischen Ergebnisse unbewusster Einstellungen, haben die Ursache in unbewussten Triebbedürfnissen. Diese bedingen ein chronisches Fehlverhalten, woraus eine Überbelastung resultiert, welche zum indirekten psychosomatischen Symptom führt. Ein wichtiges Beispiel sind die Magengeschwüre bei „Menschen mit einer chronisch frustrierten oral-rezeptiven Forderungshaltung, die diese Haltung verdrängen und [...] unbewusst permanent ‚liebeshungrig‘ (bzw. ‚hungrig nach der notwendigen narzißtischen Zufuhr‘)“ sind (Fenichel 1945b, S. 359, zit. in Möhle 2010, S. 71), und dies führt zur chronischen vermehrten Absonderung von Magensäure. In Fenichels Konzeptionen finden sich durchaus Widersprüche, auf die Storck hinweist. So bezeichnet Fenichel die „Organneurosen des Darms“, soweit sie sich an „prägenitalen erogenen Zonen“ abspielen einerseits als Konversionssymptome mit prägenitalem Inhalt, rechnet sie andererseits den Organneurosen zu, klassifiziert sie somit als nicht-psychogen und nicht-bedeutungshaft (vgl. Storck 2016, S. 59). Dies zeigt zugleich eine grundlegende Frage in dieser Phase der Theorieentwicklung an: Wird überhaupt ein (Trieb-)Konflikt durch das jeweilige Symptom symbolisiert und falls ja welcher? Der Widerspruch muss nicht ganz so groß sein vor der Annahme, dass jedes Symptom verschiedene Ursachen haben kann, die eben in (oft mühevoller) Arbeit lebensgeschichtlich entschlüsselt werden müssen.

Im Großteil der Fälle treten nach Fenichel Mischformen der organoneurotischen Symptombildungen auf, die sich gerne auf ein bestimmtes Organ beschränken. Die Organwahl hängt von den Faktoren ab, die das somatische Entgegenkommen bestimmen, als da wären: 1. Natur der Triebansprüche, die abgewehrt werden, 2. Aus der persönlichen Lebensgeschichte

erwachsene Libidofixierungen, 3. Fähigkeit der Organe zur symbolischen Darstellung psychischer Konflikte, 4. Organverwendungen und -besetzungen, 5. Individuelle Fakten der körperlichen Biographie (vgl. Möhle 2010, S. 71). Allein schon die Formulierungen zeigen, wie individuell sich auch das somatische Entgegenkommen bei Fenichel gestaltet. Dies verweist bereits auf die Komplikationen, die der Anspruch auf Verallgemeinerung psychosomatischer Theoriebildung mit sich bringt.

Mit dieser Systematik umfassten für Fenichel die Organneurosen ein großes Repertoire an Funktionen und gingen weit über das hinaus, was Freud explizit für Aktualneurosen anführt. Für Fenichel sind das unter anderem hormonelle und vegetative Funktionen, Gastrointestinaltrakt, Muskulatur, Atmungssystem, Herz- und Kreislaufsystem, Blutdruck, Haut oder Auge (vgl. Storck 2016, S. 63). Jene von Freud deklarierte Kluft zwischen Körperlichem und Psychischem verstand auch Fenichel offensichtlich eher als Aufforderung zum Brückenbau. Durch die Übernahme des Konversionskonzeptes und des Gedankens, dass auch der Körper Ort des Affektausdrucks bei Abwehr des jeweiligen Inhalts sein kann, öffnet Fenichel implizit die Denkmöglichkeiten auch dahingehend, wie frühe äußere Einflüsse sich, vermittelt über die Psyche, körperlich äußern oder zumindest eine Disposition für spätere körperliche Äußerungen bilden können.

Fenichel beispielsweise engagierte sich bereits in der Wiener Jugendbewegung, die für schulische, sexuelle und kulturelle Reformen plädierte. Er gründete zudem (als er bereits zur Dozentenschaft der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung gehörte) 1924 ein Seminar außerhalb des Instituts, dem die jüngeren und tendenziell rebellischeren Analytiker angehörten. Als Jude, Psychoanalytiker und aktiver politisch Linker entschloss er sich noch 1933 zur Emigration. Über Norwegen und Prag ging er 1938 in die USA und ließ sich als Lehranalytiker in Los Angeles nieder (vgl. Möhle 2010, S. 67). Rolf Pohl zählt ihn zu den exponierteren Vertretern der linken, überwiegend marxistisch orientierten Freudianer, ähnlich wie Wilhelm Reich und Siegfried Bernfeld (Pohl 2000, S. 235). „In spitzen, präzisen Polemiken“ so Brunner und Lohl, widersprach er „unermüdlich den Versuchen [...] gesellschaftliche Phänomene wie Klassenherrschaft, Krieg und Kriminalität unter Ausblendung genuin soziologischer Perspektiven mit psychoanalytischen Mitteln tatsächlich begreifbar zu machen“ (Brunner und Lohl 2012, S. 38 mit Verweis auf Fenichel 1932; 1934; 1935). Notwendigerweise müssten gesellschaftliche Herrschaftsverhältnisse untersucht werden einschließlich der „darin gründende[n] objektive[n] Interessengegensätze“ (Brunner und Lohl 2012, S. 38). Eine solche Perspektive auf Gesellschaft gepaart mit organoneurotischen Überlegungen muss den Blick für den Zusammenhang von eben diesen Herrschaftsverhältnissen und somatischen Erkrankungen mindestens öffnen, wenn es auch hier kein ‚vollendetes‘ Konzept für diese Wechselwirkungen gibt. Fenichel führt aber in aller Deutlichkeit dieses Potential vor Augen: Sich der Bedeutung der Erkrankung über die Entschlüsselung unbewusster Konflikte zu nähern, dabei jenem somatischen Entgegenkommen Rechnung zu tragen und zudem gesellschaftliche

Herrschaftsverhältnisse zu untersuchen. So wie sich in der Hysterie die Unterdrückung der Frau in der spezifischen historischen Situation zeigt, können mit Rekurs auf Fenichels Überlegungen auch für andere Leiden diese Verhältnisse entschlüsselt werden.

Die enge Verbindung von Körper, Seele und Gesellschaft in direkter Freud-Nachfolge führt, allerdings weniger deutlich an systematische Überlegungen zur Konversion anschließend, auch Wilhelm Reich aus.

3.2.5 Wilhelm Reich

Reich beschreibt bereits in den 1920er-Jahren Erregungsabläufe und Erlebnisweisen bei „gehemmter“ und bei „gesunder“ Sexualität, und zwar auf der Basis klinischer Beobachtungen, wobei er unerschütterlich und in problematischer Weise an der Libidotheorie festhält (Reich 1927). Er geht von einer natürlichen *Sexualökonomie* aus, die er „in seinem Zelebrieren der Genitalität“ (Brunner et al., S. 22) gleichsetzt mit einer *orgastischen Potenz*. Bei einer Störung dieser orgastischen Potenz wird eine Energieentladung im Orgasmus verhindert, für die Entwicklung einer solchen Störung machte er die sexualfeindliche Gesellschaft verantwortlich. Die Fähigkeit zur sexuellen Befriedigung, wobei er auch das *Erleben* beim Geschlechtsakt über dessen ‚Vollzug‘ hinaus nachfragte, die ‚Herstellung der orgastischen Potenz‘ und der ‚vollen Liebesfähigkeit‘ sind für ihn Kriterien psychischer Gesundheit (Reich 1927, S. 192f.). In Freuds Beschreibung nach Lektüre des Manuskripts war er ein „junge[r], passionierte[r] Steckenpferdreiter, der jetzt im genitalen Orgasmus das Gegengift jeder Neurose verehrt“ (Brief an Lou Andreas-Salome in Fallend 1988, S. 198, zit. in Peglau 2013, S. 46).

Auch Reich verankerte, wenn auch auf etwas andere Art, seelische Störungen im gesellschaftlichen Umfeld und die Gesellschaftstheorie, die seine therapeutischen Erfahrungen ergänzte, fand er bei Marx. Zumindest zeitweilig stellte er die Psychoanalyse in den Rahmen einer marxistisch orientierten Gesellschaftstheorie und betonte „die Eigendynamik der gesellschaftlichen Verhältnisse gegenüber den Subjekten“ (Brunner et al. 2012, S. 22). Den Gegenstandsbereich der Psychoanalyse versuchte er in seinen Überlegungen zum Verhältnis von Soziologie und Psychologie auf individualpsychologische Fragestellungen einzugrenzen, und ließ allerdings, so Brunner et al., „dafür das gesamte Erkenntnispotential der Freud’schen Kulturtheorie fallen“ (ebd., mit Verweis auf Reich 1929; 1934). Seine Versuche, Elemente der Freud’schen und Marx’schen Theorie zu koppeln müssen hier nicht detailliert diskutiert werden, Reich schlug jedenfalls den Bogen und machte jene damalige sexualfeindliche Gesellschaft verantwortlich für diese Unterdrückung von Sexualität. Er versuchte als einer der wenigen Psychoanalytiker_innen (nicht nur) seiner Generation, dies durch politische Aktivität zu verändern. Die Psychoanalyse machte er, wie auch andere Freudomarxisten, als eine ‚dialektisch-materialistische‘ Naturwissenschaft stark, um dem Idealismusvorwurf von marxistischer Seite etwas entgegenzusetzen. Die Annahme einer biologisch konzipierten Triebwelt allerdings, auf die die gesellschaftlichen Verhältnisse ‚von außen‘ einwirkten, legte

„die dialektische Verschränkung von Individuum und Gesellschaft wieder still“ (Brunner et al. 2012, S. 23f.). Sie führte zu einer doppelten Verkürzung, da diese Triebwelt des Subjekts als ‚naturegegeben‘ verstanden wurde und die gesellschaftlichen Verhältnisse als davon entkoppelter, äußerer Einflussfaktor. Diese psychischen ‚Naturgesetze‘ abgekoppelt von Gesellschaft zu begreifen führten wiederum, und teilweise auch entgegen der Intention, in eine Sackgasse. Die ‚sexuelle Revolution‘ der 1968er und der Folgejahre nahm starken Bezug auf den ‚frühen‘ Reich, und zwar durchaus unter dem Einfluss patriarchaler Strebungen. Die Parole „Wer zweimal mit *derselben* pennt, gehört schon zum Establishment“ hieß schließlich nicht, „wer zweimal mit *demselben* pennt.“

Im skandinavischen Exil erweiterte Reich seine Forschungen um biologische Aspekte. Hier versuchte er die physiologische Basis der Libido nachzuweisen, und zwar über Hautpotenzialmessungen. Dieser Brückenschlag zwischen Psychoanalyse und Naturwissenschaft wurde von mehreren Analytiker_innen unterschiedlicher Prägung versucht, etwa Franz Alexander und Siegfried Bernfeld (a. a. O., S. 274ff.). Der seit einigen Jahren erneut entbrannte Diskurs um die Verbindung neurowissenschaftlicher und psychoanalytischer Erkenntnisse birgt ähnliche, im Prinzip altbekannte, Fallstricke: Die Verkürzung vielschichtiger psychischer Vorgänge auf (mittlerweile technisch besser) messbare Vorgänge im synaptischen Spalt. Bei Reich ist es die Ökonomie der Libido, die im Vordergrund steht. Diese Sexualökonomie „tritt nun aber nicht nur neben die Analyse der politisch-ökonomischen Lage“ so beschreibt Lorenzer auch die Schwerpunktverschiebung in Reichs Werk, „die Gewichtigkeit zwischen beiden verschiebt sich in den Reichschen Gedankengängen zunehmend auf jenes innere Terrain der Sexualökonomie, auf das objektiv Irrationale der Triebnatur. Triebnatur wird verstanden als das Sein, das das Bewußtsein bestimmt“ (Lorenzer 1971, S. 13). Dass die Entfaltung der orgasmischen Potenz dabei schnell zu einer Art Allheilmittel werden kann, darauf weisen Brunner et al. hin: „Die entfaltete orgasmische Potenz bringt nicht nur Neurosenfreiheit mit sich, sondern garantiert auch ein automatisches Verschwinden aller mystischen, religiösen und faschistischen Orientierungen ebenso wie eine harmonisierende soziale Ethik und (zutiefst bürgerliche) Werte wie Selbstständigkeit, Arbeitswille, Heterosexualität und Monogamie“ (Brunner et al. 2012, S. 22, mit Verweis auf Reich 1927; 1936).

In gewisser Weise führt Reich Freuds Bemerkungen zum aktualneurotischen Kern der Psychoneurose fort, in denen ja gerade die nicht adäquate Erregungsabfuhr zur Umwandlung der Libido in Angst führt. Für Freud liegt ja hier der heilende Einfluss einer analytischen Behandlung direkt oder indirekt darin, dass „sie das kranke Individuum in den Stand setzt, sich durch Änderung des sexuellen Regimes diesen aktuellen Schädlichkeiten zu entziehen“ (Freud 1912f, S. 339). Diese Regimeänderung ist eng verbunden mit Reichs psychoanalytischer Sexualpädagogik. Für Reich sind Aktualneurosen „Sexualstauungsneurosen“ (Reich 1942, S. 72, zit. in Storck 2016, S. 48). Vor dem Hintergrund der oben dargestellten Entwicklung

wird Reichs Annahme nachvollziehbar, dass die Grundlage des psychoneurotischen Überbaus mit der Behebung der Aktualneurose beseitigt wird (vgl. a. a. O., S. 49). Ob sich dies tatsächlich in Regelmäßigkeit bewerkstelligen ließe muss hier dahingestellt bleiben, Reichs Ansätze deuten in jedem Fall auf spätere körpertherapeutische Überlegungen hin (vgl. ebd.).

In den 1920er-Jahren entwickelte Reich seine *Charakteranalyse* (bezeichnet mit dem Begriff Karl Abrahams; vgl. auch Reich 1945), wobei er die Gesamtstruktur der Charakterwiderstände als *Charakterpanzer* bezeichnet. Manche charakteristischen Wesenszüge, von ihm als Charakterwiderstände bezeichnet, sah er die affektive Wirkung der Analyse blockieren:

„Er war der Ansicht, daß solche Eigenheiten wie unterwürfige Höflichkeit, ausweichendes Verhalten oder Überheblichkeit sich entwickelt hatten, um starke emotionelle Stimulierungen von außen und innen abzuwehren, da diese Stimuli mit Schmerz, Enttäuschung oder Schuld assoziiert waren. So wirkten sie auch in der Analyse fort“ (Sharaf 1994, S. 97).

Der Charakterpanzer diene dazu, das Individuum vor Schmerz zu schützen, schränke aber auch die Lustfähigkeit erheblich ein. Reich sprach der dem Analytiker_in die Aufgabe zu, die Patient_innen in der Bewusstwerdung dieser Charakterwiderstände zu unterstützen und diese als schmerzlich zu empfinden. Reich plädierte für eine ziemlich aktive Haltung seitens der des Analytiker_in um diese Widerstände schonungslos zu analysieren. Ein Kritikpunkt daran war, dass diese Herangehensweise „einen Widerstand des Patienten künstlich aufbauschen könnte, wenn das Material nicht klar erkennbare Zeichen für Charakterwiderstände beinhalte“ (a. a. O., S. 99). Die Meinung, dass dieses Material nicht auf den Inhalt verbaler Mitteilungen beschränkt bleiben dürfe, teilte Reich mit Ferenczi und Fenichel. Das nonverbale Verhalten, wie Mimik, Kleidung, Körperhaltung, verdiene mehr Aufmerksamkeit als gemeinhin üblich. Dieses nonverbale Verhalten, die Wechselbeziehung von physischem und psychischem Erscheinungsbild, trat in seiner Therapie im Laufe der Jahre immer mehr in den Vordergrund (vgl. ebd.). Für die Psychosomatik war neben der Beschreibung des sexuellen Erlebens die Beobachtung Reichs wichtig, dass sich jener Charakterpanzer auch körperlich manifestieren kann; beispielsweise muskulär als *Musekelpanzer*. Darauf beziehen sich auch heute noch mehrere körperpsychotherapeutische Verfahren (DPG 2019). Während seiner Zeit in Norwegen entwickelte Reich seine Beobachtungen und die Arbeit am Körper der Patient_innen intensiv weiter, mit seinen bio-elektrischen Experimenten konzentrierte er sich auch auf den Fluss von Elektrizität und die Körperflüssigkeiten bei Lust und Angst. Mitte der 1930er-Jahre brach er mit zwei zentralen Tabus der Psychoanalyse: Patient_innen anzufassen und unbekleidet zu behandeln. Sowohl was das therapeutische Setting betrifft, als auch die steten Beschuldigungen von Psychoanalysegegnern machen diese Tabus plausibel. Zunächst benannte Reich die verschiedenen muskulären Spasmen, in den späten 1930er-Jahren griff er jenen Körperpanzer über Berührung mehr und mehr direkt an. „Er preßte dann seinen Daumen oder seinen Handballen fest auf ein verspanntes Segment des Körpers, wie z.B. das Kinn, den Hals, die Brust, den Rücken oder die Schenkel. Ein solcher Druck löste oft einen Weinkrampf

oder einen Wutausbruch aus“ (Sharaf 1994, S. 280). Diese Berührungen hatten auch den Zweck, Emotionen (aus)zu lösen und sind eher als eine Art ‚medizinischer‘ Eingriff zu verstehen denn als Massagetechnik oder ähnliches. Dies blieben natürlich umstrittene Aspekte Reichs Techniken (vgl. a. a. O., S. 281f.). Nach der Emigration in die USA beeinflusste Reich vor allem Psychotherapeuten wie Ronald D. Laing, Alexander Lowen und Fritz Perls (DPG 2019). Reich übertrug seine Vorstellungen des Zusammenwirkens von Leib und Seele somit auf eigenwillige Art und Weise in die Therapie. Um unter anderem an der Befreiung menschlicher Triebnatur mitzuwirken trat er 1927 zunächst der Sozialdemokratischen Partei Österreichs bei, zudem wurde er Mitglied einer Ärzteorganisation, die der österreichischen Kommunistischen Partei nahestand. Der sich anbahnende Konflikt zwischen Freud und Reich, der natürlich auch die WPV betraf und zu Reichs Umzug nach Berlin im November 1930 führte, ist bei Peglau (2013, S. 42ff.) ausführlich dargestellt. Neben Differenzen in der Theorie ist Reichs ausgeprägtes politisches Engagement Grund für die Auseinandersetzungen gewesen. Reich sah in dem repressiven Umgang mit Sexualität ein Hindernis für das Entstehen einer „selbstbewußte[n] Jugend“, welche in den Augen der herrschenden Klasse natürlich „eine allzu große Gefahr für den Bestand der bürgerlichen Sitte und Ordnung“ (Reich 1929, S. 16) darstellen würde.

Ebenso wurde Reich Mitglied in dem von Ernst Simmel geleiteten *Verein sozialistischer Ärzte* (vgl. Abschnitt 3.2.6) und KPD-Mitglied (vgl. Peglau 2013, S. 73ff.). Die Spannungen zwischen Reich und der psychoanalytischen Organisation verschärfen sich durch Reichs „umgehend einsetzende politische Aktivitäten auf der einen und Freuds zunehmende Verurteilung dieser Aktivitäten auf der anderen Seite“ (a. a. O., S. 75f.). Freud hatte die Massenbindung und die religiöse ‚Rechtfertigung‘ sozialer Ungleichheit scharf kritisiert und diagnostiziert, „die Menschengattung tendiere infolge von Trieb-Entmischung zu Genozid und Selbstauslöschung“ (Dahmer 2013, S. 12). Reich reformulierte diese Erkenntnisse Freuds „sexualpolitisch“ und versuchte mit einem entsprechenden Aktionsprogramm den Kampf gegen die faschistische Massenbewegung zu unterstützen – bekanntermaßen am bitteren Ende erfolglos. Aber mit der *Massenpsychologie des Faschismus*¹⁰ von 1933 wagte er den Versuch, in einer breit angelegten wissenschaftlichen Veröffentlichung den *psychischen* Strukturen nachzuspüren, die sowohl Mittelstand als auch Proletariat so anfällig machten für die nationalsozialistische Ideologie. Freud und ein Großteil der mittlerweile institutionell organisierten Psychoanalyse versuchten, so Peglau, in der untergehenden Weimarer Republik allerdings eher, die Psychoanalyse durch Neutralisierung zu erhalten. Wilhelm Reich wurde im Juli 1933 aus der DPG und damit auch aus der IPV ausgeschlossen (vgl. genauer Peglau 2013,

¹⁰ Vgl. hierzu Peglau 2013, S. 241ff., kritischer Brunner et al. 2012, S. 22: „Noch in seiner Massenpsychologie des Faschismus [...], in der er den aufkommenden Nationalsozialismus zuerst durchaus noch – gemäß der von ihm vorgeschlagenen soziologisch-psychologischen Arbeitsteilung – im Rahmen der damaligen marxistischen Faschismus-Analysen deutet, wird ihm der Faschismus schließlich zur bloßen faschistischen Mentalität, der er mit seinem sexualrevolutionären Programm begegnen wollte [...] (vgl. auch Reich 1927, 1936).“

S. 268ff.). Auch das kommunistische Establishment hatte sich bereits 1932 gegen Reich gewandt, 1933 wurde er aus der KPD ausgeschlossen (vgl. a. a. O., S. 160). Auf dieser Ebene der Einbindung in institutionelle Zusammenhänge ließen sich Psychoanalyse und Politik in diesem Fall nicht verbinden.

Ein weiterer Analytiker in dieser Zwischenkriegszeit, der jenes Zusammenwirken verfolgte und darüber hinaus erste Institutionalisierungsbestehen in die Tat umsetzte war Ernst Simmel.

3.2.6 Ernst Simmel

Simmel, das sei hier vorweggenommen, hinterließ eine ganze Reihe origineller Aufsätze und Vorträge über verschiedene Gegenstände, meist ging es um psychoanalytische, psychosomatische und gesundheitspolitische Themen. Bisher hat weder eine gründliche, noch eine kritische Rezeption seiner Aufsätze stattgefunden, so finden sich „Bezugnahmen auf ihn, auch da wo sie angebracht wären, [...] selten.“ Rolf Pohl zählt ihn zum „großen Kreis der zu Unrecht vergessenen oder vernachlässigten Psychoanalytiker“ (Pohl 2000, S. 234). Mit dem Erscheinen der Biografie von Staar (2016) mag sich dies leicht verschoben, allerdings nicht grundlegend geändert haben, Möhle (2010) fokussiert mehr auf den Institutionalisierungsprozess des von Simmel geleiteten *Sanatoriums Schloss Tegel* als auf konzeptuelle Überlegungen. Eine biographische Auseinandersetzung erscheint zudem durch die dünne Quellenlage erschwert, auch in den erhaltenen Briefen findet privates wenig Raum (vgl. Staar 2016, S. 162). Dies resultiert sicher aus der von Pohl festgestellten kaum vorhandenen Rezeption in den letzten Jahrzehnten. Psychophysische Zusammenhänge „bei der Genese von Organerkrankungen“ (Simmel 1931, S. 139) sind für Simmel, angelehnt an den Konversionsmechanismus, Ausdruck unlösbarer seelischer Konflikte „der Person mit ihrer Umwelt“. „Einzelne Organe werden dabei [...] zu Repräsentanten divergierender psychischer Strebungen, worin in solchen Fällen ihre Dysfunktion bedingt sein kann“ (ebd.). Ein Übergang „von der psychogenen, hysterieformen ‚funktionellen‘ Erkrankung zur wirklichen psychogenen *Organkrankheit*“ (a. a. O., S. 140) wurde ihm, so beschreibt er es, erst durch Freuds Annahme des Todestriebes verständlich (vgl. a. a. O., S. 148f.). Unbewusste Konfliktspannungen, so beschreibt er es, könnten „unter der Herrschaft des nach innen gewandten unbewußten Aggressions- bzw. Mord- und Todestriebes“ (a. a. O., S. 148) agieren. Simmel sieht in den „psychophysischen Beziehungen, die zu Organkrankheiten führen, eine vikariierende Funktion der beiden Systeme, des Psychischen und des Physischen“ (Simmel 1931, S. 147), was an von Weizsäckers Stellvertretung erinnert (vgl. Abschnitt 4.6). Die „Kühnheit“ (ebd.) einer solchen Behauptung entnimmt Simmel, wie es auch Mitscherlich (vgl. Abschnitt 4.7) tun sollte, aus der klinischen Beobachtung selbst. In einem Vortrag über die Psychogenese von Organstörungen und ihre psychoanalytische Behandlung (Simmel 1931) schildert er seine empathische, den jeweiligen Gegebenheiten angepasste, Behandlungsform eindrücklich:

„Ich entschloß mich [...] zu Hypnosen“, so schreibt er, „wie Sie verstehen, mit gewissem Zagen. Denn man geht nicht gern daran, einen Menschen zu hypnotisieren, der jeden Augenblick sterben kann. Und ich muß sagen, daß auch mir mehrmals während dieser Behandlung das Herz stillstand, immer wenn ich dachte, jetzt steht es endgültig bei dem Patienten still“ (a. a. O., S. 141).

Dieser Patient wurde wieder gesund, allerdings, darauf verweist Simmel deutlich, nicht ‚nur‘ durch Suggestion: „Ich habe im vorliegenden Fall weder psychoanalytisch ‚gedeutet‘, noch einfach ‚Gesundheit‘ suggeriert. Den unbewußt gewesenen Sinn seiner Kreislaufsperrung hat der Patient in der *analytischen* Hypnose selbst herausgearbeitet. Und in der spezifisch modifizierten *Suggestivhypnose* habe ich ihn nur von der *Autosuggestion* des Ertrinken-, des Sichtöten-, des Sterbenmüssens befreit“ (a. a. O., S. 49). Seine Beobachtungen, die „etwas tiefer in das psychophysische Gewirr eines solchen Krankseins“ (a. a. O., S. 150) führen, zeigen ihm auch deutlich, „daß der Mensch ein Recht auf Krankheit behalten muß, wenn er unter der Last unbewußten Schuldgefühls und eines entsprechenden Strafbedürfnisses sich nicht selbst zum Tode verurteilen soll“ (ebd.). Entscheidend ist für ihn dabei sowohl die Ambivalenzspannung zwischen Ich und Über-Ich, als auch jene zwischen Ich und Objekt.

Simmel war bestrebt, die Triebtheorie mit objektpsychologischen Überlegungen zu verbinden, in Anlehnung an Abraham postulierte er eine früheste postnatale „intestinale Libido“. Diese stellte das Primat der gesamten prägenitalen Libido-Organisation dar, bis zur Ablösung durch das Genital-Primat. Die Todestriebhypothese modifizierte er durch einen Selbsterhaltungstrieb. Orale und anale Libido, einstmals von Freud eingeführt, betrachtete er als Abkömmlinge der intestinalen Libido, „da sie sich erst unter dem Zwang der Objektfindung an den der Umwelt zugewandten Endteilen des Intestinums zur oralen und analen Zone“ (Hermanns und Schultz-Venrath 1993, S. 14) differenziert. Er ging von der Entwicklung innerer Objekte aus, die sich durch Introjektion oder eine phantasierte Inkorporation eines (Partial)Objektes etablierten und bei einem pathologischen Verlauf eine Fixierungsstelle für spätere Erkrankungen darstellten. Diese Überlegungen hatten auch bei Abraham schon eine Rolle gespielt, den Durchbruch fanden sie letztlich durch Melanie Klein (vgl. ebd.). „In der Gesundheit befinden sich sämtliche Organe wie das Kind im Mutterleib im Zustande des Libidogleichgewichts“ schrieb er bereits 1924, „das heißt im Zustande der Unbewußtheit. An einem Organ krank werden, heißt letzten Endes, desselben sich infolge seines erhöhten Libido-(Blut-)anspruchs bewußt zu werden“ (Simmel 1924, S. 49). Simmels starkes Interesse an objektpsychologischen Themen stand sicher auch im Zusammenhang mit seiner intensiven Auseinandersetzung mit den Kriegsneurosen.

Seine Schriften zum Antisemitismus bezeichnen Brunner et al. als „die wohl spannendsten Überlegungen dieser Generation zum Verhältnis von individuellen Konflikten und Massendynamiken“ (2012, S. 24). Sowohl Brunner et al. als auch Pohl zeigen auf, dass Simmels Schriften zwar unter einem biologisierten Triebverständnis litten. Zentral für Simmels theoretischen Ansatz sind „kannibalistische“ Verschlingungstribe die gesellschaftliche

gebändigt werden müssen (Brunner et al. 2012, S. 24 mit Verweis auf Simmel 1944b), er dabei jedoch äußerst dynamisch darauf hinweist, „wie die Teilhabe an kollektiv ‚normalisierten‘ Wahnvorstellungen wie Nationalismus und Antisemitismus der Wiederherstellung eines durch soziale Ängste zerrütteten individuellen seelischen Gleichgewichts dienen“ (Brunner et al. 2012, S. 24; vgl. auch Pohl 2000).

Simmels Auseinandersetzung mit den Kriegsneurosen des Ersten Weltkrieges (Simmel 1919; 1944a) ist hier ebenfalls hervorzuheben, unter anderem da hier eine Einbettung in gewissem Sinne psychosomatischer Phänomene in die Extrembedingungen des Krieges stattfindet. 1914 meldete Simmel sich, in Gesellschaft zahlreicher Linksintellektueller, Ärzte und Psychoanalytiker, freiwillig zum Kriegsdienst. Diese Laufbahn begann als Militärarzt, mit Zwischenstationen endete sie 1917 als königlich-preußischer Oberarzt und Vorsteher eines Festungslazarets für Kriegsneurotiker in Posen (vgl. zu Simmels Biographie Hermanns und Schultz-Venrath 1993; Staar 2016). Diese Arbeit mit Kriegsneurotikern sollte bestimmend werden für Simmels psychoanalytischen Weg. In Posen führte er autodidaktisch erfolgreich psychoanalytische Prinzipien ein, das Behandlungsspektrum war zuvor von der *Kaufmann-Kur* beherrscht gewesen, ein Verfahren, das mit schmerzhafter Stromanwendung arbeitet. Simmel tat das für ihn naheliegende und erforschte die „Freudsche Lehre vom Psychischen Trauma“ als Ursache für die typischen Symptome dieser „traumatischen Neurosen“, die vorübergehend oder dauerhaft auftreten können. Es fand sich ein breites Spektrum an Krankheitsmerkmalen, die klassischen Psychoneurosen ähneln, aber auch an psychosomatische Symptome und schwere psychiatrische Krankheitsbilder erinnert: Lähmungen, Stottern, Anfälle aller Art, Schüttellähmung, Blind- und Taubheitsphänomene, Angstzustände bis zu schweren Depressionen, schwerste Schlafstörungen, diffuse (bis zum Amok steigere) Wut- und Hassausbrüche, epileptoide Krampfanfälle und das zu trauriger Berühmtheit gelangte Zittern dieser „Kriegszitterer“, das mitunter jahrzehntelang anhielt (Pohl 2000, S. 235ff.). Die Betroffenen füllten ganze Lager, nach gängiger psychiatrischer Lehrmeinung galten Nerven- und Geisteskrankheiten als Gehirnerkrankungen, was zu einer Interpretation der Symptome als Folge äußerer, mechanischer Einflüsse auf Gehirn und Nervenbahnen führte (bspw. Explosionen in unmittelbarer Nähe – ‚Granatschock‘ –, Vergiftung nach Gasangriffen, Unterbrechung der Sauerstoffzufuhr nach Verschüttung). Die bevorzugten Behandlungsmethoden waren entsprechend mechanisch ausgerichtet, jene Kaufmann-Kur, entwickelt zur Behandlung hysterischer Lähmungserscheinungen, war vorherrschendes therapeutisches Verfahren: „Das gelähmte Glied wird mit starken, schmerzhaften faradischen Strömen bearbeitet, dem Patienten gleichzeitig deutlich gesagt, daß er für einen Simulanten gehalten wird und ihm in scharfem Ton befohlen, das gelähmte Glied zu bewegen“ (Peters 1984, S. 295, zit. in Pohl 2000, S. 237). Simmel betonte die „Verwerflichkeit aller Gewalt- und Beeinträchtigungsmethoden“, hatte aber auch gegen die „reine Suggestivbehandlung in Form der Hypnose“ schwere Bedenken, „sofern sie als leere Technik am Kriegsneurotiker verübt wird“ (Simmel 1919, S. 21). Eine Symptombehebung, die die übrige psychische Konstellation

des Erkrankten nicht berücksichtigt, führte seiner Erfahrung nach zu einer Verschiebung des Symptoms, sie „erzielt meist gleichzeitig eine beträchtliche Allgemeinschädigung mit starken subjektiven Beschwerden wie Kopfschmerzen, Kopfdruck, Schlaflosigkeit, Abnahme der intellektuellen Fähigkeiten, sexueller Impotenz u.a.“ (ebd.). Der Vorwurf der Simulation (um möglichst mit materiellem Gewinn im Sinne von Entschädigungszahlungen aus dem Krieg herauszukommen) war auch die zugrundeliegende Annahme der einzigen zugelassenen psychologischen Therapieelemente, die aus scharfen geistigen Übungen und Suggestivmaßnahmen bestanden und hervorragend zu ihrem militärischen Anwendungsrahmen passten (vgl. a. a. O., S. 235ff.). Diese als Therapie deklarierten Foltermethoden hatten keine heilenden Effekte, sie wirkten, so Simmel rückblickend, vielmehr „auf das Ich des Soldaten wie die Fortsetzung des Kriegstraumas“ (Simmel 1944a, S. 210). „Ganz im Sinne der menschenverachtenden militärischen Logik“, so fasst Pohl zusammen,

„die das Ich des Einzelnen bricht, und damit die eigentliche Ursache der Kriegsneurosen darstellt, galt den Ärzten das Resultat ihrer eigenen Unfähigkeit nur als Bestätigung ihrer Simulationsthese. Ihr Hauptdefizit bestand nicht nur in der naturwissenschaftlich-medizinischen Borniertheit ihrer Verfahren, sondern mehr noch in der damit einhergehenden Unfähigkeit, die traumatisierenden Wirkungen von Militär und Kriegsgeschehen grundsätzlich nachzuvollziehen“ (Pohl 2000, S. 237).

Simmel erkannte die Militärdisziplin als eine der Hauptursachen für die traumatischen Zusammenbrüche der Soldaten, in der Erzeugung eines bis in den Tod gruppenloyalen, autoritätsgebundenen und kampfbereiten ‚Militär-Ichs‘ zerstörte dieses systematisch die ‚zivilen‘ Ich-Strukturen der Militärangehörigen und damit ebenso bereits entwickelte Angstbewältigungsmechanismen. Diese Fragen nach Bedrohungen des Individuums durch mit Führern organisierte Massen auf physischer und psychischer Ebene nehmen noch vor Freuds Massenpsychologie einen wichtigen Platz ein in den psychoanalytischen und psychosomatischen Arbeiten Simmels (vgl. a. a. O., S. 237f.). Mit der Erkenntnis dieses Kriegszittern als einem psychosomatischen Phänomen, dass ohne die (in diesem Fall militärische) Sozialisation weder zu begreifen, noch erfolgreich zu behandeln ist, zeigte er an diesem speziellen Punkt die Wurzeln des individuellen Leids in den gesellschaftlichen Bedingungen (den Extrembedingungen des Ersten Weltkrieges) in beeindruckender Schärfe. In seiner weiteren Arbeit behandelte er auch weitere, auf der Erscheinungsebene organische; Erkrankungen mit psychoanalytischen Ansätzen, wobei er auch hypnotische Elemente nutzte. Simmels Engagement für eine psychoanalytisch orientierte psychosomatische Medizin erstreckte sich darüber hinaus auch auf die ersten Versuche der Institutionalisierung psychoanalytischer Psychosomatik, dem *Sanatorium Schloss Tegel* (siehe Abschnitt 5.3.3).

3.4 Diskussion: Einverleibung der Seele und Öffnung zur Welt

Eine wirkliche ärztliche Behandlung kann sich nur auf der Pathogenese einer Krankheit aufbauen. Die Psycho-Pathogenese der Kriegsneurose, an deren psychischem Ursprung ja kein Einsichtiger mehr zweifelt, kann selbstverständlich nur durch die Psychoanalyse aufgeheilt werden...

Simmel 1919, S. 21

Diese frühen psychoanalytisch-psychosomatischen Modelle haben eine entscheidende Gemeinsamkeit: Über unbewusste Prozesse finden ‚Einschreibungen‘ in den Körper statt, der somit zum Ausdrucksfeld unbewusster Konflikte wird. Da ‚Tribschicksale‘ immer ‚Lebensschicksale‘ sind, wird die Erkrankung so zum spezifischen Ausdruck einer kulturell geprägten und von gesellschaftlichen Verhältnissen bestimmten menschlichen Existenz. Die praktisch-therapeutische Konsequenz ist die notwendige Befreiung von innerlich gewordenem äußerem Druck, die Bearbeitung des Konfliktes. Für diesen Weg ist die Empathie der_ des Behandelnden von entscheidender Bedeutung. Zudem gibt es keine klare Grenze, wo ‚somatische‘ Erkrankung aufhört und die ‚psychosomatische‘ Erkrankung beginnt. Hier sind Mechanismen am Werk, die sich auch bei ‚Gesunden‘ finden lassen, jede Erkrankung hat auch psychosomatische Anteile. An einer solch ‚unwissenschaftlichen‘ Herangehensweise musste sich die mittlerweile akademisierte Medizin stoßen. Schwer auszublenden war allerdings der Umstand, dass sich gerade an jenen Phänomenen, denen diese vernaturwissenschaftlichte Medizin ratlos gegenüberstand, die Erfolge einer solchen Psychosomatik eindringlich zeigten. Freuds Hysterie-Studien können dabei als eine Art ‚psychosomatische Urerkrankung‘ gelesen werden. Freuds Erklärungsansätze der Hysterie waren ja in spezieller Form zeitlich und kulturell bedingt. Dass es seit dem Ende des 19. Jahrhunderts zu „einem Paradigmenwechsel von einer ‚neurologischen‘ zu einer ‚psychodynamischen‘ Theorie kommen konnte“ (Gödde 2013b, S. 92) war in erster Linie ihm zu verdanken, wobei nicht vergessen werden sollte, dass zuvor auch Stromstöße beliebte Behandlungsmethode waren. Es gibt wohl wenige Erkrankungen, in denen sich der Konflikt so eindrücklich symbolhaft niederschlägt, wie in dieser konvertierten Form. Auch und besonders unter einem geschlechtertheoretischen Fokus gewinnt bereits hier an Schärfe, wie eine solche Analyse zunächst individueller Schicksale Rückschlüsse zu liefern vermag über die (Macht-) Verhältnisse einer Epoche. Über die ‚Dechiffrierung‘ der hysterischen Konversion wird eine Benachteiligung der Frau offenbar, deren soziale Lage nur diese Form der Körpersprache zulässt. Der Zusammenhang von Unbewusstem und gesellschaftlichem Zwang ist unter solchen psychoanalytischen Vorzeichen unverkennbar, während er einer empirisch-analytischen Medizin beinahe zwangsläufig verborgen bleiben muss. Diese Form der Symptombildung über einen Konversionsmechanismus ist ja keine spezifisch weibliche im biologischen Sinne oder solcherart definiert. Es zeigte sich vielmehr eine in der historischen Situation wurzelnde spezielle Kombination aus Wunsch und Verbot, die einen großen Anteil am Leiden dieser ‚Hysterikerinnen‘ hatte: Die Unterdrückung von Weiblichkeit durch (verinnerlichte) kulturelle

Zwänge auf mehreren Ebenen, wobei diese von Freud selbst allerdings nicht systematisch reflektiert wurde. In den letzten Jahrzehnten ist die Hysterie als diagnostische Kategorie allerdings immer wieder in Zweifel gezogen und letztlich aus den großen Klassifikationssystemen (ICD und DSM) verdrängt worden. Differentialdiagnostisch wären die klinischen Bilder heute „zum Teil als borderline- oder auch psychoseverdächtig“ (Mentzos 1991, S. 15) eingeordnet worden (vgl. auch Gödde 2013, S. 92; speziell zur Hysterie in der deskriptiven psychiatrischen Diagnostik Mentzos 2015, S. 93f.), was nicht bedeutet, dass die Konfliktkonstellationen verschwunden wären. So wie Freuds Analysand_innen über den Konversionsmechanismus historisch spezifische Konfliktkonstellationen zum Ausdruck brachten, so können psychosomatische Phänomene zu jeder Zeit als Hinweis auf unerträgliche Lebensverhältnisse gelten. Gödde formuliert dies in einer Betrachtung der Rezeptionsgeschichte der Hysterie deutlich: „Dennoch wird es immer wieder zu Metamorphosen dieses ‚Paradiesvogels‘ [der Hysterie] kommen, weil die jeweiligen Symbolisierungen keine konstante und überindividuelle Bedeutung haben, sondern stets von neuem als subjektive Botschaften innerhalb eines bestimmten sozialen, politischen und historischen Kontextes interpretiert werden müssen“ (Gödde 2013, S. 93). So tragen auch die Abwandlungen des Konversionsmodells stets Potenzial (und in gewisser Perspektive auch Notwendigkeit) in sich, die gesellschaftlichen Bedingungen zu beleuchten, die ausschlaggebend sind für den jeweiligen (Trieb-)Konflikt (zwischen Wunsch und Verbot).

An Freud anknüpfend wurde diese Verbindung zwischen Leiblichem und Seelischem auch über den von ihm beschriebenen Mechanismus der Konversion hinaus verfolgt. Zudem wurden weiterhin Mechanismen beschrieben, die sich sowohl bei Gesunden als auch bei Erkrankten finden, was eine Trennung in psychosomatische und dementsprechend nicht-psychosomatische Erkrankungen als gekünstelt erscheinen lässt. Damit stellte Freud das dichotome Denken, Körper und Seele als zwei vollkommen getrennte Bereiche zu betrachten, grundlegend in Frage: „Das Unbewusste“, so formuliert Quindeau es, „hebt den Dualismus von Körper und Seele auf. Das feine Zusammenwirken von körperlichen und psychischen Vorgängen lässt sich anschaulich an der Entstehung der psychischen Struktur, dessen Kern das Unbewusste ist, und des Körpers zeigen, die beide auf einer sozialen, inter-subjektiven Matrix gebildet werden“ (Quindeau 2008, S. 17). Grundlegend ist die Vorstellung, „dass das, was jemand erlebt und was ihm oder ihr widerfährt, einen Niederschlag hinterlässt, der auf bestimmte Weise in die psychische Struktur und in den Körper eingeschrieben wird. [...]. Erinnerungen [...] stellen komplexe Konstruktionsleistungen dar“ (a. a. O., S. 17f.). Als Schlüsselkonzept verweist sie auf den zentralen Modus der Einschreibung. Die Spuren des Erlebten werden auf verschiedene Weise verarbeitet – hier setzt Alfred Lorenzers Theorie der Interaktionsformen an, auf die in Abschnitt 4.11 dieser Arbeit näher eingegangen wird. Das „Konzept von unbewusster Erinnerung [lässt sich somit] dazu nutzen, die Bedingungen und Mechanismen näher zu beschreiben, wie die Niederschläge von realen Interaktionserfahrungen den Körper bilden“ (Quindeau 2004, S. 223). Die Erinnerungen auch frühester Interaktionsformen werden bereits

in den Körper *eingeschrieben*. Wenn auch mit anderer Wortwahl, so gehen schon die frühen psychosomatischen Modelle in direktem Bezug zu Freud von einer Einschreibung in den Körper aus.

Wenn bei Ferenczi der Körper bereits zum „Ort symbolischer Mitteilungen an die Objekte“ (Plab 2016, S. 16) wird und er das Kind somit von vornherein als in eine Objektwelt eingebettet betrachtet, so ist menschliche Entwicklung hier zugleich keinesfalls losgelöst vom Gesellschaftlichen zu begreifen. Die „phantastische[n] Materialisationsvorgänge“, die Ferenczi „auch beim Nichtneurotischen“ (Ferenczi 1919, S. 146) ausmacht, unterstreichen die ‚Normalität‘ psychosomatischer Erkrankung und Simmel betrachtet den Körper als „das Instrument der Seele, auf dem sie ihr Unbewußtes in plastischem und mimischem Ausdruck in Erscheinung treten läßt“ (Simmel 1919, S. 22). Den Mechanismen, die an der Entstehung von Krankheit beteiligt sind, unterliegen auch gemeinhin als gesund geltende Subjekte. So lässt sich beispielsweise auch bei Deutsch über das Modell des Konversionsstroms und die Betrachtung des Körpers als Libidostapelplatz der soziale oder gesellschaftliche Aspekt mitdenken, wenn er auch explizit keine nennenswerte Rolle spielt. Es ließe sich ja durchaus die Frage stellen, welche äußeren Bedingungen den Fluss jenes Konversionsstroms mitbestimmen. Das Neue an Deutschs Modell ist, dass es bezogen auf die Konversion zum ersten Mal eine in sich geschlossene (wenn auch teils spekulative) monistische Erklärung des Leib-Seele-Problems abgibt. Möhle sieht Deutsch daher als Vorläufer moderner holistisch-psychosomatischer Modelle – er führt als Beispiel Thure von Uexkülls Situationskreis-Konzept an. Ein direkter geistesgeschichtlicher Zusammenhang ist allerdings nicht zu finden (vgl. Möhle 2010, S. 59), zudem ist Deutschs Vorstellung von ‚Psyche‘ ausdifferenzierter und dynamischer als im Situationskreis-Konzept. Das Subjekt begreift Deutsch als ein Konflikthafes und Angst spielt bei ihm eine zentrale Rolle: „Jede Krankheit ist eine Angstkrankheit oder: ein Mensch bleibt krank, weil er seine Angst nicht loswerden kann. Daher heißt gesund sein, angstfrei zu sein“ (Deutsch 1926, S. 501, zit. in Möhle 2010, S. 63). Diese Bedeutung der Angst lässt sich, auf den konkreten Fall übertragen, nur sinnvoll entschlüsseln, werden die gesellschaftlichen Kräfte, die Ängste verursachen oder schüren, mit in die Überlegungen einbezogen ebenso wie die individuelle Lebenssituation.

Vegetatives Nervensystem und Hormonhaushalt als Vermittler für den Einfluss des Trieblebens auf den Körper zu begreifen erscheint eine sehr moderne Einschätzung zu sein. Wenn seelische Einflüsse das vegetative Nervensystem und somit jedes Organ stören und damit langfristig einen Schaden am Organ verursachen können, so findet sich hier eine, wohl auch pragmatisch, sehr ausdifferenzierte dualistische Auffassung psychosomatischer Phänomene, während Groddeck eher eine holistische Auffassung vertritt. Auch für Fenichel trifft in letzter Konsequenz das Wort psychosomatisch auf alle Krankheitsgruppen des von ihm beschriebenen Spektrums zu. Er übernimmt das Konversionskonzept, was gekoppelt mit dem Gedanken, dass auch der Körper Ort des Affektausdrucks bei Abwehr des jeweiligen Inhalts

sein kann, Denkmöglichkeiten über das ‚klassische‘ Konversionskonzept hinaus öffnet. Frühe äußere Einflüsse können sich nun, vermittelt über die Psyche, körperlich äußern oder zumindest eine Disposition für spätere körperliche Äußerungen bilden. Simmel verweist explizit auf die ‚Kühnheit‘ solcher und ähnlicher Behauptungen und zieht seine Schlussfolgerungen aus der klinischen Beobachtung, was auf die entscheidende Rolle des Blickwinkels auf jegliche Form von psychosomatischen Phänomenen verweist – ohne eine solche Perspektive müssen die möglichen Zusammenhänge der dem Betrachter_in entgehen. „Als Psychoanalytiker“, so schreibt er, „können wir uns eine ungefähre Vorstellung davon machen, wie hier die von der *äußeren Motorik* durch den Einspruch des Gewissens *abgesperrte* libidinöse und gleichzeitig destruktive Energie durch Vermittlung der vegetativen Zentren in die *innere Motilität* überfließt und so den lebensbedrohlichen Organ-Angiospasmus erzeugt“ (Simmel 1931, S. 147). Eine solche ungefähre Vorstellung kann nur dann Form annehmen, wenn der Blick für solche möglichen Zusammenhänge, stets in ihrer individuellen Kombination, offen ist.

Neben diesen, meist durch die Praxis gewonnenen, konzeptuellen Überlegungen sind auch Veränderungen im therapeutischen Setting zu erwähnen. Die Meinung, dass das zu analysierende Material nicht auf den sprachlichen Inhalt beschränkt bleiben dürfe, teilten Reich, Ferenczi und Fenichel. Das nonverbale Verhalten, wie Mimik, Kleidung, Körperhaltung, verdiene mehr Aufmerksamkeit als gemeinhin üblich. Reichs *Muskelpanzer* und dessen Bearbeitung auch auf der körperlichen Ebene unterstreichen dies. Über diese konkreten behandlingstechnischen Fragen hinaus setzte besonders Simmel viel daran, die psychoanalytische Behandlung auch einer weniger privilegierten Klientel zugänglich zu machen. Zusammenfassend lässt sich hier festhalten, dass es in direkter Freudnachfolge vielfältige Versuche gab, diese Kluft zwischen Leiblichem und Seelischem unter psychoanalytischen Vorzeichen zu überbrücken. Es geht stets um eine Einschreibung von Erlebnissen in die psychische Struktur und den Körper, was dem medizinischen Paradigma (nicht nur) des frühen 20. Jahrhunderts absolut nicht entsprach. Vegetatives Nervensystem und Hormonhaushalt wurden bereits zu Zeiten der Weimarer Republik als ‚Vermittler‘ betrachtet, womit eine dualistische Herangehensweise erhalten bleibt, abgesehen von Groddecks tendenziell holistischen Ansichten. Dieser Dualismus bekommt mit der Psychoanalyse aber eine gänzlich neue Färbung, sie eröffnet die Möglichkeit, in allen Erkrankungen auch die Lebensgeschichte des Menschen eingebettet in die jeweiligen gesellschaftlichen Verhältnisse am Werk zu sehen. Von diesem Erkenntnisschatz wurde allerdings in den folgenden Jahrzehnten wenig Notiz genommen, wie Alexander Mitscherlich 1970 scharf formuliert:

„Als Erkenntnisschritt ist [die psychosomatische Medizin] seit einem dreiviertel Jahrhundert gegeben, sie verfügt über einen nicht unbeträchtlichen Erfahrungsschatz. Wenn man von ihm wenig Notiz nimmt, so ist das ungefähr so zu bewerten, wie man seinerzeit auch von den

Konzentrationslagern ‚nichts wusste‘. Nur durch unbewußt gesteuerte Verdrängungsvorgänge konnte sich die Lage so zuspitzen, wie es geschehen ist“ (Mitscherlich 1970, S. 593).

Zunächst wurde dieser ‚Erkenntnisschritt‘ der Psychosomatik, diese erste ‚Phase‘, allerdings radikal durch den Nationalsozialismus beendet.

3.5 Psychoanalyse, Psychosomatik und der Zweite Weltkrieg

Jede Wissenschaft ist im Dienste jedes Wertes, jedes Klasseninteresses verwendbar, es ist dazu nur nötig, sie an diesem oder jenem Punkt ihrer Wissenschaftlichkeit zu berauben. Irgendeine politische oder metaphysische Weltanschauung folgt aus der Psychoanalyse notwendigerweise nicht.

Bernfeld 1970, S. 55

Der Nationalsozialismus beendete diese kreative und sowohl in der Theorie als auch in der Praxis schillernde erste Phase psychosomatischer Theoriebildung im deutschsprachigen Raum auf allen entscheidenden Ebenen: institutionell, ideengeschichtlich und persönlich. Nicht zu trennen vom Schicksal der Psychoanalyse hatten auch für die sich gerade entwickelnde Psychosomatik zunächst die nationalsozialistische Machtübernahme 1933 und dann der Einmarsch in Österreich 1938 die bekannten erbarmungslosen Folgen: Auflösung oder Übernahme der Institutionen, Emigration der Akteure oder deren Ermordung. Bis auf Sandor Ferenczi, bereits 1933 an seiner perniziösen Anämie verstorben, emigrierten alle hier genannten jüdischen Psychoanalytiker vom europäischen Kontinent, auch der schwer kranke Freud wich schließlich nach London aus. Die erzwungene Emigration hatte somit vor allem eine Verlagerung des psychoanalytischen Zentrums in den englischen Sprachraum, speziell in die USA, zur Folge. Damit wurde das europäische Netzwerk der Psychoanalyse gesprengt, in dessen „Umfeld ein so reicher Schatz an Ideen und Konzepten gereift war“ (Möhle 2010, S. 81). Zudem stand mit solch einem erzwungenen Neubeginn in den USA das berufliche Überleben im Vordergrund, was automatisch weniger Platz für theoriebildende Arbeiten bedeutete. Dieses berufliche Überleben musste in einem politischen Klima stattfinden, das dem progressiven, linken Umfeld der Analytiker_innen in Europa geradezu gegensätzlich war und den eigenen Rechtsstatus wollte niemand gefährden. So bedeuteten „die Entschärfung des Engagements und ein gewisser Opportunismus für die Emigrierten eine hingenommene Notwendigkeit“ (ebd., genauer zu Einzelschicksalen S. 80ff. und S. 127ff.). Der kritische Geist verflüchtigte sich, im Aufbau neuer Institute und umfassender Lehrtätigkeit sorgte der über den Atlantik strömende Aderlass der mitteleuropäischen Psychoanalyse allerdings für einen enormen Entwicklungsschub der Psychoanalyse in den USA. Diese US-amerikanische Psychoanalyse wurde zu einer medizinischen Spezialdisziplin, die gesellschaftskritischen Züge gingen im Zuge der Professionalisierung verloren. Der prekäre Rechtsstatus der Emigrant_innen, die Ungewissheiten dieses Exils, das Ressentiment gegenüber dem Marxismus und der wachsende Einfluss der sogenannten Neofreudianer (vgl. hierzu Jacoby 1985, insbes. S. 125ff.) trugen dazu bei, „die Psychoanalyse zu domestizieren, ihre kritische

Phantasie stillzulegen“ (Jacoby 1985, S. 33). Während also das Zentrum psychoanalytischer Theoriebildung durch den Nationalsozialismus in die USA verlagert wurde, entwickelte sich die Psychoanalyse zunehmend zur medizinischen Spezialdisziplin. Der Nachwuchs wurde auf Mediziner_innen beschränkt und dieser von Freud abgelehnte Ausschluss von Laien zur psychoanalytischen Ausbildung beschleunigte diese Professionalisierung. Sozialpsychologische Fragestellungen traten in den Hintergrund, eine interdisziplinäre Sozialpsychologie hatte keine Chance auf institutionelle Etablierung. Parin und Parin-Matthèy zeichnen nach, wie sich ein ‚medizinisches‘ Denken der Psychoanalyse von innen bemächtigt hat und die Orientierung an normierten Krankheitsbildern und Diagnoseschemata ihr emanzipatorisches Potenzial nachhaltig beschneidet, sie bezeichnen das Resultat als einen *Medicozentrismus* (vgl. Parin und Parin-Matthèy 1986). Fenichel verstarb 1946, Simmel 1947. Damit „verlor die amerikanische Psychoanalyse die letzten Vertreter einer gesellschaftskritischen Psychoanalyse“ (Cremerius 2006, S. 136). Diese zunächst US-amerikanische Entwicklung sollte auch für die Entwicklungen in Europa nach dem Zweiten Weltkrieg Einfluss entfalten, zunächst wurde die im nationalsozialistischen Deutschland verbliebene Psychoanalyse auf andere Art angepasst. Sie wurde als ‚deutsche Seelenheilkunde‘ in das NS-Gesundheitssystem eingegliedert (vgl. Brunner et al. 2012, S. 29). Der Rückzug der Psychoanalyse auf das rein Klinische war im nationalsozialistischen Deutschland Überlebensstrategie, Simonelli benennt das Resultat als das paradoxe Ergebnis der Selbstaufgabe zum Zwecke des Überlebens (vgl. Simonelli 2015a, S. 10; Lockot 1994, 2002). So lässt die Rolle der Psychoanalyse im Nationalsozialismus sich nicht ausschließlich auf die eines Opfers reduzieren. Vor allem die in Deutschland verbliebenen Psychoanalytiker_innen waren „auch Mittäter, schweigende und beschönigende Zeugen und Opponenten des Faschismus“ (Peglau 2013, S. 501). Therapeutische Zielsetzungen wurden vom nationalsozialistischen Apparat vorgegeben, die Herstellung der ‚Wehrtüchtigkeit‘ beispielsweise musste zum Verlust des gesellschaftskritischen Potenzials der Psychoanalyse führen und diese durch die „Suspendierung politischer und moralischer Urteile“ verunmöglichen (Schneider 1993, S. 761). Im Juni 1936 wurde das *Deutsche Institut für psychologische Forschung und Psychotherapie* (DIPFP) unter der Leitung von M. H. Göring gegründet, später oft als Göring-Institut bezeichnet, an dem eben jene Suspendierung größtenteils stattfand. Regine Lockot hat diese Geschichte aufgearbeitet und auch Andreas Peglau zeichnet, so detailliert es die Quellen zulassen, diese Entwicklung nach (vgl. Lockot 2002; Peglau 2013). Die DPG hatte ihren Mitgliedern bereits 1934 verboten, Menschen zu behandeln, die in ‚hochverräterische‘ Aktivitäten verwickelt, also beispielsweise Kommunisten waren (da diese den Analytiker_innen Dinge hätten mitteilen können, welche angezeigt hätten werden müssen). Wirkliches freies Assoziieren wurde damit verunmöglicht, ebenso freies therapeutisches Handeln, was jede wissenschaftliche Arbeit beeinflussen muss, die auf Auswertung einer solchen Behandlung basierte. Am DIPFP kamen Anforderungen wie beispielsweise archivierbare Aufzeichnungen über die Patient_innen hinzu, falls Behörden

oder andere Stellen Anfragen hätten (vgl. Peglau 2013, S. 438ff.). Die Vorstellungen M. H. Görings zur Integration der zum allgemeinen Ärgernis ‚jüdischen‘ Psychoanalyse relativieren dieses ‚Problem‘ im Übrigen bemerkenswert, wie Peglau zeigt. Es komme nicht darauf an, „ob auch in der Psychotherapie die nationalsozialistische Idee zu finden sei“, entscheidend sei „ob die Psychotherapie der nationalsozialistischen Idee dienstbar gemacht werden könne“. Da „leider niemand vor Freud die Erkenntnisse des Unbewußten praktisch verwertet“ hätte, sei nun mal seine Methode „Allgemeingut der Psychotherapeuten geworden. Viel wichtiger als die Methode ist aber die Weltanschauung.“ Solange dem Nationalsozialismus dienlich, war eine Anknüpfung an Sigmund Freud somit durchaus zu rechtfertigen. Die Weltanschauung begann für M. H. Göring, „sobald wir nach dem Inhalt des Unbewußten fragen,“ wo es zu lernen gelte, „arische“ und jüdische Inhalte zu unterscheiden (Göring 1936, zit. in Peglau 2013, S. 442). C. G. Jung, seit März 1933 prominenter Vorsitzender der *Allgemeinen Ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie*¹¹ (AÄGP), vertrat eine ähnliche Auffassung. In einem Aufsatz „Zur gegenwärtigen Lage der Psychotherapie“ unterscheidet er zwischen einem ‚arischen‘ und dem jüdischen kollektiven Unbewussten:

„Die jüdische Rasse als Ganzes besitzt darum nach meiner Erfahrung ein Unbewußtes, das sich mit dem arischen nur bedingt vergleichen läßt. [...]. Meines Erachtens ist es ein schwerer Fehler der bisherigen medizinischen Psychologie gewesen, daß sie jüdische Kategorien [...] unbesehen auf den christlichen Germanen oder Slawen verwandte. Damit hat sie nämlich das kostbarste Geheimnis des germanischen Menschen, seinen schöpferisch ahnungsvollen Seelengrund als kindlich-banalen Sumpf erklärt, während meine warnende Stimme durch Jahrzehnte des Antisemitismus verdächtigt wurde“ (zit. in Evers 1987, S. 141).

Seit 1936 fungierten Jung und M. H. Göring gemeinsam als Herausgeber des *Zentralblattes für Psychotherapie*, zuvor war Jung alleiniger Herausgeber. „Man verfüge also,“ so resümiert Peglau in Bezug auf M. H. Görings Äußerungen, „über ein rein ‚arisches‘ Unbewusstes, für dessen Heilung man notgedrungen auf die Methode zurückgreifen müsse, die der Jude Freud zuerst gefunden hatte“ (Peglau 2013, S. 442). Auch die Mitglieder der DPG am DIPFP sind sowohl strukturell als auch persönlich an diversen Stellen verstrickt sowohl in Zuarbeiten zur ‚Eugenik‘ als auch in Programme zur psychologischen Kriegsführung, Ausbildung von Militärpsychologen und Behandlung von Soldaten, die an Massensexekutionen teilgenommen hatten. So arbeitete Schultz-Hencke beispielsweise über *Fragen der Anwendung der Tiefenpsychologie innerhalb der Wehrpsychologie* und Boehm beteiligte sich Ende 1944 an der Erarbeitung von Vorschlägen zur *Begutachtung von Strafsachen wegen widernatürlicher Unzucht*, hier wurden homosexuelle Soldaten Verbrechern gleichgesetzt (a. a. O., S. 451). „Die kulturkritische Grundtendenz, der wissenschaftstheoretische Status und der politische Gehalt

¹¹ In dieser 1928 gegründeten psychotherapeutischen Berufsvereinigung waren Psychotherapeut_innen und Psychiater_innen unterschiedlicher Richtungen versammelt, darunter auch die Jungianer (vgl. Evers 1987, S. 130).

der freudschen Therapeutik“ (Dahmer 2013, S. 13) wurde somit gegen Ende der Weimarer Republik problematisch. Wurde therapeutisch der Antiautoritarismus der „freien Assoziation“ ernst genommen – im Sinne eines „Abbaus“ des Über-Ichs nach Ferenczi – und wollten freudianische Therapeut_innen diesem auch noch über die Couch hinaus Gehör verschaffen und damit den politischen Status quo angreifen, dann drohte Isolation und Ausschluss wie im Falle Wilhelm Reichs (ebd.). So profitierte das NS-System durchaus von diversen Freudschen Erkenntnissen, was letztlich möglich wurde durch die „Auflösung des Zusammenhangs von Kulturreform, Metapsychologie und Therapie“ (ebd.), womit sich die psychoanalytische ‚Technik‘ isolieren ließ. Auch für die Institutionalisierungsbestrebungen der Psychoanalyse nach Kriegsende (siehe Abschnitt 5) lässt sich nicht von einer ‚Stunde 0‘ sprechen. Es war nicht die Psychoanalyse in ihrer Gesamtheit, die vom Nationalsozialismus verfolgt wurde, das therapeutische Wissen wurde vielmehr pragmatisch für die Zwecke des Nationalsozialismus nutzbar gemacht. Konsequente Unterdrückung fand nur bezogen auf einen recht kleinen Teil der Psychoanalyse statt, gegen ihre offene gesellschaftskritische, ‚linke‘ Ausrichtung. Peglau hat dies detailliert aufgearbeitet. Indiz dafür ist schon, dass neben den Werken von Sigmund Freud für nur drei weitere Analytiker_innen Hinweise für Bücherverbrennungen vorliegen; Anna Freud, Siegfried Bernfeld und Wilhelm Reich. Ein Kompletterbot psychoanalytischer Literatur war nie geplant (zumindest ist darüber nichts bekannt) und hat nie stattgefunden. Jene Psychoanalytiker_innen, die Opfer des Nationalsozialismus wurden, wurden dies primär aufgrund ihrer jüdischen Herkunft. Wilhelm Reich war der einzige seiner Zunft, der wegen seines politischen Engagements 1933 aus Preußen ausgewiesen und 1939 ausgebürgert wurde (vgl. a. a. O., S. 501ff.). Da die noch junge Psychosomatik in dieser Phase nicht zu trennen war von der Psychoanalyse gilt dies auch für die Psychosomatische Medizin, die sich erst nach dem Zweiten Weltkrieg im institutionalisierten ‚Gesundheitssystem‘ der Bundesrepublik niederschlagen sollte. Das Wirken und die Werke der hier dargestellten Protagonisten einer psychoanalytischen Psychosomatik gerieten jedenfalls, wie die vieler anderer, in Deutschland in Vergessenheit, eben weil mit Vertreibung und Ermordung der überwiegend jüdischen Reformer deren Wissen ignoriert, verleugnet oder vernichtet wurde.

Um die psychosomatische Medizin wurde es jedoch nicht still, auch sie passte sich an. Nach Schultz-Venrath und Hermanns nahm die Zahl der psychosomatischen Publikationen in den wichtigsten Zeitschriften nicht ab, „eine andere – dem nationalsozialistischen Zeitgeist verbundene – nicht-analytische Ganzheitsmedizin kam zum Zuge, die dem integrativen psychosomatischen Konzept, wie es heute mancherorts vertreten wird, viel näher steht, als es dem einen oder anderen recht ist“ (Hermanns und Schultz-Venrath 1993, S. 16; vgl. ausführlicher Schultz-Venrath und Hermanns 1991). Diese Aussage wird nicht detailliert erläutert, eine genaue Untersuchung der Inhalte dieser psychosomatischen Publikationen steht noch aus. Es ist allerdings zu vermuten, dass es der Psychosomatik ähnlich erging wie der Psychoanalyse und sie mindestens ihres gesellschaftskritischen Potenzials beraubt wurde – dieses Potenzial verdankte sie ja gerade der Psychoanalyse. Schultz-Venrath und Hermanns

(1991, S. 99) kommen zu dem Schluss, dass es durchaus eine Psychosomatik im Nationalsozialismus gab. „Dieser“, so ihr Resümee, „kam die Funktion eines arischen, pragmatisch Ich-stärkenden, leistungsorientierten Harmonisierungsmodells zu,“ welches darüber hinaus einen weiteren Zweck erfüllte: Die „Verdrängung einer psychoanalytischen Psychosomatik [...], die ein Konflikt- und Triebmodell repräsentierte.“ Eine eingehendere Untersuchung dieses Themas ist nicht Gegenstand der vorliegenden Arbeit und steht in größerem Umfang meines Wissens nach noch aus., Die Psychosomatik ist, das machen Schultz-Venrath und Hermanns jedenfalls deutlich, ebenso wie die Psychoanalyse und die Medizin als Wissenschaft anpassungsfähig an verschiedenste Ideologien und Interessen, hält sie dem in ihrem eigenen Selbstverständnis nichts entgegen.

Dass die an die Psychosomatik angrenzenden ‚Wissenschaften‘ Psychiatrie und Medizin sich mit Zwangssterilisationen, Kindereuthanasie und systematischen Patient_innentötungen unvorstellbar größerer Verbrechen schuldig gemacht haben, von deren Aufarbeitung nach Kriegsende bekanntermaßen zunächst keine Rede sein konnte, wird in Abschnitt 5.7 wieder aufgegriffen. In aller Härte wurde hier offenbar, wie das rationale und ausschließlich ‚wissenschaftliche‘ Menschenbild dieser modernen Medizin sich so zuspitzen konnte, dass Folter und Mord im Namen dieser Wissenschaft verübt werden konnten.

„Der Arzt“, so formuliert es Alexander Mitscherlich rückblickend, „konnte erst in der Kreuzung zweier Entwicklungen zum konzessionierten Mörder und zum öffentlich bestellten Folterknecht werden: dort, wo sich die Aggressivität seiner Wahrheitssuche mit der Ideologie der Diktatur traf. Es ist fast dasselbe, ob man den Menschen als ‚Fall‘ sieht, oder als Nummer, die man ihm auf den Arm tätowiert – doppelte Antlitzlosigkeit einer unbarmherzigen Epoche“ (Mitscherlich 1947b, S. 152).

Dieser Punkt ist auch für die sich in der Bundesrepublik entwickelnde psychosomatische Medizin bedeutsam. Diese begann als ‚Gegendiskurs‘ zu eben jener Auffassung von Medizin, musste sich aber stets damit auseinandersetzen und im Lauf der Jahrzehnte einige Kompromisse eingehen.

4. Gesellschaft, Psychoanalyse und Körper II

...daß statt eines in der Liebe, in der Fortpflanzung, in der Arbeit, im Geiste ungelebten Lebens ein körperliches Symptom auftritt. Jetzt hat man einen Menschen, der ein in der Liebe, in der Fortpflanzung, der Arbeit, dem Geiste, verkürztes Leben und dazu eine Krankheit hat. Ist das so schwer zu verstehen? Schwer ist nur, das in jedem konkreten Fall zu Gesichte zu bringen.

von Weizsäcker 1949, S. 460

Diese Darstellung ausgewählter psychosomatischer Modelle nach dem Zweiten Weltkrieg fokussiert auf Überlegungen, die Psychoanalyse, Körper und eben auch gesellschaftliches Umfeld zusammenbringen. An Freuds Erkenntnisse anknüpfend, hatte sich die ‚erste Generation‘ der Psychosomatik in Deutschland mit dem Einfluss unbewusster Vorgänge auf körperliche Erkrankung auseinandergesetzt und dabei in verschiedener Weise auch die Verschränktheit unbewusster Vorgänge und gesellschaftlicher Verhältnisse berücksichtigt. In diesem Kapitel werden ausgewählte psychosomatische Modellvorstellungen, die den Diskurs in der Bundesrepublik beeinflussten, unter diesen Vorzeichen diskutiert. Diese Theoriediskussion ist dringend notwendig um auch im Detail aufzuzeigen, welches emanzipatorische Potenzial der Psychosomatik innewohnt. Dafür werden die Modellvorstellungen vornehmlich dahingehend befragt, welche Rolle die Dimension des Unbewussten einnimmt und inwiefern Überlegungen zur Bedeutung der gesellschaftlichen Verhältnisse und zum sozialen Umfeld angestellt werden. Zudem liegt der Fokus auf der Auffassung von psychosomatischen Erkrankungen; sind ‚nur‘ Erkrankungen ohne ‚messbare‘ Ursache als psychosomatisch zu begreifen oder sind es letztlich alle körperlichen Erkrankungen? Für Mitscherlich ist es „ein methodisches Kernstück der psychosomatischen Medizin von der manifesten Krankheit zurück zum Sinn des Geschehens zu fragen.“ Wo allerdings die „Grenze dieser Krankheitslehre“ ist, bei „welchen Krankheiten [...] dies erlaubt“ ist, vermag auch er nicht eindeutig zu beantworten: „Um die Antwort vorweg zu nehmen: wir wissen es nicht“ (Mitscherlich 1949, S. 42). Gerade diese Unsicherheit bezüglich dessen, was als psychosomatische Erkrankung aufzufassen ist, macht eine Betrachtung dieser Auffassungen sinnvoll. Im Professionalisierungsprozess der Psychosomatik verbirgt sich die Gefahr, sie letztlich als ‚Sammelstation‘ für jene Erkrankungen zu betrachten, bei denen klassische Behandlungsmethoden am offensichtlichsten versagen und die Verantwortung für dieses Versagen im Individuum zu verorten.

4.1 Franz Alexander und Konfliktspezifität

Franz Gabriel Alexander (1891-1964)¹² hatte sich als Leiter des Instituts für Psychoanalyse in Chicago zur Absicht gemacht, die Medizin seiner Zeit mit der damals noch jungen

¹² Die wechselhaften politischen Verhältnisse in Ungarn verschlugen ihn nach Wien, wo er Freud kennenlernte, der ihn tief beeindruckte. 1920 ging er schließlich nach Berlin und begann dort seine Ausbildung als erster regulärer Kandidat am Berliner Psychoanalytischen Institut. 1930, mittlerweile ausgebildet zum Lehranalytiker, wurde ihm nach einer Vortragsreise eine einjährige Gastprofessur für Psychiatrie an der University of Illinois

Psychoanalyse zu verbinden. Da er auch in der deutschen Psychosomatik nach dem Zweiten Weltkrieg Referenzpunkt ist erfolgt hier ein Einblick in seine in den USA entstandenen psychosomatischen Überlegungen. Psychosomatik war für ihn eine „Methode des Vorgehens in Forschung wie in Praxis“, eine koordinierte „Verwertung von somatischen [...] Methoden und Vorstellungen auf der einen Seite und psychologischen Methoden und Vorstellungen auf der anderen Seite“ (Alexander 1985, S. 28). Darin sah Alexander den Ausgangspunkt für eine neue Medizin, mit *Psychosomatic Medicine* begründete er 1939 eine der bis heute wichtigsten Fachzeitschriften und sein 1950 veröffentlichtes Buch mit gleichlautendem Titel (in dieser Arbeit wird auf die Ausgabe von 1985 Bezug genommen) ist eines der Klassiker der Lehrbücher für Psychosomatik. Damit sollte er auch die Psychosomatik im deutschen Sprachraum nachhaltig beeinflussen.

4.1.1 Die Eingrenzung der Konversion

Dieses psychoanalytische Institut in Chicago betrieb eine bis dahin so nicht da gewesene kollektive Individualforschung an zwar weiterhin einzelnen Patienten, mit aber gemeinsamen Krankheitsmerkmalen. Diese Arbeit mit psychosomatischen Erkrankungen ließ Alexander zunehmend die Ansicht vertreten, dass die konversionsneurotische Symptombildung abgegrenzt werden müsste von anderen unspezifischen physiologischen Begleitreaktionen des Körpers bei bestimmten Emotionen.

Mit den Anschauungen von Fenichel setzte er sich eingehend auseinander, dessen Organneurose taucht bei Alexander als vegetative Neurose auf (vgl. Storck 2016, S. 66). Darunter fallen die sogenannten „Heiligen Sieben“ der psychosomatischen Erkrankungen, nämlich Bronchialasthma, Magenulcus, rheumatische Arthritis, atopisches Ekzem, essenzielle Hypertonie, Hyperthyreose sowie Colitis ulcerosa und Morbus Crohn. Am Schluss seiner Zeit in Chicago begann er ein Großprojekt um seine Thesen zur Organspezifität zu untermauern, der mittlerweile berühmte Begriff dieser „Holy Seven“ bezieht sich auf die hier untersuchten Krankheitsbilder (vgl. Möhle 2010, S. 126). Diese funktionellen Störungen der vegetativen Neurose grenzte er scharf von den Konversionssymptomen ab. Letztere wollte er auf die sensomotorische Willkürmotorik begrenzt wissen, während er die psychophysiologischen Begleiterscheinungen ersterer als festgelegte somatische Begleitreaktionen ohne symbolische oder Ausdrucksbedeutung ansah. Eine vegetative Neurose bedeute „nicht einen Versuch, eine Emotion zum Ausdruck zu bringen, sondern ist die physiologische Reaktion der vegetativen Organe auf anhaltende oder periodisch wiederkehrende emotionale Zustände“ (Alexander 1985, S. 22f., zit. in Storck 2016, S. 66). Als dritte Gruppe von Erkrankungen betrachtet er die

angeboten, die er nach persönlichem Gespräch mit dem Präsidenten in eine Gastprofessur für Psychoanalyse umwandeln konnte. Unter dem erheblichen Widerstand der medizinischen Fakultät füllte er diese in den folgenden zwölf Monaten aus und gründete 1931 unter anderem mit vier in Berlin ausgebildeten amerikanischen Analytikern die Chicago Psychoanalytic Association. Von dieser Gruppe ausgehend, aber in relativer Unabhängigkeit, baute er in Chicago ein psychoanalytisches Institut auf, an dem er 1932 als Direktor begann (vgl. Möhle 2010, S. 124ff.).

psychogenen organischen Störungen, bei denen die psychologische Auslösung zu einem selbständig fortbestehenden somatischen Eigengeschehen führen kann, also die Gruppe der psychosomatischen Erkrankungen im engeren Sinne. Ein symbolisches Ausdrucksverhalten oder die Deutungsmöglichkeit des Symptoms als Ersatzhandlung sprach er nur der erstgenannten Gruppe von Störungen zu, also dem „klassischen“ konversionsneurotischen Mechanismus (vgl. Hahn 1983b, S. 123):

„Es erscheint unzweifelhaft, daß Konversion im Bereich des vegetativen Nervensystems nicht immer genau denselben Regeln wie im willkürlichen und sensorischen System folgt, für das die ursprünglichen Konzepte hysterischer Konversion formuliert worden sind. Während bei der Konversionshysterie die unbewußte Tendenz einen direkten Ausdruck in den körperlichen Störungen findet, ist bei organischen, vom vegetativen Nervensystem kontrollierten Prozessen oft eine längere Kette intermediärer physiologischer Prozesse zwischen den seelischen Stimulus und das organische Endresultat zwischengeschaltet. Es ist methodologisch falsch, ein organisches Symptom, das das Endergebnis einer intermediären Kette organischer Prozesse ist, psychologisch interpretieren zu wollen, anstatt die vegetativen Nervenimpulse in ihrem Verhältnis zu psychologischen Faktoren zu verstehen, die eine Kettenreaktion organischer Ereignisse auslösen, die schließlich in der organischen Störung enden“ (Alexander 1994, S. 208).

Auch der vegetativen Neurose liegt eine andauernde emotionale Spannung zugrunde, die auf Grund einer Blockade nicht abgeführt werden kann, wobei das Symptom aber nicht mehr als Ausdruck eines verdrängten Konfliktes gesehen wird. Begründet wird dies damit, dass das vegetative (autonome) Nervensystem dem Zentralnervensystem gegenüber selbständig ist und nicht in direkter Verbindung mit Denkprozessen steht (vgl. Wittmer 1994, S. 11). Ebenfalls im Gegensatz zur Konversionshysterie findet bei der vegetativen Neurose keine Abfuhr statt. Die Emotion wird nicht zum Ausdruck gebracht, vielmehr findet eine physiologische Reaktion der vegetativen Organe auf emotionale Zustände statt: „Furcht, Aggression, Schuld, versagte Wünsche rufen, wenn sie verdrängt werden, anhaltende chronische emotionale Spannungen hervor, die die Funktionen vegetativer Organe in Unordnung bringen“ (Alexander 1985, S. 26). Etwas genauer: „Beim essentiellen Hypertonus wird der erhöhte Blutdruck chronisch unter dem Einfluß von gestauten und nie vollständig entlasteten Emotionen aufrechterhalten, genauso wie es als temporäres Phänomen unter dem Einfluß offen abreagierter Wut bei Normalen abläuft“ (a. a. O., S. 38). Es sind dies im Zusammenhang mit der Kampf oder Fluchtreaktion stehende ‚normale‘ Reaktionen, die durch „Hemmung oder Verdrängung selbstbestätigender, feindseliger Antriebe“ (a. a. O., S. 37) nicht abgewickelt werden, was zu einer ständigen Bereitschaftsstellung des Organismus führt. Die andere Seite dieser Medaille ist der Rückzug in einen Abhängigkeitszustand (vgl. a. a. O., S. 38f.).

4.1.2 Über Chronifizierung

Ebenso wie Fenichel annahm ging auch Alexander davon aus, dass funktionelle Störungen bei Chronifizierung zu organischen Schäden führen können. Funktionelle Störungen tragen diesen Namen, da nur die Funktion eines Organes beeinträchtigt ist, sich am Gewebe aber keine Veränderungen feststellen lassen. Alexander vermutet, dass emotionale Prozesse über den Schritt der funktionellen Störung durchaus allmählich zu irreversiblen Gewebeveränderungen führen können. „Viele chronische Störungen werden primär [...] verursacht [...] durch die anhaltenden funktionellen Belastungen, die sich im Alltagsleben des Individuums bei seinem Existenzkampf ergeben“ (Alexander 1985, S. 26). Aus Perspektive dieser Arbeit ist das so oder ähnlich eine naheliegende Konsequenz, Alexander stellt allerdings deutlich heraus, wie sehr diese Annahme dem (damals) herrschenden medizinischen Denken widerspricht: „Früher wurde jede Funktionsstörung als *Folge* einer strukturellen Störung erklärt. Jetzt ist ein anderer kausaler Ablauf aufgestellt worden: Funktionsstörung als *Ursache* von Strukturveränderungen“ (a. a. O., S. 25, Hervorh. i. O.). In diesem Prozess, von dem er 1950 selbst die Schwierigkeit benennt, „zu entscheiden, welche organischen Krankheiten nach [diesem] ätiologischen Schema ablaufen“ (a. a. O., S. 26), vermutet er, dass „genau wie bestimmte pathogene Mikroorganismen eine spezifische Affinität für bestimmte Organe besitzen, auch bestimmten emotionalen Konflikten eine Spezifität zukommt, und daß diese dementsprechend dazu neigen, ganz bestimmte innere Organe zu affizieren“ (a. a. O., S. 27).

4.1.3 Zur Konfliktspezifität

Diese konzeptuelle Annahme der Konfliktspezifität, also einer Korrelation zwischen bestimmten Symptomen und unbewussten Haltungen, ist bei Alexander zentral. In der Psychosomatik bezeichnet der Begriff der Spezifität die Grundannahme, dass „bestimmte psychosomatische Symptome in regelhafter Weise mit bestimmten psychischen Konstellationen und Konflikten korrelieren“ (vgl. Janus 1983, S. 127). Um Verwirrung vorzubeugen sei hier darauf hingewiesen, dass solche Spezifitätsmodelle aus verschiedenen Perspektiven aufgestellt werden können und auch wurden. Janus unterscheidet, auch aus methodischen Überlegungen, drei ‚Modelle‘, und zwar die Spezifität der biologisch-physiologischen Abwehr- und Schutzreaktion, die Spezifität unter intrapsychischem Aspekt und die Spezifität unter psychosozialen Aspekt (vgl. Janus 1983). Alexanders Konfliktspezifität betrachtet diese Spezifität unter intrapsychischem Aspekt, spezifische unbewusste Konflikte und bestimmte psychosomatische Störungen lassen sich zuordnen, wobei auch Schultz-Henke und Schwidder in gewissem Sinne Spezifitätsmodelle vertraten (vgl. Janus 1983, S. 129).

Diese Herangehensweise ist nicht unproblematisch. Patient_innen einer spezifischen nosologischen Gruppe weisen demnach dasselbe unbewusste und dynamisch wirksame

Konfliktschema auf (vgl. Storck 2016, S. 67). Alexander formuliert den Grundgedanken folgendermaßen:

„Wie weit die Spezifität der physiologischen Reaktionen auf unterschiedliche emotionale Reize reicht, ist noch eine offene Frage. Die vorgetragene Theorie unterscheidet prinzipiell zwischen zwei Haltungen: 1. Bereitmachen zum Handeln, um mit der angsterzeugenden Situation durch aktives Eingreifen fertig zu werden, und 2. Rückzug vor dieser in erhöhte Abhängigkeitsgefühle, wie beim kleinen Kind, das sich der helfenden Mutter zuwendet, statt zu versuchen, der Schwierigkeiten selber Herr zu werden“ (Alexander 1985, S. 44f.).

Ersteres geht mit gesteigerter sympathischer, letzteres mit gesteigerter parasympathischer Erregung einher, eine vegetative Neurose basiert in dieser Theorie auf einer Störung des Gleichgewichts der Antagonisten des vegetativen Nervensystems, Sympathikus und Parasympathikus. Entsprechend deren Funktionsweisen nimmt Alexander die zwei genannten Arten der emotionalen Einstellung an, Vorbereitung auf Kampf und Flucht oder Rückzug von nach außen gerichteter Aktivität (vgl. auch Wittmer 1994, S. 22). Innerhalb dieser Kategorien differenziert er weiter indem er einerseits eine Korrelation von somatischem Geschehen mit der spezifischen Konfliktsituation annimmt und andererseits eine Verbindung somatischen Geschehens mit der spezifischen Art, in der sich eine motivierende Kraft ausdrückt:

„Auch unsere Untersuchungen erlauben die Annahme, daß sich Magensymptome oder sogar peptische Geschwüre bei einer bestimmten Persönlichkeitstypologie häufiger entwickeln als bei anderen, aber wir sind bereits in einer sehr frühen Forschungsphase auf Ausnahmen gestoßen, die eine so einfache und generell gültige Schlußfolgerung nicht zulassen. Charakteristisch ist nicht so sehr ein bestimmter Persönlichkeitstypus als vielmehr eine typische Konfliktsituation, die sich bei ganz unterschiedlichen Persönlichkeiten entwickeln kann. Obwohl bestimmte Persönlichkeiten eher in den beschriebenen Konflikt zwischen rezeptiven und aktiv-gewährenden Strebungen hineingeraten und ihn durch Überkompensationsmechanismen lösen, sehen wir dennoch andere charakterlogische Typen und den entsprechenden äußeren Lebensbindungen denselben Konflikt entwickeln“ (Alexander 1994, S. 216).

Emotionale Zustände haben ihre jeweils eigenen physiologischen Syndrome, die Spezifität muss in der jeweiligen Konfliktsituation gesucht werden (vgl. Storck 2016, S. 66f.). Für die von ihm untersuchten Krankheitsgruppen beschrieb er Schemata, für jede existiert eine spezifische psychische Ereigniskette – die mit derselben Sorgfalt untersucht werden müsse wie die körperlichen Folgeerscheinungen. Der emotionalen Konstellation liegt dabei immer ein Triebkonflikt zu Grunde (vgl. Wittmer 1994, S. 27f.). Deshalb müssen für Alexander psychophysiologische Untersuchungen psychologische und physiologische Ursachenketten gleichberechtigt beachten, der Begriff des ‚seelischen Konfliktes‘ bezieht sich allerdings nicht mehr auf eine „eigenständige seelische Lage“ (Zepf 2006 III, S. 100). Spricht Alexander von „Psychogenie“, so denkt er an „physiologische Prozesse, die aus zentralen Erregungsabläufen im Nervensystem bestehen und die mit psychologischen Methoden“ eigentlich nur deshalb

„untersucht werden können, weil sie subjektiv in der Form von Emotionen, Wünschen oder Ideen wahrgenommen werden“ (Alexander 1950, S. 32, so zit. in ebd.). Eine vegetative Neurose beruht dann weniger auf einem Konflikt als auf jener oben beschriebenen Störung in der Arbeitsteilung des Nervensystems – die sich „auf seelischer Ebene als Konflikt spiegelt“ (ebd.).

4.1.4 Kritik und Wirkung

Dass dieser Ansatz Probleme mit sich bringt ist „offenkundig“ (Storck 2016, S. 69). Das Seelische bildet bei Alexander das Leibliche ab und diese Annahme, so fasst Zepf zusammen, ist „schon aus empirischen Gründen nicht haltbar“ (Zepf 2006 III, S. 101). Wenn psychische Inhalte nichts weiter sind als Spiegelungsprodukte physiologischer Abläufe, so wird diesen letztlich „jeglicher Einfluss nicht nur auf körperliche Prozesse, sondern auf das Leben überhaupt abgesprochen“ (ebd.). Ob Alexander dies in dieser Schärfe intendiert hat, ist allerdings fraglich. Mit einem psychosomatischen Zugang zu den „Lebens- und Krankheitsproblemen“ sieht er „innere physiologische Prozesse in eine Synthese mit den Beziehungen des Individuums zu seiner gesellschaftlichen Umwelt“ gebracht (Alexander 1985, S. 27), was sich auch auf den ätiologischen Erkenntnisprozess bezieht, wobei diese Umwelt nicht näher expliziert wird. Auf eine mögliche gesellschaftliche Dimension psychosomatischer Krankheit geht Alexander in seinen Ausführungen nicht ein, ist dabei für weitere psychosomatische Theoriebildung allerdings zentrale Figur. Gesellschaft bildet einen nicht näher erläuterten Faktor, der eine äußere Blockade für Triebbefriedigung darstellen oder Konfliktsituationen beeinflussen kann. Die Faktoren, denen er eine ätiologische Bedeutung zuspricht, zeigen zwar, dass er soziale Bezüge in der Familie repräsentiert sieht, gehen darüber aber nicht hinaus (vgl. Wittmer 1994, S. 95).

Mit seinen Theorien zur Entstehung psychosomatischer Krankheitssymptome leitete Alexander eine zweite Generation psychoanalytischer Psychosomatik ein, die sich von Amerika aus weg von der bis dahin überwiegenden Konzentration auf das Konversionsmodell entwickelte. Der entscheidende neue Aspekt der Organspezifität, also die Vermutung, dass eine spezifische dynamische Konfliktsituation sich in je spezifische Organerkrankungen umsetzt, prägte Teile der nachfolgenden Debatten grundlegend. Alexander öffnete damit den Weg, anderen Konfliktstrukturen nachzugehen und damit die psychoneurotische Struktur von Wunsch und Verbot (hysterische Konversion) zu ergänzen (vgl. Storck 2016, S. 67). Die Forderung an den „modernen Arzt, emotionale Konflikte als genauso wirklich und konkret zu betrachten, wie sichtbare Mikroorganismen“ (Alexander 1985, S. 27) ergibt sich aus seinen theoretischen Überlegungen zwangsläufig. Eindringlich verweist er immer wieder auf die Bedeutung des unbewussten Konfliktes für die Erkrankung, wobei diese Annahme der Abbildung des Leiblichen im Seelischen auch als ein Zugeständnis an den medizinischen Rahmen gewertet werden kann, in dem er arbeitete, ebenso wie die Suche nach spezifischer

Zuordnung, also eine Suche nach Kausalität. Er trug die große Bedeutung der dynamischen Konfliktsituation auch in die Psychosomatik hinein, was dem herrschenden medizinischen Paradigma entgegenstand. Dennoch zeigt sich auch in den Überlegungen Alexanders bereits ein Verschwinden des gesellschaftskritischen Potenzials der Psychoanalyse. Seine Überlegungen prägten die Psychosomatik nachhaltig, was unter anderem genau dieser Auslassung geschuldet sein mag.

Bevor der Fortlauf dieser Arbeit sich wieder den speziellen Entwicklungen der Psychosomatik in der Bundesrepublik und ihren exponierten Vertretern nach dem Zweiten Weltkrieg zuwendet, erfolgt hier ein Einblick in einige psychosomatische Arbeitsmodelle, „die sich im Laufe der Jahre als von bleibender Bedeutung erwiesen haben“ (von Rad 1983, S. 149) und somit auch für das Verständnis der weiteren Diskussion erforderlich sind. Das De- und Resomatisierungsmodell Schurs sowie die psychoanalytische Theorie der psychosomatischen Erkrankung von Engel und Schmale haben dabei gemein, dass die Autoren sowohl Psychoanalytiker als auch Internisten waren „und die“, so fasst es Michael von Rad zusammen, „zu lernen hatten, die Spannung zwischen somatischer Erkrankung und reiner Psychoanalyse in ihrer täglichen Berufserfahrung auszuhalten“ (ebd.).

4.2 Max Schur: De- und Resomatisierung

Max Schur (1897-1969) wurde 1929 Freuds Leibarzt und floh mit ihm nach London. Nach Freuds Tod 1939 übersiedelte er von London nach New York. Wie Felix Deutsch, so war auch Schur Internist. Er veröffentlichte zunächst zahlreiche internistische Arbeiten, seine psychoanalytischen Forschungen an Neurodermitis-Patient_innen inspirierten ihn zu ich-psychologisch akzentuierten Konstrukten, die er 1955 in der Publikation *Comments on the Metapsychology of Somatization* (Schur 1955b) publizierte. Unter anderem mit Bezugnahme auf Freuds Werk *Hemmung, Symptom und Angst* (1926d) formulierte er damit eine Theorie der allgemeinen psychoanalytischen Psychosomatik.

Psychosomatische Erkrankungen versteht er als die Umkehr eines Entwicklungsprozesses: Psychische Entwicklung betrachtet er als einen zunehmenden Vorgang der *Desomatisierung*, also eine Emanzipation von körperdominierten Wahrnehmungs- und Erlebnismodi. *Resomatisierung* begreift er als etwas Unreifes, „eine Art Rückfall auf ein Psyche-Soma-Verhältnis, in welchem der Körper in als regressiv verstandener Weise die Richtung psychischer Prozesse vorgibt“ (Storck 2016, S. 68). Für Schur ist die menschliche Entwicklung somit ein Prozess der Desomatisierung und damit auch der „Neutralisierung libidinöser und aggressiver Energie“ (Zepf 2006 III, S. 103). Körperliche und seelische Prozesse sind beim Neugeborenen weitgehend primärprozesshaft und unkoordiniert, entsprechend auch seine Reaktionen auf Störungen der Homöostase. Libido, Aggression und Angst rufen in erster Linie körperliche Reaktionen hervor. Mit zunehmender Reifung des Ichs entfaltet sich das Sekundärprozessdenken. Lust, Ärger und Angst können nun zunehmend in ihrer seelischen

Qualität erlebt und ausgedrückt werden, die vegetativen Reaktionen treten in den Hintergrund und Gedanken ersetzen das Handeln. Das ist die Voraussetzung für jenen Vorgang, den Schur Desomatisierung nennt (vgl. ebd.). Je reifer das Ich ist, desto weniger ist es dann notwendig, seelische Phänomene primärprozesshaft, körperlich auszudrücken. Nach Schur kann es dann sowohl bei einer situativen als auch strukturellen Ich-Schwäche zu jenem Prozess der Resomatisierung kommen. Unter Ich-Schwäche ist in diesem Zusammenhang zu verstehen, dass bereits in sehr frühen Phasen des Desomatisierungsvorgangs Störungen einsetzen, „die Fixierungen an bestimmte Organsysteme und damit auch eine allgemeine Einschränkung der Fähigkeit des Ichs, Konflikte mit *psychischen* Mitteln zu lösen, zur Folge haben“ (von Rad 1983, S. 151, Hervorh. i. O.). In einer für das Lebensalter dann unangemessenen Weise wird auf frühe, primärprozesshafte Ausdrucksformen seelischer Phänomene zurückgegriffen und es kommt zur Ausbildung körperlicher Symptome, besonders in Gefahren- oder Angstsituationen aufgrund einer unbewussten und eben regressiven Fehleinschätzung (vgl. von Rad 1983, S. 151). Ein „normales Ich“ operiert für Schur „im ganzen Verlauf der Reaktionen mit Sekundärvorgängen“ und verwendet „durchwegs neutralisierte Energie“ (Schur 1955a, S. 342, zit. in Zepf 2006 III, S. 103). Mit der Unterscheidung zwischen neutralisierter und nicht-neutralisierter psychischer Energie greift Schur unter anderem auf eine Unterscheidung von A.O. Kris zurück (vgl. ebd.). Schurs zentrale Hypothese besagt dann,

„daß zwischen dem Vermögen des Ichs, auf Sekundärprozeß-Niveau zu operieren und Triebenergie zu neutralisieren, und der Desomatisierung von Reaktionsweisen eine wechselseitige Abhängigkeit bestehen muß. Damit verknüpft ist eine weitere Annahme, nämlich daß umgekehrt die Resomatisierung von Reaktionen mit einem Vorherrschen primärprozesshafter Denkweisen unter Verwendung neutralisierter Energieformen einhergeht. [...] Entsprechend [...] nehmen wir an, daß [...] das Ich im ganzen Verlauf der Reaktion mit Sekundärvorgängen operiert und durchwegs neutralisierte Energie verwendet, was uns wiederum zu erklären vermag, warum somatische Abfuhrmanifestationen dabei praktisch fehlen“ (Schur 1955a, S. 342, so zit. in Storck 2016, S. 68f.).

Das einmal erreichte Entwicklungsniveau wird im Falle psychosomatischer Symptombildung also verlassen, so die geschilderte „weitere Annahme“ (vgl. Zepf 2006 III, S. 103). Dabei geht Schur wie Hartmann (vgl. Hartmann 1950, Verweis in Storck 2016, S. 68) von der Möglichkeit einer konfliktfreien Ichsphäre aus. Die ich-psychologische Ausgangsbasis ist der von Alexander sehr ähnlich, wobei Schur sich von dessen Spezifitätslehre abgrenzt (vgl. Zepf 2006 III, S. 102, ausführlicher von Rad 1983, S. 151f.). Spezifität ist für Schur eine Bereitschaft zu bestimmten spezifischen Organreaktionen, es geht also nicht um eine Spezifität des Konfliktes im Alexanderschen Sinne. Und mit diesem Punkt, so von Rad, hat das Schursche Modell große Bedeutung für die Psychosomatik gewonnen, da nun vorstellbar wird, dass auch allgemeinere Belastungs-, Gefahren-, oder Angstsituationen, also ‚Stress‘, unter bestimmten Bedingungen zu psychosomatischer Regression führen „und dennoch eine *spezifische* Organreaktion“ (a. a. O., S. 152) auslösen können. Dass „psychosomatisch“ im Schurschen

Modell als etwas Unreifes begriffen wird stellt Storck deutlich heraus, zudem verweist er darauf, dass hier anscheinend „die Psyche sich den Körper vom Leib“ halten müsse (Storck 2016, S. 69).

Schur entwickelte sein Konzept im Rahmen einer allgemeineren Theorie des Leib-Seele-Zusammenhanges. Nach Zepf wollte Schur „insbesondere den biologisch-genetischen Faktoren in der psychosomatischen Symptomen-genese den ihnen entsprechenden Status zuweisen“ (Zepf 2006 III, S. 102), innerhalb der ‚multifaktoriellen‘ „Gesamtkonstellation“ eines Individuums unterscheidet er die somatische und die psychische Disposition. Diese sieht er als Resultat von Anlage- und Umweltfaktoren und in Interaktion sowohl miteinander als auch mit der je aktuellen Umwelt. Bei einer Ich-Schwäche ist das „Ich bei einer regressiven Fehleinschätzung [der aktuellen Situation] nicht mehr in der Lage, auf der Sekundärprozessebene zu reagieren“ (a. a. O., S. 104). Die Folge ist eine Regression auf den Primärvorgang und eine Regression auf der physiologischen Ebene, welche mit vegetativen Reaktionen verbunden ist. Die Prädisposition für eine solche „Bereitschaft zu bestimmten spezifischen Organreaktionen“ (Schur 1955a, S. 386) ist für Schur, das stellt Zepf heraus, letzten Endes genetisch determiniert (vgl. Zepf 2006 III, S. 104). Ebenso verweist er auf die inneren Widersprüche in Schurs Konzept, die an dieser Stelle allerdings nicht in Ausführlichkeit diskutiert werden müssen (vgl. a. a. O., S. 104ff.; vgl. auch Hartkamp 1986a). Das Modell der De- und Resomatisierung sollte unter anderem Eingang in die Überlegungen Alexander Mitscherlichs finden und somit auch die deutsche Psychosomatik beeinflussen. In Storcks Argumentation wird darüber hinaus deutlich, dass in der Schurschen regressiven „Wiederverwendung vormals neutralisierter Triebenergie in einer somatischen Abfuhr“ (Storck 2016, S. 69) auch der Versuch zu sehen ist, spezifische Abwehrformen aufzuzeigen. Somit könnte ein Resomatisierungsvorgang auch als psychosomatischer Abwehrvorgang begriffen werden. De- und Resomatisierung wurden zunächst feststehende Begriffe im psychosomatischen Diskurs der jungen Bundesrepublik. Interessant ist, dass Schur zwar einerseits der Dimension des Unbewussten enormen Einfluss zugesteht, indem er annimmt, dass die unbewussten Fehleinschätzungen der Situation zur Resomatisierung führen können und der frühkindlichen Entwicklung, beziehungsweise Störungen derselben, große Bedeutung zuweist, dabei aber letztlich die genetische Disposition als ausschlaggebend betrachtet. Dabei gesteht Schur sowohl Anlage- als auch Umweltfaktoren Einfluss zu, die Erkrankung ist zwar ‚multifaktoriell‘ bedingt, wobei eben dem Faktor der genetischen Disposition die größte Bedeutung zukommt. Damit kann die Erkrankung wieder zu einer Art ‚Naturgeschehen‘ werden, das eben auch (aber nicht grundlegend) durch psychische Prozesse beeinflusst wird, wobei das Individuum losgelöst von gesellschaftlichen Bedingungen betrachtet wird. Es bleibt dann eine Frage der Bedeutungszuweisung, welcher Faktor wie viel Gewicht bekommt. Nichtsdestotrotz erlauben es Schurs Überlegungen, psychischen Prozessen überhaupt eine Bedeutung zuzuweisen. Das Gewicht dieser einzelnen Faktoren muss auch im Zusammenhang

mit dem aktuelleren Konzept eines biopsychosozialen Modells diskutiert werden, auch hier ist die entscheidende Frage, welcher Ebene wie viel Bedeutung zukommt. Ebenso verhält es sich mit den Überlegungen von Engel und Schmale.

4.3 George L. Engel und Arthur H. Schmale

Die amerikanischen Autoren George L. Engel und Arthur H. Schmale legten in den 1960er-Jahren einen integrativen Ansatz vor, indem sie verschiedene bereits bestehende Konzepte (unter anderem das der Konversion) mit eigenen Beiträgen assoziierten (vgl. von Rad 1983, S. 152). Sie erweitern das Alexandersche Spezifitäts-Modell mit der (nicht neuen, aber neu hergeleiteten) Annahme, dass der Konversionsmechanismus nicht aufs sensomotorische System eingeschränkt werden kann. Zeitpunkt und Ort der Läsion, so ihre These, jedoch nicht die Läsion selbst erfüllen die Kriterien einer Konversion (Engel und Schmale 1967, S. 242). Sie unterscheiden scharf zwischen dem Akt der Konversion und den sekundären Folgeerscheinungen, Nervensystem und Willkürmotorik sind nicht aufgrund der willkürlichen Innervation als biologische Folge einbezogen, sondern aufgrund der Fähigkeit der Übernahme einer seelischen Repräsentanz. Diese Repräsentanz können, beispielsweise im Rahmen objektgerichteter Aktivitäten, die beteiligten physiologischen wie pathophysiologischen Prozesse auch erlangen. Als ein Beispiel dafür kann das Erbrechen gelten, das als Folge der Aufnahme verdorbener Nahrungsmittel, als Folge der Angst diese zu sich genommen zu haben oder aber als Folge eines „echten Konversionssymptoms etwa im Sinne der Ausstoßung eines schlechten Introjektes auftreten könne“ (von Rad 1983, S. 152f.). Somit sind Zeitpunkt des Auftretens und Ort des betroffenen Systems von großer Bedeutung, die sekundären Folgen stellen dann jeweils eine nicht aus sich selbst verstehbare Komplikation dar. In Erweiterung des Spezifitätsmodells gehen die Autoren davon aus, dass „gerade die Verbindung unspezifischer und spezifischer Faktoren für die Entstehung einer Störung wahrscheinlich ist“ (a. a. O., S. 153). Eine (frühe) somatische Beeinträchtigung kann aber wiederum auch die Entwicklung des Seelischen beeinträchtigen und zur Folge haben, dass nur somatisch auf psychische Konflikte reagiert werden kann, „für eine Gruppe von Störungen mit biologischer Prädisposition“ führen die Autoren den Ausdruck „somatopsychisch-psychosomatisch“ ein (Engel und Schmale 1967, S. 241, so zit. in Storck 2016, S. 72).

Von Rad sieht den wichtigen Beitrag von Engel und Schmale im differenzierten Herausarbeiten der Bedeutung eines Objektverlustes für die Entwicklung körperlicher Krankheiten. Jener kann entweder real oder phantasiert sein, die daraus resultierenden Gefühle von Hilf- und Hoffnungslosigkeit, von den Autoren mit „giving up – given up“ bezeichnet, können starken psychosomatischen Einfluss entfalten (vgl. von Rad 1983, S. 152ff.). Das Modell soll die Möglichkeit eröffnen, „sowohl somatische als auch psychische Individualität und Spezifität mit allgemeinen, überindividuellen Belastungen unter Einbeziehung Interaktionsaspektes in Verbindung zu bringen“ wobei er sowohl angeborene als auch krankheitsbedingt erworbene

körperliche Faktoren in ihrer jeweiligen Bedeutung zu erfassen sucht (a. a. O., S. 155). Somatische, psychische und soziale Faktoren können, so gängige Interpretation, nun differenziert berücksichtigt werden.

Strittige Aspekte und innere Widersprüche des Modells werden von Hartkamp detailliert herausgearbeitet. Gravierenderer als diese betrachtet Hartkamp den Umstand, „daß in ihrem Konzept die soziale Dimension psychosomatischer Erkrankungen in unzulässiger Weise vernachlässigt wird.“ Er präzisiert dies: „Das gesellschaftliche Bedingungsgefüge, innerhalb dessen sich psychosomatische Krankheit ereignet, existiert in diesem Konzept nur in Form unspezifischer ‚sozialer Faktoren‘“ (Hartkamp 1986b, S. 55). Diesen gebührt immerhin die Geltung „die pathogene Bedeutung gewisser biologischer und psychologischer Faktoren zu verstärken oder zu vertiefen“ oder sie zu „neutralisieren“ (vgl. a. a. O., S. 54). Damit werden diese ohnehin unbestimmten sozialen Faktoren, so drückt es Hartkamp aus, allerdings „auf den Status intervenierender Variablen beschränkt, die mit dem Wesen psychosomatischer Erkrankungen nichts mehr zu tun haben“ (ebd.). Hartkamp sieht Engel und Schmale neben Alexander als Begründer einer ‚amerikanischen Schule‘ der Psychosomatik, die durchaus „eine überwältigende Menge detailreicher Kenntnisse über Zusammenhänge zwischen körperlichen Erkrankungen des Menschen, seinen äußeren Lebensbedingungen und auch seinen inneren, psychischen Bedingungen zusammengetragen hat“ (a. a. O., S. 45). Wenn er also berechtigte Kritik am Umgang mit jener sozialen Variable übt, so ist andererseits durchaus erst einmal zu würdigen, dass der soziale Faktor überhaupt auftaucht. Auf die stressbezogene Konzeption Engels wird in Abschnitt 4.5 näher eingegangen. Die Überlegungen von Engel und Schmale zum Objektverlust eröffnen eine Perspektive, auf die im weiteren Verlauf des psychosomatischen Diskurses in der Bundesrepublik vermehrt Bezug genommen wird. Die Bedeutung von Zeitpunkt und Ort des Auftretens eines Symptoms verweist auf die individuelle Lebensgeschichte und verlangt Aufmerksamkeit. Diese Lebensgeschichte, einschließlich der psychischen Entwicklung, wird von sozialen Faktoren berührt, aber nicht grundsätzlich mitbestimmt. Obwohl hier also biologischen, psychischen und sozialen Faktoren Einfluss zugestanden wird, werden diese sozialen Faktoren kaum berücksichtigt. Systematische Überlegungen zur Macht dieser sozialen Faktoren finden sich bei Engel und Schmale dementsprechend nicht.

Betrachtet man nun die Entwicklung psychosomatischer Konzeptionen überblicksartig, so zeigt Storck, dass hier auch der Aspekt der Beziehungserfahrung an Bedeutung gewinnt, die Hilflosigkeit bei Engel und Schmale resultiert ja aus einem verloren gegangenen Objekt. Freuds Bemerkung, dass es bei psychosomatisch erkrankten Patient_innen zu keiner Übertragung komme wird daran anschließend in nachfolgenden Ansätzen neu bewertet, „und dies sowohl im Hinblick auf eine konzise Konzeption früher Entwicklungserfahrungen als auch im Hinblick auf das, worin sich diese zeigen: die Übertragungs-Gegenübertragungs-Situation“

(Storck 2016, S. 73). Damit zielt Storck besonders auf die im Folgenden dargestellten Denkansätze.

4.4 Pensée opératoire und Alexithymie

Die Übertragungs-Gegenübertragungs-Situation ist Ausgangspunkt für zwei in Frankreich und in den USA parallel entwickelte Konzepte: das operative Denken und die Alexithymie, die Gefühlsblindheit oder „Gefühlslesestörung“ (vgl. Storck 2016, S. 73ff.). Auch diese Modelle fanden Einzug in die deutsche Psychosomatik, besonders Zepfs Konzeption knüpft daran an.

4.4.1 Operatives Denken

Etwa um 1960 begannen einige französische Psychoanalytiker_innen, David, Fain, Marty und de M'Uzan, eine spezifische psychosomatische Persönlichkeitsstruktur zu beschreiben. Diese grenzten sie ab gegen neurotische, psychotische, genitale und perverse Strukturen. Von den meisten Psychoanalytiker_innen wurden psychosomatisch Erkrankte bis dahin ja im Wesentlichen als Neurotiker_innen angesehen, auch wenn beispielsweise Mitscherlich die Auffassung vertrat, dass es sich bei der psychosomatischen Erkrankung um eine nosologische Einheit handle (vgl. Zepf 2006 III, S. 116ff.). Stephanos prägte den Begriff des ‚psychosomatischen Phänomens‘ und kann als deutscher Vertreter dieser französischen Schule betrachtet werden, noch mehr hat die Konzeption unter dem Titel der Alexithymie der amerikanischen Psychiater Nemiah und Sifneos an Bedeutung gewonnen. Die französischen Autoren heben besonders drei Merkmale hervor, die diese psychosomatische Persönlichkeitsstruktur auszeichnen und die besonders auf den Erfahrungen im klinischen Bereich, spezifisch im psychoanalytischen Erstinterview basieren: „La pensée opératoire“, ein „operatives Denken“, welches sich an der unmittelbaren Realität äußerer Fakten orientiert. Der Begriff wurde sehr durch bestimmte Auffälligkeiten in der psychoanalytischen Erstuntersuchung geprägt. Auch wenn diese Form des Denkens abstrakt sein kann, bleibt es stets pragmatisch und intellektuell und ist abgekoppelt von den innerpsychischen Objektrepräsentanzen. Die Patient_innen erzählen ihren Lebenslauf orientiert an Fakten und erscheinen selbst unbeteiligt daran zu sein (vgl. Zepf 2006 III, S. 117, mit Verweis auf Marty et al. 1963; Stephanos 1979). Die „Reduplication projective“ beschreibt die Wahrnehmung der Objekte, die meist nach dem eigenen, eher undifferenzierten Selbstbild erfolgt.¹³ Die „Inhibition fantasmatique de base“ beschreibt einen Mangel an unbewusster Fantasie, eng verbunden mit jenem operationalen Denken. Zudem soll eine soziale Überangepasstheit ein weiteres Merkmal sein (vgl. Storck 2016, S. 74ff.; Zepf 2006 III, S. 116ff.). Marty et al. (1979) heben daher hervor, dass bei Symptomen, die keinen Konversionscharakter aufweisen, eine

¹³ Zur problematischen Verwendung des Begriffes der Projektion, die als Abwehrmechanismus ein gewisses Maß an psychischer Strukturierung voraussetzt, vgl. Zepf 2006 III, S. 117, mit Verweis auf Stephanos 1979.

Unfähigkeit zur Symbolisierung vorliegen kann, womit der Fokus der Theoriebildung sich vom Symbolgehalt zu den Symbolisierungsprozessen verschiebt (vgl. auch Storck 2016, S. 76). Hier wurde allerdings keine direkte Theorie einer bestimmten psychischen Struktur vorgelegt, sondern eine „zu einer bestimmten Form des Denkens und Erlebens, die sich jedoch ‚bevorzugt‘ im Zusammenhang der Psychosomatosen zeige“ (ebd., mit Verweis auf Marty et al. 1963). Einige Arbeiten der Pariser Schule nehmen auch die frühe psychische Entwicklung ins Visier, Storck verweist besonders auf Fain (1971). Dieser fokussiert auf die früheste Fantasietätigkeit des Säuglings, bezieht diese auf den kindlichen Autoerotismus und die Reaktion der Mutter darauf, woraufhin die Rolle der Mutter an Bedeutung gewinnt (vgl. Storck 2016, S. 76f.). Das mütterliche Verhalten einer „*mère calmante*“ wird genetisch für diese Strukturen verantwortlich gemacht. Im Gegensatz zu einer „*mère satisfaisante*“ glänzt erstere durch konstante Anwesenheit, die „Übertreibung ihrer reizabschirmenden Funktion“ (a. a. O., S. 118) werde letztlich pathologisch. Die Mutter verhält sich nicht befriedigend, sondern nur beruhigend. Zugleich wird eine sich gegensätzlich verhaltene Mutter für die gleichen Konsequenzen verantwortlich gemacht, die die autoerotischen Aktivitäten des Säuglings direkt mit Verbot belegt (vgl. Zepf 2006 III, S. 118). Die Entwicklung dieses Modells und auch die inneren Widersprüche, einschließlich des Bezugs auf die Todestriebhypothese, sind bereits an anderen Stellen eingehend diskutiert wurden (vgl. Stephanos und Auhagen 1983; Zepf 2006; Storck 2016). An dieser Stelle soll zunächst festgehalten werden, dass in dieser Theorie problematische Entwicklungsbedingungen „zu einer Verarmung psychischer Struktur und Erlebnisqualität“ (Storck 2016, S. 82) geführt haben. Dieser ‚Mangel‘ entstammt jedoch keiner psychischen Konfliktkonstellation. Dies gilt noch stärker für das Konzept der Alexithymie.

4.4.2 Alexithymie

Der Begriff der Alexithymie wurde ab den 1970er-Jahren von den amerikanischen Psychiatern Nemiah und Sifneos (Nemiah und Sifneos 1970; Sifneos 1973) eingeführt um die psychischen Vorgänge bei Patient_innen mit psychosomatischen Pathologien zu beschreiben, eine Art Gefühlsblindheit oder ‚emotionales Analphabetentum‘ (vgl. Storck 2016, S. 78) („a“ = Mangel, „lexis“ = Wort, „thymos“ = Gefühl). Die von den beiden Autoren beschriebenen Charakteristika stimmen mit denen des operativen Denkens überein. Stephanos und Auhagen nennen vorrangig eingeschränktes Einsichtsvermögen, Unfähigkeit, neues emotionales Verhalten zu erlernen, verarmte Phantasiewelt, Störungen im affektiven Erleben und schizoide Kontakte (vgl. Stephanos und Auhagen 1983, S. 161). Der Ausgangspunkt ist ebenfalls das Beziehungsgeschehen in der klinischen Situation, beziehungsweise dessen Abwesenheit: Die „Begrenztheit der als selbstverständlich vorausgesetzten Funktionstüchtigkeit des psychischen Apparats“ (Kapfhammer 1985, S. 112f.) steht nun im Mittelpunkt des Interesses. Wie Storck resümiert, unterscheidet sich die Schwerpunktsetzung. Nemiah und Sifneos widmen sich weniger als ihre französischen Kolleg_innen einer metapsychologischen Einordnung, sondern

beziehen sich mehr auf das emotionale Erleben, die starke emotionale Ausdrucksschwäche wird herausgearbeitet (vgl. Storck 2016, S. 78f.). Zur Genese der psychosomatischen Störung stellen sie zwei unterschiedliche Hypothesen auf, eine psychologische und eine biologische. Für erstere diskutieren sie die Frage, „ob neurotische Verleugnungsprozesse, ein primärer emotionaler Defektzustand oder beides zusammen den Hintergrund dieser Pathologie bilden“ (Stephanos und Auhagen 1983, S. 162). Die daneben vertretene biologische These geht davon aus, dass das psychosomatische Symptom die Auswirkung bestimmter gestörter neuronaler Funktionsabläufe ist (ebd.).

Merkmale, die als „alexithym“ interpretierbar sind, wurden auch für nicht-psychosomatisch Kranke beschrieben, die „kumulierte klinische Erfahrung“, so Zepf, zeige „gleichwohl, dass diese Merkmale gehäuft bei psychosomatisch Kranken zu finden sind“ (Zepf 2006 III, S. 162). Wie diese Kernmerkmale nun einzuordnen sind blieb strittig. Storck weist auf einen zentralen Kritikpunkt hin: In der Auffassung von operativem Denken und Alexithymie droht „das Funktionale von nicht zur Verfügung stehender oder nicht gebrauchter psychischer Funktionen übersehen zu werden“, genauer „ist es also beispielsweise die konfliktbedingt ausbleibende Progression, etwa im Hinblick auf eine interpersonell wie intrapsychisch bedrohliche Autonomieentwicklung, die angesichts des Erlebens einer dichotomen Beziehungslogik, in der es nur Verschmolzensein oder Isoliertheit geben kann, vermieden werden muss“ (Storck 2016, S. 82). Auch wenn das Alexithymie-Konzept durchaus Weiterentwicklung erfahren hat, zeigt sich doch verglichen mit den chronologisch älteren psychoanalytischen Begriffen eine geringere Bedeutung des (innerpsychischen) Konfliktes. Eine Übersicht über aktuellere Forschungsergebnisse findet sich bei Storck (2016, S. 214ff.), der die aktuelleren Entwicklungen dahingehend zusammenfasst, dass das Alexithymiekonzept klinisch einen deutlichen Nutzen erbringt für das Verständnis der einer psychosomatischen Erkrankung zugrunde liegenden Psychodynamik, wobei er sich für eine konfliktbezogene Auffassung dieser Psychodynamik ausspricht. Der Zusammenhang zwischen alexithymen Strukturen oder Persönlichkeitsmerkmalen und psychosomatischen Erkrankungen ist durchaus gegeben, es kann allerdings nicht immer von einem aufs andere geschlossen werden und empirische Studien attestieren zunächst keinen bedeutsamen Zusammenhang. Hier ist allerdings der Hinweis interessant, dass sich mit den neuen nosologischen Kategorien im DSM-5 (somatische Belastungsstörung) und perspektivisch der ICD-11 Zusammenhänge eventuell „erneut und in anderer Weise prüfen lassen“ (Storck 2016, S. 218). Die Bedeutung des unbewussten Konfliktes jedenfalls nimmt in diesen Konzeptionen ab, es geht um ein emotionales Entwicklungsdefizit, das sich auch körperlich äußert. Wie Storck zeigt, kann diesem ‚Defizit‘ auch eine Funktionalität zugesprochen werden und eine konfliktbezogene Auffassung ist nicht ausgeschlossen. Sie ist aber im Modell selbst nicht zwingend angelegt. Über den großen Einfluss frühester kindlicher Erfahrungen im Umgang mit der engen Bezugsperson, die ja letztlich Einfluss auf die sich körperlich äußernde Erkrankung hat, ließe sich zudem auch der sich in diesen frühen Erfahrungen manifestierende Einfluss gesellschaftlicher Strukturen mit

berücksichtigen, was allerdings selten ausformuliert wird. Zudem handelt es sich hier meist um Patient_innen, die psychosomatisch erkrankt sind in dem Sinne, dass sich keine organische Ursache für das Leiden feststellen lässt. Es geht in dieser Konzeption also nicht darum, prinzipiell den Einfluss psychischer Vorgänge auf Körperlichkeit darzustellen, sondern vielmehr um eine erfahrungsbasierte Korrelation zwischen dieser ‚Gefühlsblindheit‘ und körperlichen Symptomen, für die sich schulmedizinisch keine ‚organische Ursache‘ finden lässt. Insofern wird auch hier der psychosomatische Blick einerseits – eben hinsichtlich dieses ‚emotionalen Analphabetentums‘ – erweitert, andererseits hinsichtlich der prinzipiellen gegenseitige Bedingtheit von Leib und Seele eingengt.

Ebenso wie die Alexithymie prägte ein weiteres Konzept auch die deutsche Psychosomatik so nachhaltig, dass es hier als theoretische Grundlage Erwähnung finden muss, bevor der Blick sich dem Nachkriegsdeutschland zuwendet. Die Rede ist vom Stressmodell.

4.5 Stress als Erklärungsprinzip

Ein Einblick in Stressmodelle erfolgt an dieser Stelle, da auch sie die Psychosomatik nachhaltig beeinflussten, was besonders für das biopsychosoziale Modell gilt.

Die Erkenntnis, dass ‚Stress‘ (ein ursprünglich der Physik entstammender Begriff) ungünstige gesundheitliche Folgen mit sich bringt, gehört mittlerweile zum Allgemeinwissen. ‚Stressbedingt‘ kann eigentlich alles sein, von Pickeln bis zum kompletten Zusammenbruch. Dabei wird der Begriff häufig als Erklärung für Symptome oder Symptomkomplexe verwendet und lenkt damit in seiner Allgemeinheit von ernsthaften Ursachenfragen eher ab als sie zu benennen. Die biologische Psychologie bezeichnet vielfältige Störungen als ‚stressbezogen‘: „koronare Herzkrankheiten, Magengeschwüre, Bluthochdruck, Depressionen, posttraumatische Belastungsstörungen, Angststörungen, Zwangsstörungen, Essstörungen, Schlafstörungen und Schizophrenie“ (Kollbrunner 2010, S. 49). Familiendynamische oder gar gesellschaftskritische Aspekte des Stresserlebens können zuverlässig ignoriert werden, wenn diese Störungen zu einer ‚Fehlanpassung an Stress‘ werden. Wer nämlich, so formuliert es Kollbrunner, „den Begriff ‚Stress‘ so locker verwendet, missachtet die subjektive und situationale Eigenart des Stress, die Art wie er entstanden ist, was dieser konkrete Stress für uns bedeutet und was es mit uns zu tun hat, wenn wir uns ihm unterworfen fühlen“ (ebd.). Dabei ging die Entwicklung des Stressmodells zunächst in die Richtung einer Beachtung auch subjektiver Fakten. Die Grundlagen der Stressreaktion sind schon lange bekannt. 1914 entdeckte der US-amerikanische Physiologe Walter Cannon die Bedeutung von Angst und Wut für die Ausschüttung von Adrenalin und schätzte die Rolle des vegetativen Nervensystems für die Kampf- oder Fluchtreaktion richtig ein, der er zunächst den Namen „Notfallreaktion“ gab. Eine Reihe von Organfunktionen (Temperatur, Blutzusammensetzung, Stoffwechsel und bestimmte Kreislaufreaktionen) werden vom vegetativen Nervensystem reguliert, die physiologischen Prozesse, die die meisten der gleichbleibenden Verhältnisse im Organismus

aufrecht erhalten nannte er Homöostase. Cannon legte damit den Grundstein für Sellowies Arbeit zum „Allgemeinen Anpassungs-Syndrom“.

4.5.1 Allgemeines Anpassungssyndrom

Hans Selye, ungarisch-kanadischer Mediziner, entwickelte dieses Modell in den 1930er-Jahren und gilt seither als Vater der Stressforschung. Jenes Allgemeine Anpassungssyndrom (AAS) ist die Bezeichnung für ein allgemeines Reaktionsmuster des Organismus auf länger anhaltende Stressreize, wobei der mittlerweile allgegenwärtige Begriff *Stress* ursprünglich der Technik entstammt. Hier ist er die Summe aller Teile, die bei einer Materialprüfung auf dieses einwirken. Selyes Ausgangspunkt waren Gedanken über das ‚Unspezifische‘ am Kranksein, sehr unterschiedliche Erkrankungen des Menschen zeigen einheitliche Zeichen und Symptome, nach Selye das ‚Syndrom des Krankseins schlechthin‘ (vgl. Selye 1977 in Mayer 1983, S. 231). Experimente an Ratten zeigten in Abhängigkeit zu Injektion von Drüsenextrakten, und zwar unabhängig von Zusammensetzung der Injektion, einheitliche Organveränderungen wie beispielsweise eine Überfunktion der Nebennierenrinde, das Schrumpfen von Thymus und Lymphknoten und im weiteren Verlauf die Entwicklung von Magen- und Darmgeschwüren. Dies war zwar eine ähnliche Reaktion wie das Syndrom des Krankseins, es gab jedoch Unterschiede und so beschrieb er diesen Mechanismus 1936 als ein durch verschiedene Ursachen hervorgerufenen Syndrom, das er später *General Adaption Syndrom* nannte, jenes *Allgemeine Anpassungssyndrom*, kurz AAS (vgl. Mayer 1983, S. 232).

In den meisten Fällen, so Selye, verläuft dieses Syndrom einen dreiphasigen Verlauf auf: Phase der Alarmreaktion, Widerstandsphase und Erschöpfungsphase. Während der Alarmreaktion zeigt der Körper charakteristische Veränderungen für die Einwirkung des Stressors und der Widerstand sinkt. Sollte der Stressor stark genug sein (bspw. Schwere Verbrennungen, extreme Kälte oder Hitze) kann der Tod eintreten. Sonst folgt die Phase des Widerstandes, die körperlichen Merkmale jener Alarmreaktion verschwinden und die Widerstandskraft steigt stark über die Norm an. Darauf folgt die Erschöpfung, wirkt der Stressor unbegrenzt fort kommt es zur völligen Verausgabung, die anfänglichen Symptome der Alarmreaktion stellen sich irreversibel wieder ein und führen zum Tod (vgl. Selye 1977, S. 47, in Mayer 1983, S. 232). Zusammengefasst sind die ‚klassischen‘ Begleiterscheinungen der Alarmphase folgende: In den Nebennieren wird Adrenalin ausgeschüttet, was zu Bereitstellungsreaktionen führt, der Körper macht sich kampfbereit oder fluchtbereit. Die Folge ist unter anderem Anstieg von Blutdruck und Puls, Erhöhung des Muskeltonus, Veränderung der Wahrnehmung und Verbesserung der Reaktionszeit, Aktivierung von Blutzucker und Fett aus den Depots, Drosselung der Verdauungstätigkeit und erhöhte Atemfrequenz.

Selyes Modell hatte eine rege biochemische Forschungstätigkeit zur Folge, deren Ergebnisse das Stresskonzept einerseits bestätigten und differenzierten, andererseits aber auch die Beachtung nichtbiochemischer Perspektiven erforderten (vgl. Mayer 1983, S. 232). „In den

meisten Fällen“, so fasst es Mayer rückblickend zusammen, „mußten die vorher gesicherten Erkenntnisse dahingehend eingeengt werden, daß man von ihnen als von einem Aspekt ‚des eigentlichen zugrundeliegenden Mechanismus‘ sprach. Der ‚zugrundeliegende Mechanismus‘ wird indessen nach wie vor gesucht“ (a. a. O., S. 232f.). Es scheint sich letztlich um eine Vielzahl unterschiedlich unspezifischer, unterschiedlich stabiler und unterschiedlich individuell vertretener Reaktionen zu handeln. Welches Organ oder welcher Funktionsbereich durch Stressreaktionen bevorzugt betroffen ist, ist dabei interindividuell unterschiedlich, was Selye im Zusammenhang mit Konditionierung begreift, ob nun das Herz, die Nieren, der Magen-Darm-Kanal oder das Gehirn das am schwersten betroffene Organ sein wird. Er greift die Analogie einer Kette auf, genau wie bei dieser zerbreche auch im Körper zuerst das schwächste Glied unter Stress, obwohl ihm alle Teile gleichermaßen ausgesetzt sind (vgl. a. a. O., S. 233).

4.5.2 Weiterentwicklung des Stressmodells

Den Wandel, den das Stresskonzept in der Folge erfuhr, hat Selye selbst mitgetragen. Während das ‚klassische‘ Allgemeine Anpassungssyndrom biologisch anzusiedeln ist und einen reaktionsorientierten Fokus besitzt, bahnte sich zunehmend die Synthese mit den psychologischen Stresskonzeptionen an. Hier ist vor allem auf Engels Stresskonzept zurückzukommen. Die psychoanalytischen Überlegungen von Engel und Schmale sind weiter oben bereits angerissen worden und hier grundlegend. Das von Engel 1962 entwickelte Stresskonzept ist „zwischen Theorien überindividueller Unspezifität und psychodynamisch präformierter individueller Reaktionshierarchien angesiedelt“ (Mayer 1983, S. 235). Die frühkindliche mangelhafte Ausbildung von Objektbeziehungen sieht er als grundlegend für eine Reihe psychosomatischer Reaktionen, was bezogen auf die Anpassungsmechanismen zu ‚Fehlalarm‘ führen kann, spätere Verzerrungen in der Verarbeitung von Umweltsignalen werden also bereits in der Kindheit angebahnt. Die Bedeutung dieses Objektverlustes, sei er real oder virtuell „für die Interpretation von Sinneseindrücken als Stressoren“ (ebd.) wird heute kaum angezweifelt. Ebenso wie Cannon sieht Engel psychosomatische Erkrankungen auf der Ebene jener Kampf- und Fluchtreaktion, die Auslöser können aber weit über somatische Belastungen (Gifte, Verletzungen, Erreger usw.) hinaus auch psychologischer Natur sein, der reelle oder drohende Objektverlust steht hier im Mittelpunkt. Dieses Objekt kann eine enge Bezugsperson sein, aber auch eine Hoffnung oder eine Aufgabe – *welcher* Objektverlust *warum* zum Stressor wird kann mit diesem Modell nicht beantwortet werden. Engel war auch derjenige, der 1976 das biopsychosoziale Modell vorstellte, welches später vor allem durch von Uexküll im deutschsprachigen Raum bekannt gemacht wurde (vgl. Kollbrunner 2010, S. 90; siehe auch Abschnitt 5.13).

Neben der Psychosomatik fasste der Stressgedanke auch in der konventionellen Psychologie Fuß, repräsentiert vor allem durch R. S. Lazarus. In diesem behavioristischen Stressmodell

wurde den „Coping-Strategien“ des Individuums große Bedeutung als beeinflussende Variable beigemessen (vgl. a. a. O., S. 50). Da „die Realität der Eingangsbedingungen des Anpassungssystems des Menschen [...] die Realität des Subjektiven“ ist (Mayer 1983, S. 240), sind eindeutige empirisch-analytische Nachweise zu den Auswirkungen des Stresses schwer zu erbringen – welchen und wessen Stress wäre die erste kaum allgemeingültig zu beantwortende Frage. Mit dem Begriff „Stress“ und der Suche nach allgemeingültigen „Stressoren“ kann eine Orientierungshilfe geboten werden, aber ohne Beachtung der persönlichen Biografie bleiben diese Begriffe leer. Kollbrunner bezeichnet die auch in der Psychosomatik verbreitete inflationäre Nutzung des Stressbegriffs aus diesem Grund als „bequeme Blackbox [...], die es erübrigt, nach weiteren Ursachen zu suchen“ (Kollbrunner 2010, S. 51). An den Stressbegriff gekoppelt sind aktuell besonders zwei ‚Krankheiten‘, die auf bemerkenswerte Weise gesellschaftliche Problematik als individuelles Stresssymptom erscheinen lassen: Das Burnout und die Posttraumatische Belastungsstörung.

Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), eine Reaktion auf einen sehr starken ‚Stressor‘, rückte durch die Folgen des Vietnamkrieges ins öffentliche Bewusstsein. Sie ist stark geprägt durch die US-amerikanische Psychoanalyse und wurde dort erstmals 1980 als Posttraumatic stress disorder (PTSD) als diagnostische Kategorie in das offizielle Klassifikationssystem (DSM III) aufgenommen, 1991 eng angelehnt an das amerikanische PTSD-Konzept in die ICD-10 (vgl. Lehmacher 2013). Während bei Simmel noch die von der klassischen Medizin als Wissenschaft nahezu verachtete subjektive ‚Empathie des Arztes‘ im Vordergrund stand und er zu entschlüsseln suchte, welche ganz speziellen psychischen Mechanismen der militärische Drill mit sich bringt, wird im Rahmen einer PTBS der Krieg zum ‚Stressor‘. Die Dimension des Unbewussten im Sinne Simmels hat keine nennenswerte Bedeutung mehr. Zwar ist dies ein riesiger Fortschritt gegenüber der Militärpsychiatrie beider Weltkriege, der Komplexität einer solchen mit schweren Einschränkungen einhergehenden Störung werden die Ansätze trotzdem nicht gerecht. Pohl kritisiert besonders drei Punkte: Symptomorientierung, Isolierung und Entkontextualisierung. Die Behandlung setzt an den Symptomen an, tiefere Ursachen werden nicht berücksichtigt. Vom Diagnosemanual abweichende Symptome führen häufig zu einer Verkennung der Krankheit oder mangelnder Anerkennung seitens der Versicherungsträger. Zudem wird das Trauma isoliert, indem es auf einzelne Erlebnisse zurückgeführt wird, dem liegt ein Reiz-Reaktions-Muster zugrunde. Chronisch traumatische Situationen werden so nicht erfasst. Schon Mitscherlich hatte hier andere Vorstellungen, man dürfe sich „unter Trauma nicht zu stereotyp ein Einzelereignis vorstellen. Auch ein ganzes Geflecht von unbewussten Haltungen, aggressiven Neigungen und deren Rationalisierung, oder die Aura eines Charakters, mit dem das Kind von seiner Geburt an zusammenzuleben gezwungen ist, kann traumatische Züge besitzen“ (Mitscherlich 1967e, S. 162), ebenso können es mit Simmel militarisierte Lebensumstände sein. Die Entkontextualisierung des Traumas schließlich besteht darin, dass es als ein persönliches, innerpsychisches Problem der Betroffenen verstanden wird. Krieg und politischer Kontext,

häufig Ursachen oder mindestens Auslöser, spielen in der Betrachtung und Behandlung zumindest seitens der Bundeswehr keine Rolle (Pohl 2012), was an Zynismus schwer zu übertreffen ist. Ebenso zum Stressor oder Trauma können alle möglichen einschneidenden Erlebnisse auch eines zivilen menschlichen Lebens werden, schwerer Missbrauch ebenso wie Autounfälle.

Eine ähnlich ‚verschleiende‘ Bedeutung trägt auch der Begriff ‚Burn-out‘ in sich. Während bei einer PTBS meist ein entscheidendes traumatisierendes Erlebnis als Auslöser betrachtet wird, ist es beim Burn-out eine chronische Stresseinwirkung, die zu Erschöpfungszuständen führt. Der Begriff wurde 1974 von Freudenberger erstmals im Zusammenhang mit beruflichem ‚Stress‘ angeführt. Freudenberger bezog sich auf seine Erfahrungen in der Sozialarbeit mit Prostituierten und Drogenabhängigen in New York und entwickelte ein Phasenmodell. Er bezog sich vor allem auf Berufe im Sozialwesen, als Ausgangspunkt sieht er ein hohes berufliches Engagement, das mit hohen ethischen Zielen verbunden ist, charakteristisch für Tätigkeiten im sozialen Bereich. Wenn diese Ziele nicht erreichbar sind, so Freudenbergers Modell, setzt Desillusionierung und Demotivation ein, die zu sarkastischen und zynischen Haltungen der Betroffenen führen und häufig mit sozialem Rückzug einhergehen. Damit ist ein steigendes Gefühl des ‚Ausgebranntseins‘ und der inneren Leere verbunden, dazu können Ängste und Gefühle der Überforderung auftreten. Hinzu kommen auf der symptomatischen Ebene zahlreiche unspezifische körperliche Symptome; Erschöpfung, Unruhe, Schlafstörungen, Kraftlosigkeit und Somatisierung. Die Betroffenen können zudem Depressionen entwickeln, außerdem Konzentrations-, Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen. Die letzteren Symptome sind auch für mittelgradige oder schwere Depressionen charakteristisch (vgl. Schneider 2013; Kollbrunner 2010, S. 53f.). Kollbrunner geht davon aus, dass mit dem Burn-out die frühere „Erschöpfungsdepression“ „wiederauferstanden“ ist (2010, S. 54). Wurde der Begriff zunächst auf soziale Berufe bezogen, so ist er spätestens seit Mitte der 1990er-Jahre auch für Führungskräfte und Manager beschrieben worden, „die hoch leistungsmotiviert seien und unter hohem Leistungsdruck stehen würden“ (Schneider 2013, S. 233). Die von Freudenberger beschriebenen, auf soziale Berufe bezogenen, hohen ethischen Ideale sind zumindest aus diesem Diskurs herausgefallen, wobei der Begriff eine hohe Medienpräsenz hat. Das Burn-out-Konzept beinhaltet, so bringt Schneider es auf den Punkt, dabei „eine Sichtweise, nach der die psychischen, sozialen und somatischen Probleme primär Folgen eines besonderen beruflichen Engagements und entsprechender Anforderungssituationen darstellen. Danach weist die Diagnose Burn-out quasi den Charakter einer Ehre auszeichnung auf“ (ebd.). Das eigene starke Engagement und die Verausgabung führen in dieser Lesart zum ‚verdienten‘ Ausgebranntsein, was mehr gesellschaftliche Akzeptanz erfährt als eine Depression, für die schließlich nichts ‚geleistet‘ wurde. Schmerzliche individuelle biografische Hintergründe treten in den Hintergrund, werden die Symptome über diesen ‚mechanischen‘ Stress erklärt (vgl. Kollbrunner 2010, S. 54). Die Diagnose ist dabei nicht eigenständig, das Burn-out fällt in der ICD-10 unter die Kategorie

„Probleme, verbunden mit Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (Z 73)“ (vgl. ebd.). Kollbrunner verweist darauf, dass vor allem verhaltenstherapeutisch orientierte Psychosomatiker_innen darauf bestehen, dass es sich beim Burn-out um ein eigenständiges Krankheitsbild handele, wobei er die Ursachen in der Mehrheit der Fälle – wie bei Depressionen – im zwischenmenschlichen Bereich sieht. „Die hinter depressiven Entwicklungen stehenden biografischen Belastungen können mit so mechanischen Vorstellungen leicht verdrängt werden, insbesondere deren selbst verantwortete Teile“ (Kollbrunner 2010, S. 54). Über die weit verbreitete Empfehlung des „Auftankens“ hinaus macht ein solches Leiden an den eigenen Lebensumständen auch eine ehrliche Reflexion der eigenen Beweggründe notwendig um beispielsweise eine berufliche Umorientierung vorzunehmen, die mit finanziellen Einbußen einhergehen kann. Dieser Weg, so schildert es Schneider, „ist dem Einzelnen oftmals nicht möglich, weil eine Veränderung u. U. gravierende Probleme auf der Ebene des Selbstbilds, der Realisierung von selbst gesetzten Zielen, des Lebensstils und ggf. in den Beziehungen ergeben könnte“ (2013, S. 334) und es ist nicht davon auszugehen, dass dies immer bewusste Mechanismen sind. Über die Missachtung der unbewussten Dimension und die Überführung gesellschaftlicher Verhältnisse in ein individualisiertes Leiden wird der ‚Stressor‘ auch hier abgekoppelt von den tatsächlichen Ursachen betrachtet, auch hier findet eine Medikalisierung (siehe Abschnitt 5.1) statt. Der ‚Stress‘ wird zu einem individuellen Problem, womit eine heilsame Veränderung der individuellen Lebensumstände erschwert und der Blick auf gesellschaftliche Verhältnisse vermieden wird.

Um nachzuvollziehen, was in dieser aktuellen Entwicklung für die Psychosomatik verloren geht, wird der Blick von hier aus noch einmal zurückgeworfen auf die Anfänge der Psychosomatik in der Bundesrepublik, hier auf einen ihrer frühen Protagonisten: Viktor von Weizsäcker, der in einem ‚Burn-out‘ höchstwahrscheinlich eine individuelle Lebenskrise gesehen hätte.

4.6 Viktor von Weizsäcker und medizinische Anthropologie

In der Umbruchzeit der 1920er-Jahre begann auch Viktor von Weizsäcker (1886-1957) sich eingehender mit psychischen Faktoren als Ursache von Krankheit zu beschäftigen. Seine Bedeutung auf institutioneller Ebene ist weiter oben bereits dargelegt worden. Von Weizsäcker gilt heute als einer der Gründerväter der psychosomatischen Medizin in Deutschland und war richtungsweisender Lehrer und Mentor für Alexander Mitscherlich. Seine medizinischen Überlegungen waren geprägt von der Idee der Einführung des Subjektes in die Medizin, einer *biographischen Medizin* und der Suche nach einer medizinischen Anthropologie. Dass er auch einige Semester Philosophie studiert hatte und ihm dieses Interesse stets erhalten blieb ist seinen Schriften deutlich anzumerken.

Er begann als Physiologe, habilitierte sich als Internist, wurde 1930 Professor für Neurologie in Heidelberg, 1941 Ordinarius für dieses Fach in Breslau und 1946 Ordinarius für Allgemeine klinische Medizin in Heidelberg.

Von Weizsäcker wurde gleich zu Beginn des Ersten Weltkrieges eingezogen und verbrachte diesen größtenteils als Truppenarzt. Diese Konfrontation mit Extrembedingungen stellten für ihn, wie für die meisten seine Zeitgenossen, eine neue und einschneidende Erfahrung dar.¹⁴ Seine Haltung zur Inneren Medizin wurde durch die Kriegserlebnisse nachhaltig verändert, wobei ihm die „Krise in der Medizin“ bereits vor dem Krieg sichtbar geworden war (von Weizsäcker 1954, S. 47). Das Nebeneinander von Laboratoriumsdenken (wertfrei) und Krankensaalhandeln (wertebezogen) empfand er als Zerrissenheit, woraus die von ihm in den Folgejahren stets mit Überzeugung vertretene „Wendung zur Therapie“ (a. a. O., S. 40), die Forderung nach einer patientenbezogenen ärztlichen Haltung resultierte. Er kehrte nach Kriegsende nach Heidelberg zurück und übernahm dort die Nervenabteilung der Medizinischen Klinik der Universität Heidelberg, hier wurde er auf das Problemfeld aufmerksam, dass er später mit dem Schlagwort „Einführung des Subjekts“ umschreiben sollte (a. a. O., S. 67). Es war die damals herrschende Lokalisationslehre, in der er eine logische Unklarheit erkannte: „Der logische Fehler der Lokalisationslehre lag darin, daß die Funktionsbilder bei Läsion keine Substraktionsprodukte sind, weil die Restmasse *anders* funktioniert, als sie es im Verbands des unversehrten Ganzen tat“ (a. a. O., S. 102f.).

Die Lehre von Weizäckers sollte die der *Solidarität aller Funktionen* werden. Er entwickelte seinen patientenzentrierten klinisch-biographischen Ansatz ebenfalls in der Neurologie, die damals noch der Inneren Medizin zugerechnet wurde. Seine universitäre Laufbahn verlief zunächst unbefriedigend, der erhoffte Lehrstuhl für innere Medizin wurde ihm versagt, als er 1934 neu zu besetzen war. Sein ehemaliger Schüler, Johannes Stein, wurde ihm vorgezogen. „Bei der nächsten Gelegenheit vertauschte er Heidelberg mit Breslau, obwohl dies ‚nur‘ ein (damals allerdings bedeutender) Lehrstuhl für Neurologie war“ (Henkelmann 1986, S. 76). Stein war zwar ungleich geringer qualifiziert als von Weizsäcker, seine Mitgliedschaft in der NSDAP wog diesen Mangel an Qualifikation jedoch offensichtlich auf. Die Universität Heidelberg hatte sich seit 1933 „laut und vernehmlich zur Weltanschauung Hitlers bekannt“ (Hoyer 2008, S. 94).¹⁵ Mit Kriegsende endete auch von Weizäckers Arbeit in Breslau, Anfang

¹⁴ Die Quellenlage erlaubt zwar kein klares Urteil über von Weizäckers Haltung zu diesem Krieg, Benzenhöfer erscheint es allerdings mindestens „plausibel dass Weizsäcker nicht der totalen Kriegsbegeisterung verfiel“ (Benzenhöfer 2007, S. 36).

¹⁵ Von Weizäckers Position und Verhalten im Nationalsozialismus wird in der Literatur kontrovers beurteilt (vgl. Benzenhöfer 2007, S. 161). Ohne diese Frage hier in Ausführlichkeit zu diskutieren, sei doch darauf hingewiesen, dass von Weizäckers sozialpolitisches Programm sich kaum als eindeutige Position zum oder gegen den Nationalsozialismus einordnen lässt. Da er die ärztliche Kompetenz auf kulturelle und gesellschaftliche Fragen ausdehnen wollte, führte ihn sein Weg in die Sozialpolitik. Seine Vorstellungen davon überschritten sich teilweise mit denen der Nationalsozialisten, daher hoffte er zunächst, die erträumte Wende in der Medizin im nationalsozialistischen Regime verwirklichen zu können. In Weizäckers Arbeiten aus dem Jahre 1933 findet das Wort „Vernichtungslehre“ seine Verwendung, sie ist allerdings kein Entwurf einer eugenischen Vernichtungspolitik (vgl. Dehli 2007, S. 97ff.). Dehli deutet sein Verhalten als einen weiteren Fall „jener

Juli erreichte er auf Umwegen Heidelberg. Seine beiden Söhne waren gefallen, seine beiden Töchter und seine Frau überlebten den Krieg. Er kehrte als Kriegsgefangener nach Heidelberg zurück, die Universität erreichte eine zügige Freilassung. Bereits im Winter wurde ihm die kommissarische Leitung des Physiologischen Instituts übertragen. Von Weizsäcker kehrte in depressiver Stimmung zurück, „müde und gealtert mit einem Stapel autobiographischer Aufzeichnungen, die mehr nach Bilanz als nach Neubeginn aussahen“ (Henkelmann 1992, S. 177). Die medizinische Fakultät sorgte dafür, dass ihm noch im laufenden Semester ein Lehrstuhl für Allgemeine Klinische Medizin eingerichtet wurde, wo er bis zu seiner Emeritierung im September 1952 lehrte und forschte (vgl. Hoyer 2008, S. 138). Von Weizsäcker litt unter der Parkinson'schen Krankheit, sein Lehrstuhl verwaiste nach seiner Emeritierung. Seinen Wunschkandidaten und ehemaligen Assistenten in Breslau, Paul Christian, lehnte die Fakultät ab, sie wollte die Neurologie zum eigenständigen Ordinariat aufwerten. Mitscherlich kam nach eigener Wahrnehmung wegen der Ablehnung der Psychoanalyse seitens der Fakultät nicht in Frage. Das Vorhaben der Fakultät, den Lehrstuhl einem Internisten zu übertragen, wurde ebenfalls nicht in die Tat umgesetzt. „Damit endete die erste Phase einer psychosomatisch-anthropologischen Medizin innerhalb der Inneren Medizin“ in Heidelberg (Henkelmann 1986, S. 173).

4.6.1 Von der Biologie zur Biographie

Die Anthropologische Medizin ist Kernstück in von Weizsäckers Werk. Der Mensch ist für ihn primär ein Beieinander von Leib und Seele, wobei jeder Teil ständig auf den anderen reagiert. Der Zugang zu seinem Werk ist durch die 10bändige Werkausgabe seit den 1980er-Jahren erleichtert, dennoch ist er durch Probleme „vor allem des Stils nicht wenig erschwert“ (Reuster 1990, S. 12).

Nach dem Ersten Weltkrieg begann von Weizsäcker verstärkt an traditionellen Behandlungsmethoden zu zweifeln und suchte die Ursachen für Krankheit in der Lebensgeschichte seiner Patient_innen. Damit löste er sich von der klassischen Medizin, die, von Ausnahmen abgesehen, weiterhin dem mechanisch-chemischen Denken verhaftet war. Konträr zu der gängigen ‚Werkstück-Perspektive‘ sah von Weizsäcker Lebenskrisen für den Ausbruch von Krankheiten verantwortlich, die sich vielleicht schon schleichend angebahnt hatten. Die Einführung des Subjektes in die Medizin wurde sein erklärtes Ziel in zweierlei Hinsicht: Einerseits in der Betrachtung der Biographien und damit der individuellen Situation

‚Selbstmobilisierung‘, mit der ein großer Teil der deutschen Wissenschaftler im Kampf um Ressourcen und um politische Unterstützung die eigenen Forschungsprogramme in den Dienst des Regimes stellte“ (Dehli 2007, S. 99f.). Benzenhöfers Hauptergebnis zu dieser Frage ist, dass von Weizsäcker in Bezug auf die Grundlinien seiner sozialmedizinischen Position kaum etwas an seiner Einstellung von vor 1933 änderte (vgl. Benzenhöfer 2007, S. 165f.). Ab Mitte der 1930er-Jahre, so betitelt es Benzenhöfer, begab von Weizsäcker sich in eine Art „neurologische Emigration“ (Benzenhöfer 2007, S. 172.). Von Weizsäcker verbrachte den Krieg in Wehrmachtslazaretten in Heidelberg-Wieblingen und in Breslau als Reserveoffizier, schließlich im aktiven Dienst in der Wehrmacht als Oberarzt.

und den individuellen Empfindungen des Patienten: „Eine Situation ist gegeben, eine Tendenz kommt auf, eine Spannung steigt an, eine Krise spitzt sich zu, ein Einbruch der Krankheit erfolgt und mit ihr, nach ihr ist die Entscheidung da; ein neue Situation ist geschaffen und kommt zu einer Ruhe; Gewinne und Verluste sind jetzt zu übersehen. Das Ganze ist wie eine historische Einheit“ (von Weizsäcker 1947a, S. 233). Damit spricht von Weizsäcker der Krankheit einen Sinn zu. Das wird noch deutlicher, wenn er sagt, dass

„Krankheiten an Wendepunkten biographischer Krisen stehen oder in die schleichende Krise eines ganzen Lebens eingeflochten sind. Wir erfahren ferner, daß diese Einflechtung keine äußerliche, zufällige, und grobmechanische ist, sondern daß Krankheit und Symptom den Wert von seelischen Strebungen, moralischen Positionen, geistigen Kräften annehmen und daß dadurch in der Biographie so etwas wie ein gemeinsamer Boden für den körperlichen, seelischen und geistigen Anteil der menschlichen Person entsteht“ (von Weizsäcker 1935, S. 329).

Neben diesem Sinn der Krankheit rückte die Arzt-Patient-Beziehung ins Zentrum seiner Überlegungen. „Um Lebendes zu erforschen, muß man sich am Leben beteiligen“ (von Weizsäcker 1940, S. 83). Dieses fast schon berühmte Zitat sagt, was mit der Formel „Die Einführung des Subjektes“ gemeint ist: Es ist unumgänglich, die Subjektivität in der Forschung wahrzunehmen und ins Kalkül mit einzubeziehen. Dies auch dort, wo die Forschung noch so streng um Objektivität bemüht ist, und wo der subjektive Faktor seine Präsenz längst verloren hat. Gemeint ist die Anerkennung des Subjektes in der Medizin, wo es ja nicht nur um medizinische Forschung geht, sondern wo das ‚Objekt‘ des ärztlichen Umgangs ein Subjekt ist – nämlich der kranke Mensch. Die Methode, die dazu führt, ist eben die biographische Methode: Es geht um die Geschichte des Kranken, nicht nur um die engere und datenmäßig objektivierete Krankheitsanamnese, sondern um die Geschichte eines Lebens, in welcher sich bereits Krankheit anbahnt (Schrenk 2003, S. 301). Von Weizsäcker geht davon aus, dass Objektivität in diesem Fall ohnehin unmöglich ist:

„Die Physik setzte voraus, daß das erkennende Ich einer Natur gegenüber gestellt sei; die Natur ist dann ein Gegenstand für die Erkenntnis. Man kann ihr beantwortbare Fragen stellen; man darf nur nicht fragen, wer die Natur im Ganzen gemacht hat. Bei den Lebewesen dagegen kommt man bei jedem Einzelnen in die Lage, nicht verstehen zu können, wie es entstehen, vergehen und bestehen könne. Der Grund dafür ist der, daß wir selbst ein Lebewesen sind, und ferner der, daß wir mitsamt allen Lebewesen uns in einer Abhängigkeit befinden, deren Grund selbst nicht Gegenstand der Erkenntnis werden kann“ (von Weizsäcker 1946, S. 47).

Von Weizsäcker unternimmt den Versuch, das erkennende Ich konsequent in den Naturzusammenhang einzubinden und seine Erkenntnisleistung aus diesem Zusammenhang verständlich zu machen. Damit verzichtet er völlig auf eine Sonderstellung des Menschen gegenüber der äußeren Natur (Link 2003, S. 230).

Kütemeyer zeigt von Weizsäckers – für seine Zeit sehr unorthodoxe – Betrachtungsweise am Beispiel des Schmerzes. Schmerz an sich ist ein „undifferenziertes Phänomen“ (Kütemeyer

2003, S. 56). Schmerzlosigkeit ist ein Erfolgskriterium jeder Therapie. In *Die Schmerzen* (von Weizsäcker 1926b) versucht von Weizsäcker, Bedeutungen von Schmerz zu benennen und zu ordnen. Er betrachtet Schmerz in zweierlei Hinsicht, als Hinweis auf körperliche Schädigungen und als Indikator, als Begleiter von Wachstum und Werden, wobei er zwischen ‚Zerstörungsschmerz‘ und ‚Werdeschmerz‘ unterscheidet. Dies sind gegensätzliche Bedeutungen, das Ideal der Schmerzlosigkeit wird von ihm entmachtet. In diesem Aufsatz wächst laut Küttemeyer „eine neue ärztliche Haltung zum Schmerz: Weniger der Beseitigung der Schmerzen, sondern der Hinwendung zum Schmerz, dem Kennenlernen und Differenzieren der Schmerzen, der Inangriffnahme der Schmerzarbeit, dem Erlangen einer Schmerzfähigkeit gilt die gemeinsame Aufgabe von Arzt und Patient“ (Küttemeyer 2003, S. 57). Selbst im Schmerz, den es herkömmlicherweise auszumerzen gilt, erkennt von Weizsäcker somit einen Sinn und eine Möglichkeit, zum Sinnverständnis der Geschichte seiner Patient_innen vorzudringen. Diese ‚Sinnsuche‘ in der Lebensgeschichte bot offensichtliche Überschneidung mit dem Werk Freuds (Stoffels 2003, S. 93).

4.6.2 von Weizsäcker und Freud

1925 ist eine Lockerung bei von Weizsäcker festzustellen:¹⁶ Er trat öffentlich für die seitens von Medizin und Psychiatrie größtenteils abgelehnte und diffamierte Psychoanalyse ein. Auch Ludolf von Krehl lehnte die Psychoanalyse ab. Die Verknüpfung von innerer Medizin und Psychoanalyse, mit der von Weizsäcker in der Fachwelt verschiedentlich anecken sollte, stellt eine für die Psychosomatik im medizinischen Bereich überaus bedeutsame Pionierleistung dar (vgl. Hoyer 2008, S. 94). Die *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse* (Freud 1916/17) faszinierten ihn. In Freud sah von Weizsäcker das Mittel gegen die naturwissenschaftliche und sozialpolitische Krise der Medizin (von Weizsäcker 1954, S. 53). Die „tiefenpsychologische Erkundung“ hielt er nicht nur für nützlich in Bezug auf seelische Leiden, sondern auch zur Behandlung körperlicher Symptome, vom Asthma bis zur Herzinsuffizienz (vgl. von Weizsäcker 1937). Die psychoanalytische Beeinflussung wurde für ihn richtungsweisend auch in ihrem Potenzial zur Veränderung der Medizin als Disziplin. In *Randbemerkungen über Aufgabe und Begriff der Nervenheilkunde* schreibt er 1925, beinahe euphorisch:

„In der psychotherapeutischen Bewegung steckt der Enthusiasmus und die Aspiration einer ganz neuen Medizin, die zugleich mit einigen mehr oder weniger entscheidenden Tendenzen der vorhergehenden Epoche aufräumt. [...] Es handelt sich nicht um andere Meinungen nur, sondern um neue ärztliche Gesinnungen, um einen Wandel der Aufgabe des Arztes, aber auch der Medizin als Lehre. [...] Es ist der Zweifel an der nur naturwissenschaftlichen Grundlage

¹⁶ Benzenhöfer bezeichnet diese als „eigenartig“, für genauere Überlegungen zu weiteren Beweggründen vgl. Benzenhöfer 2007, S. 61.

der Medizin, der Wille zu einem Neuaufbau auf breiteren Fundamenten, eine Erweiterung und Verschiebung des Heilziels“ (von Weizsäcker 1925, S. 307).

Mit diesem Aufsatz wurde seine Freud-Rezeption öffentlich, der Tadel einer Art „Mechanisierung der Seele“ durch die Lehre Freuds findet sich allerdings neben überschwänglicher Zustimmung auch (a. a. O., S. 316). Von Weizsäckers wichtigster Beitrag auf dem Feld der Psychosomatik, das sich in Deutschland entwickelte, war seine Studie *Körpergeschehen und Neurose* (von Weizsäcker 1947a). Da er persönlichen Kontakt mit Freud unterhielt, konnte er diese 1933 in der *Internationalen Zeitschrift für Psychoanalyse* veröffentlichen. Dieser Aufsatz, den von Weizsäcker an Freud übersandte, war der Auslöser für den wissenschaftlichen Austausch mit Freud (von Weizsäcker 1954, S. 45; S. 145ff.). Freud erklärte, dass er von Weizsäckers Auffassung des Falles teile und aus jenem Briefwechsel stammt Freuds Formulierung, die Analytiker müssten von solchen Untersuchungen aus erzieherischen Gründen ferngehalten werden (a. a. O., S. 146). Von Weizsäckers Freudrezeption blieb selektiv, er stimmte weder der Triebtheorie noch der sexuellen Ätiologie der Neurose zu. Dehli (2007, S. 94) findet in von Weizsäckers Beschreibung eines Besuchs bei Freud die anekdotische Verdichtung der weltanschaulichen Differenzen der beiden Nervenärzte: Von Weizsäcker beschreibt in seinen Erinnerungen, wie er beim Abschied die Bemerkung fallen ließ, er sei „im Nebenamte wohl auch etwas Mystiker“, Freud habe „mit geradezu entsetztem Blick“ entgegnet: „Das ist ja furchtbar!“ Freud „muß dann noch irgendetwas von der Unantastbarkeit des Verstandes gesagt haben, ich habe es nicht gehört oder vergessen“ (von Weizsäcker 1954, S. 145).

Eine ausführliche Betrachtung der Bedeutung der Psychoanalyse in von Weizsäckers Werk findet sich bei Reuster (1990). Er kommt zu dem Schluss, dass von Weizsäcker der Psychoanalyse zwar die Tür zur akademischen Medizin aufstieß und sie grundsätzlich verteidigte, sie aber in seinem Werk mit Unschärfe behaftet ist: „Sie erscheint im Werk Weizsäckers in einer merkwürdigen Unechtheit – und dies im Gegensatz zum Stellenwert Freuds in seinem Denken.“ Reuster bezweifelt nicht, dass von Weizsäcker Freuds Schriften kannte, er stellt aber fest, dass „diese Kennerschaft niemals genutzt wird, um Freud in originaler Differenziertheit und Ausführlichkeit darzustellen oder zu referieren, wie dies in anderen, durchaus selbstständigen Publikationen zum Thema, beispielsweise den Schriften Mitscherlichs, der Fall ist“ (a. a. O., S. 106). Von Weizsäcker warf der Psychoanalyse vor, dass sie zu sehr „Nur-Psychologie“ (von Weizsäcker 1954, S. 167) sei, dass sie die Leiblichkeit des Menschen und die Wirksamkeit seiner sozialen Umwelt zu wenig berücksichtige. So konnte er sein Ziel im Hinblick auf den psycho-somatischen Zusammenhang auch als Einführung der Psychologie in die Medizin formulieren. Er wollte nicht die naturwissenschaftliche Kausalität durch psychische Kausalitäten ersetzen, sondern psychologisches mit medizinischem Wissen verbinden (vgl. auch Achilles 2003, S. 150f.):

„Während nun die Psychoanalyse die Aussagen der Kranken als Kundgabe über ihren psychischen Inhalt verwertet, wurde hier der Versuch gemacht, diese

Aussagen als Zeugnisse einer Selbstwahrnehmung ohne Einschränkung zu deuten. Also auch das Leibgeschehen sollten sie darstellen; ja, eine solche Trennung zwischen seelischem und körperlichem Bereich sollte gar nicht vorausgesetzt sein, so sehr sie uns selbstverständlich geworden sein mag“ (von Weizsäcker 1954, S. 154).

Von Weizsäcker entwickelte sein Programm für eine Medizinreform vornehmlich in diese beiden Richtungen: er führte die Psychotherapie in die Behandlung organischer Krankheiten ein und entwarf eine ärztliche Sozialpolitik (vgl. Dehli 2007, S. 95). Sein eigenes Anliegen ist im Wesentlichen der *Umgang* von Arzt und Patient, das Wort *Übertragung* findet sehr sparsamen Gebrauch. Die Schriften *Der Arzt und der Kranke* (von Weizsäcker 1926a) und *Vorlesungen über allgemeine Therapie* (Weizsäcker 1933) unterstreichen die wegweisende Rolle, die das Verhältnis zwischen Ärzt_in und Patient_in für ihn spielt.

4.6.3 Der Gestaltkreis

Die in von Weizäckers Werk zentrale Theorie des Gestaltkreises und ihre Bedeutung sind nur vor dem Hintergrund der zu jener Zeit herrschenden Lokalisationslehre mit ihrem starren Reiz-Reaktionsschema zu begreifen. Die Theorie, der zufolge das menschliche Gehirn eine komplexe Maschine und unwandelbar ist, stammt aus dem siebzehnten Jahrhundert und wurde Mitte des neunzehnten Jahrhunderts als Lokalisationslehre in die Neurowissenschaft eingeführt. Die Lokalisationstheorie geht davon aus, dass bestimmte Hirnareale unwandelbar und fest mit bestimmten Funktionen verbunden sind. Der geistige Apparat besteht aus einem Netzwerk von Hirnzentren, die ähnlich wie ein Mosaik miteinander verbunden sind. Diese Areale sind determiniert, durch die starre Reiz-Reaktionsorientierung hat der freie Wille in diesem Modell kaum Einfluss auf menschliches Verhalten, die Hirnzentren machen den Geist aus. Freud kritisierte diese Theorie bereits in *Zur Auffassung der Aphasien* (Freud 1891b) dahingehend, dass es nicht möglich sei, einzelne geistige Funktionen eng umgrenzten Hirnarealen zuzuschreiben (vgl. Solms et al. 2007, S. 75f).

Die 1940 erschienene Schrift *Der Gestaltkreis - Theorie der Einheit von Wahrnehmen und Bewegen* (1940) steht im Zentrum von Weizäckers Werk. Sie geht von damals neuen sinnesphysiologischen und neurophysiologischen Ergebnissen auf der Basis der Schwindelexperimente von von Weizäckers Mitarbeiter Paul Vogel aus und stellt den Versuch eines Paradigmenwechsels dar. Anstelle des einfachen neuronalen Reiz-Reaktions-Musters wird ein komplexer *biologischer Akt* in den Mittelpunkt gerückt. Das entscheidende ist, dass Wahrnehmen und Bewegen stets untrennbar verschränkt sind (vgl. Klinger 1986).

Der Gestaltkreis ist das Modell, nach dem von Weizsäcker die getrennten Bereiche der Wirklichkeit verbunden sieht: Leib und Seele, Ich und Umwelt, physiologische Prozesse und existentielle Entscheidungen. Dieses Modell entstand aus von Weizäckers neurologischer Arbeit, die etwa 1917 begann. Der Gestaltkreis ist dabei „weniger eine Theorie nach naturwissenschaftlichem Vorbild, sondern vielmehr Programm und Beschreibung von Denkstil

und Beobachtungsweise“ (Klinger 1986, S. 178). Einen wesentlichen Ausgangspunkt dieser Untersuchungen bildet dabei der Begriff der Leistung, bzw. der des biologischen Aktes, in welchem die Kohärenz des Subjektes mit der Umwelt, also deren Zusammenspiel, hergestellt wird (vgl. a. a. O., S. 178f.).

Für von Weizsäcker zeigte sich, dass physiologische und neurologische Funktionen nicht die Starrheit einer mathematischen Funktion besitzen, sondern wandelbar sind, was der Lokalisationslehre widerspricht. Es gibt einen „Funktionswandel“ (vgl. von Weizsäcker 1954, S. 131ff.). Es gehört beispielsweise zur alltäglichsten Erfahrung, die jeder schon einmal gemacht hat, dass Schmerzreize je nach Situation verschieden wahrgenommen werden. Der Funktionswandel ereignet sich aber nicht nur in Abhängigkeit von einem Ziel, einer Leistung des Organismus (von Weizsäcker 1954, S. 104f.). Im pathologischen Bereich erwies sich darüber hinaus, dass die Verletzung eines Nerven nicht einfach einen klar umschriebenen Ausfall von Empfindungen, ein Loch in der Wahrnehmung, mit sich bringt, sondern, im Gegensatz zur Annahme der Lokalisationslehre, einen ungenaueren Gesamteindruck. Die Wahrnehmung steht gewissermaßen unter dem Diktat des Gestalthaften, sie ist keine Synthese aus einzelnen, determinierten Wahrnehmungselementen. Wahrnehmung ist keine passive Reaktion auf einen Reiz, sondern aktives Handeln, Wahrnehmung um genau zu sein. Dasselbe gilt auch für die Bewegung. Nicht das Zusammenspiel von nervösen Impulsen erklärt den Gang (das wäre die Sichtweise der Lokalisationslehre), sondern ein bestimmter Gang erklärt ein bestimmtes Zusammenspiel. Die Organleistung erklärt die jeweilige Ordnung der körperlichen Funktionen (vgl. Achilles 2003, S. 147).

Die Struktur des Gestaltkreises stellt die Beteiligung am Leben unter eine bestimmte Bedingung. Von Weizsäcker nennt sie das „Drehtürprinzip“ (1954, S. 124; 319). Dieses Drehtürprinzip geht davon aus, daß mir in der Konzentration auf meine Wahrnehmung meine Bewegung verborgen bleibt und daß mir meine Wahrnehmung verborgen ist, wenn ich mich auf meine Bewegung konzentriere, so wie bei einer Drehtür immer nur die Hälfte wahrnehmbar ist, in der ich mich gerade befinde (Damals waren die Drehtüren noch nicht aus Glas). Das heißt, die im Gestaltkreis miteinander verknüpften Bereiche des Lebendigen stehen für die Wahrnehmung zueinander im Verhältnis gegenseitiger Verborgenheit. Das gilt dann auch für das, was wir Körper, Seele, Umwelt nennen. Wenn ich die physikalisch-chemischen Prozesse wahrnehme, entgeht mir die seelische Seite und umgekehrt. Daraus kann die Illusion entstehen, daß Krankheiten nur das eine oder andere wären, oder dass man körperliche von seelischen Krankheiten trennen könnte, eben weil ich immer nur entweder das eine oder das andere wahrnehme. Um aber diese Bezüge zwischen den Bereichen des Lebendigen, die eigentlich nur verschiedene Erscheinungsformen sind, zu erkennen, muss ich den Gestaltkreis immer wieder durchlaufen, mich von einem zum andern wenden, die Spannung zwischen den komplementären Aspekten aushalten, um die Zusammenhänge zwischen ihnen zu entdecken (vgl. Achilles 2003, S. 149). Der Zusammenhang von Ich und Umwelt, von Wahrnehmen und

Bewegen, wird also bestimmt von der Motivation und dem Interesse, nicht von determinierten Gehirnarealen. Nach Abschluss einer Handlungseinheit, oder bei einer Störung, kommt es dann zu einer Krise, weil der Zusammenhang zerrissen ist und schließlich zu einer neuen Ordnung in dem ganzen Zusammenspiel. So ist der Lebensprozess aus einzelnen Akten zusammengesetzt, die durch Krisen getrennt, aber auch miteinander verbunden werden.

„Der Gestaltkreis ist eigentlich eine Anweisung zur Erfahrung des Lebendigen. Man kann den Gestaltkreis nicht in seiner Integration besitzen (weder denkend noch anschauend), sondern man muß ihn durchlaufen und seine Gegensätze erleiden in einem fortgesetzten Aus-den-Augen-verlieren und einem immer neuen Die-Wirkung-verlieren, um ein neues zu gewinnen. Dieser Zustand läßt sich auch so aussprechen, daß wir den Besitz, die Gegenwart unendlich überschreiten müssen, und verlieren müssen, um zu besitzen, aber nicht ganz besitzen können, da wir immer verlieren. Der biologische Akt ist also transzendent“ (von Weizsäcker 1946, S. 55).

Das bedeutet, dass ich die Wirklichkeit verändere indem ich mit ihr umgehe, und dann muss ich meinen Rundgang erneut beginnen. Das Erkennen und die Wirklichkeit selbst sind somit in beständiger Entwicklung begriffen und nie verfügbar. In diesen Rundgang einbezogen sind nun nicht nur Wahrnehmung und Bewegung, sondern alle Organleistungen. Damit sind wir bei der Psychosomatik: Jedes Organgeschehen ist Teil eines biologischen Aktes, eine Form der Kohärenz mit der Umwelt (vgl. Achilles 2003, S. 148f.).

Von Weizsäckers viel zitierter Ausspruch „Wir leben nicht, weil wir Funktionen haben, sondern wir haben Funktionen, weil wir leben“ (von Weizsäcker 1935, S. 279), und seine Bedeutung wird eigentlich erst vor diesem Hintergrund verständlich. Eben dieses Geschehen im Gestaltkreis bezeichnet von Weizsäcker als Umgang. Somit muss auch die Therapie ein Umgang sein:

„Krankheit ist dann eine Form der Selbstzerstörung, ein Umgang mit sich selbst, der bestimmten Umgangsformen der Menschen miteinander entspricht. Anders ausgedrückt: Krankheit entsteht, wenn gesunde Formen des Umganges nicht gefunden werden, Krankheit vertritt das ungelebte Leben. Wie will man dann erfahren, was gesund macht und was krank macht? Nach dem Prinzip des Gestaltkreises gibt es nur eine Antwort: Um Lebendes zu erforschen muss man sich am Leben beteiligen“ (von Weizsäcker 1940, S. 83).

Leib und Seele im Gestaltkreis verbunden zu sehen heißt dann, dass die Begriffe *Leib* und *Seele* letztlich nur Erscheinungsweisen des ganzen als Gestaltkreis verbundenen Subjektes bezeichnen. Leib und Seele sind nicht eins, aber sie gehen miteinander um. Von Weizsäcker gebraucht drei Modelle, um die Beziehung von Leib und Seele darzustellen: Kausalität, Ausdruck und Stellvertretung (vgl. von Weizsäcker 1947b, S. 401ff.). Der dritte Aspekt schließt die beiden ersten ein. Wenn ich einen Nerv durchtrenne, führt das zur Veränderung des Wahrnehmens und Bewegens, das ist Kausalität. Wenn ich rot werde, weil ich mich schäme, so ist das Ausdruck. Wenn ich eine Angina bekomme, statt die Auseinandersetzung mit einem Menschen zu wagen, so ist das Stellvertretung.

4.6.4 Medizinische Anthropologie und Pathosophie

Von Weizsäckers Schaffen als klinischer Lehrer, Arzt und Philosoph ist durchzogen von seinem Bemühen um eine Medizinische Anthropologie (vgl. 1926a; 1926b; 1956). Es war der Antagonismus zwischen der Wertbezogenheit ärztlichen Handelns auf der Einen und der Wertfreiheit der naturwissenschaftlichen medizinischen Forschung auf der anderen Seite, den er aufzulösen suchte. Anthropologische Medizin ist noch mehr als die Einbeziehung der psychosomatischen Betrachtungsweise in die Medizin. Wenn sie nämlich die Einführung des Subjektes ernst nimmt, so kann sie die Subjektivität des Arztes nicht aussparen. Das ist gemeint, wenn er von der „Solidarität“ im Umgang von Arzt und Krankem spricht (Schrenk 2003, S. 309). In seiner grundlegenden Vorlesung *Ärztliche Fragen* definiert er 1933 die Einführung der Psychotherapie in die Behandlung organischer Krankheiten und eine ärztliche Sozialpolitik als wichtigste Felder einer medizinischen Anthropologie, ersteres undenkbar ohne seinen Zugang zur Psychoanalyse.

Von Weizsäcker reflektierte den strukturellen, objektivistischen Kern der naturwissenschaftlichen Medizin kritisch. Damit ist eine radikale Kritik antizipiert, die die Grundbegriffe medizinischen Denkens reflektiert und transformiert und so die Medizin zu neuen Methoden und Zielen wandelt. Dies ist der programmatische Anspruch, den er mit seiner anthropologischen Grundlegung medizinischen Wissens und ärztlichen Handelns einzulösen suchte (Schindler 2003, S. 20f.). „Da die Medizin nun einmal eine Verbindung von Theorie und Praxis geworden war,“ schreibt er rückblickend, „mußte der innere und der äußere Kampf sich auf zwei Punkte konzentrieren: in der Fortbildung der Wissenschaft und in der Wiederherstellung einer eindeutigen ärztlichen Haltung“ (von Weizsäcker 1954, S. 49). Sein Ziel ist eine Medizin der Zusammenarbeit, eine ganz und gar psychosomatische Medizin. Sie geht von einem anthropologischen Ansatz aus, der weder materialistisch noch psychologistisch ist, der diesen Gegensatz sozusagen überholt. Von dieser anthropologischen Medizin sagt er: „Sie umschließt eine politische, eine menschliche und eine wissenschaftliche Aufgabe und kann sich nur für Augenblicke auf eine dieser drei beschränkt wännen. „Zur wissenschaftlichen Aufgabe gehört also eine „Veränderung der Grundlagenbegriffe und des Naturbildes“ (von Weizsäcker 1948, S. 271). Seine Konzeption des Gestaltkreises war ein Versuch, „auf der Basis experimenteller und klinischer Arbeit diese Veränderung der Grundlagen medizinischen Denkens herbeizuführen“ (Achilles 2003, S. 145).

In seinem letzten großen Werk, der *Pathosophie*, (1956) wirft von Weizsäcker ein ungewöhnliches Licht auf Krankheit, er betrachtet sie als dem menschlichen Dasein zugehörig. Eine Krise, die sich in einer Krankheit manifestiert, ist dann ein notwendiger Schritt auf einem Lebensweg statt eines Defekts. Von Weizsäcker diktierte sein letztes Werk teilweise seiner Tochter, da er selbst an Parkinson litt. Das Manuskript des 1956 erschienen Buches wurde nicht

mehr von ihm selbst autorisiert und überarbeitet, die Vorstudien gehen allerdings bis 1951 zurück (vgl. Henkelmann 1986, S. 173).

Die menschliche Subjektivität führt zu von Weizsäckers Aufforderung, Krankheit und Symptom als Ausdruck seelischer Strebungen, moralischer Positionen und geistiger Kräfte zu werten. Als ärztliche Aufgabe betrachtet er, im Symptom das wahrzunehmen, was dem Kranken gerade verborgen ist, und dies ist eine sehr subjektorientierte Betrachtungsweise. Der Kranke will etwas, was er nicht kann, oder soll etwas, was er nicht will, oder er könnte etwas sein, was er nicht sein darf. In diesem Widerstreit von wollen, können, dürfen, sollen und müssen kommt zum Ausdruck, was von Weizsäcker mit dem pathischen Verhältnis der Menschen zu Dingen, zu anderen Menschen und zu sich selbst meint. Der Mensch führt ein pathisches Dasein, was keinesfalls mit pathologisch zu verwechseln ist. Für von Weizsäcker ist es „der *psychologische*, der *phänomenologische* und der *existenzphilosophische* Weg, die jedenfalls der pathischen Eigenart des Menschen ganz erheblich mehr sich nähern konnten als alle Wissenschaften, welche von ihrer Unzulänglichkeit gegenüber dem unzulänglichen selbst noch nicht einmal betroffen und erschreckt worden sind“ (von Weizsäcker 1956, S. 74). Der Begriff wird meiner Einschätzung nach greifbar in der Vorstellung, dass der Mensch sich immer innerhalb dieser Kategorien bewegt und dadurch stets einer Art innerer Spannung ausgesetzt ist. In diesen pathischen Kategorien äußern sich seelische Strebungen, moralische Positionen und geistige Kräfte konkret, von Weizsäcker nennt sie auch pathische Vektoren (vgl. Schindler 2003, S. 28f.). Im pathischen Zustand befindet sich der Mensch, wenn diese pathischen Kategorien gehemmt sind, und sie stehen sich permanent gegenseitig im Weg: „Die Modi der Hemmung sind die vier anderen pathischen Kategorien“ (von Weizsäcker 1956, S. 88). Von Weizsäckers pathische Anthropologie stellt die Frage nach dem Wesen des Menschen also in der Weise, dass das ‚Menschliche im Menschen‘, das Pathische zur Sprache kommt. Der Charakter der menschlichen Existenz manifestiert sich in im Wollen, Dürfen, Sollen, Können und Müssen (a. a. O., S. 30). „Ob aber Wollen eigentlich ein Leiden (wie der Ausdruck ‚pathisch‘ vorschlägt) und nicht im Gegenteil ein Tun ist – diese Frage haben wir noch nicht diskutiert“ (a. a. O., S. 85), und diesem Pathischen haftet auch eine gewisse Passivität an. Der stetige (pathische) Widerspruch wird etwas klarer, wenn von Weizsäcker schreibt, dass das „pathisch Erstrebte *nicht* ist, das Erstreben selbst aber *doch* ist, also das gleiche Gemeinte sowohl nicht ist und ist“ (a. a. O., S. 95, Hervorh. i. O.) oder konkreter: „da nun das, was ich will, nicht ist, so befindet sich der wollende Mensch ganz klar im pathischen Zustand“ (a. a. O., S. 85). Psychoanalytische Kategorien spielen in diesen pathischen Vektoren keine nennenswerte Rolle, dieser pathischen Existenz haftet etwas Mystisches an.

Die Begriffswahl erinnert allerdings an jene Adornos, der dieses Adjektiv mehrfach nutzt, worauf Pohl hinweist: „pathische Dummheit“, „pathischer Narzissmus“, pathische Meinung“ oder „pathischer Nationalismus“ (vgl. Pohl 2009, S. 20). Pohl vermutet den Ursprung dieses Wortgebrauchs bei Adorno „in seiner Rezeption der aristotelischen Wirkungsästhetik der

Tragödie“ (ebd.), bei von Weizsäcker erscheint der Ursprung unklar. Weiter geht Pohl davon aus, dass einer der Hauptgründe für Adorno, diese psychosozialen Mechanismen als pathisch und nicht als pathologisch zu bezeichnen im „Spannungsfeld von Individuum, Politik und Gesellschaft“ (ebd.) verortet liegt: „Der Ausdruck ‚pathisch‘ verweist zwar auch auf den subjektiven Zustand eines allgemeinen Leidens in und an der Gesellschaft, ist aber eher im Sinne von Freuds Unbehagen in der Kultur als nach den Kriterien der psychiatrischen Krankheitslehre zu verstehen.“ (ebd.). In gewissem Sinne lassen sich von Weizsäckers pathische Kategorien durchaus auch als ein ‚allgemeines Leiden in und an der Gesellschaft‘ begreifen, allerdings muss dafür die gesellschaftliche Dimension noch mitgedacht werden, was über die Kategorien von ‚sollen‘ und ‚müssen‘ sicher am eindringlichsten möglich ist. Für von Weizsäcker ist die menschliche Existenz an sich ‚pathisch‘, dass diese Existenz immer eingebettet in Gesellschaft zu begreifen ist, wird nicht in der Tiefenschärfe diskutiert, wie es Adorno tut.

Die Implikationen aus diesen pathischen Kategorien für den Krankheitsbegriff sind enorm, die Grenzen zwischen ‚Normalität‘ und ‚Pathologie‘ sind fließend. Das Widerstreiten dieser ‚Vektoren‘ ist unumgänglich, womit es der innere menschliche Konflikt ebenfalls ist, wenn auch unklar bleibt, ob dies eine unbewusste Dimension einschließt. Aus dieser pathischen Existenz bei von Weizsäcker heraus ist jedenfalls zu verstehen, dass Krankheit zum Wesen menschlicher Existenz gehört. Dies besagt nicht nur, dass Krankheit mit der Lebensgeschichte eines Menschen verwoben und Ausdruck einer Krise ist, sondern dass menschliche Existenz ohne diese Krisen nicht sein kann. Sie fordern eine Richtungsänderung der Biographie. Das Subjekt im Kranken kommt also nicht erst in der besonderen individuellen Konstellation seiner Biographie zum Ausdruck, sondern die Konstellation ist der Ausdruck der pathischen Lebensgestaltung: „In der Krise ereignet sich eine Entscheidung, aber die Krise wird dennoch erlitten, erfahren. Aktivität und Passivität, Freiheit und Notwendigkeit sind in ihr verschränkt, man ‚bekommt‘ und ‚macht‘ zugleich seine Krankheit“ (von Weizsäcker 1948, S. 260).

Die Ähnlichkeiten und Überschneidungen zu psychoanalytischen Überlegungen sind deutlich; mit diesen pathischen Kategorien bleibt der Mensch stets einer inneren Spannung ausgesetzt, die sich, solange er lebt, niemals gänzlich lösen kann, von Weizsäcker hat sich dem Thema des Umgangs von Leib und Seele jedoch nicht triebtheoretisch genähert. Der Psychoanalyse kommt eine bedeutende Rolle in seinen Überlegungen zu, Reuster empfindet es als „auffällig, daß er nie den Versuch unternommen hat, vom psycho-somatischen Zwitterbegriff des Triebes her das Verhältnis beider Sphären zueinander zu untersuchen“ (Reuster 1990, S. 22f.). So nutzt von Weizsäcker den Triebbegriff zwar (zögerlich), dieser bleibt jedoch unscharf (vgl. a. a. O., S. 21ff.). Ähnlich verhält es sich mit dem für die Psychoanalyse so bedeutsamen Begriff des Unbewussten, von Weizsäcker beschreibt vor allem bestimmte Körpervorgänge als unbewusst (vgl. a. a. O., S. 14ff.). Die Psychoanalyse hatte für von Weizsäcker eher die Funktion eines Hilfsmittels auf der Suche nach einer anthropologischen Medizin. Seinen Krankheitsbegriff hat

sie über die Annahme dieses in der menschlichen Existenz angelegten inneren Konfliktpotenzials jedoch geprägt, ebenso sind bei von Weizsäcker die Grenzen zwischen ‚krank‘ und ‚gesund‘ fließend, die Krankheit ist eine ‚Krise‘ und eben kein nur physikalisch-chemisch beeinflussbares ‚Naturereignis‘. Sein Krankheitsbegriff reicht damit über den der Medizin hinaus.

4.6.5 Therapie und Heilung als kommunikativer Prozess

Theoretisch interpretiert folgt aus der pathischen Anthropologie eine Allgemeine Krankheitslehre, die zu interpretieren lehrt. Jede körperliche Erkrankung lehrt dann, dass Begriffe wie Verantwortung, Entscheidung, Wille einen ganz anderen Sinn haben müssen als die ans Bewusstsein gebundene Vorstellung von Wille und Entscheidung. Und für diesen Punkt brauchte von Weizsäcker Freud um sagen zu können: „Die psychosomatische Medizin muss eine tiefenpsychologische sein oder sie wird nicht sein“ (von Weizsäcker 1949, S. 455). Tiefenpsychologisch heißt in diesem Zusammenhang, dass das Wollenkönnen, worunter wohl die Übernahme von Selbstverantwortung zu verstehen ist, auch unter Bedingungen steht. Die Therapie muss dann dazu da sein, diese Bedingungen herauszufinden und möglichst herzustellen. Die Krankheit vertritt das ungelebte Leben:

„[...] aus der Klinik der Migräne, Angina pectoris und der Cholecystopathien [Erkrankungen der Gallenblase, M.K.] sind täglich Beobachtungen zu entnehmen, daß statt eines in der Liebe, in der Fortpflanzung, in der Arbeit, im Geiste ungelebten Lebens ein körperliches Symptom auftritt. Jetzt hat man einen Menschen, der ein in der Liebe, in der Fortpflanzung, der Arbeit, dem Geiste, verkürztes Leben und dazu eine Krankheit hat. Ist das so schwer zu verstehen? Schwer ist nur, das in jedem konkreten Fall zu Gesichte zu bringen“ (a. a. O., S. 460).

Viktor von Weizsäcker wird in nahezu jeder rückblickenden Veröffentlichung zur Psychosomatik als deren wichtigster Gründervater in der Bundesrepublik betrachtet. Seine Bemühungen hinsichtlich der ersten universitären Institutionalisierungsversuche in Heidelberg werden in Abschnitt 5.4.2 diskutiert. Seine Rezeption der Psychoanalyse blieb dabei zwar selektiv, bemerkenswert ist allerdings, dass sie überhaupt stattfand. Es ging ihm nicht darum, alle Erkrankungen psychologisch erklären zu können, sondern um eine Einordnung in innere und äußere Lebensgeschichte: „Die organische Krankheit ist der Biographie als historisch bedeutsames, als geistig sinnvolles Stück eingefügt, als ob sie dazugehöre“ (von Weizsäcker 1955, S. 380). Damit, und mit der großen Bedeutung des Arzt_in – Patient_inverhältnisses befand er sich radikal im Gegendiskurs zur herrschenden medizinischen Lehrmeinung. Dabei sah er den einzelnen Menschen immer eingebettet in seine Beziehungen und damit auch in gesellschaftliche Zusammenhänge, wobei eine Gesellschaftstheorie sich allerdings nicht deutlich ausmachen lässt. Krankheit ist aber untrennbar mit inneren und äußeren Konflikten verbunden, wie es auch in Alexander Mitscherlichs psychosomatischen Überlegungen der Fall sein sollte.

4.7 Alexander Mitscherlich – Krankheit als Konflikt

Alexander Josef Eilhard Mitscherlich wurde am 20. September 1908 in München geboren und neben seinem Forschen und Wirken im Bereich der psychosomatischen Medizin ist sein Werk geprägt von sozialpsychologischen Fragestellungen. An dieser Stelle erfolgt zum besseren Verständnis seiner Motivation zunächst ein skizzenhafter Einblick in seine Lebensgeschichte, darüber hinaus wird so auch deutlich, in welchem gesellschaftlichen Klima die Psychosomatik in der jungen Bundesrepublik entstand.

Aufgrund der Unterstützung des *Widerstandsverlages* Ernst Niekischs wurde Mitscherlich bereits 1933 das erste Mal verhaftet und seine Wohnung durchsucht.¹⁷ Aus dieser relativ frühen Aktion der Gestapo entwickelten sich allerdings keine konkreten Konsequenzen. Während er in Freiburg ab dem Winter 1935/36 drei Semester Medizin studierte, arbeitete er trotz der räumlichen Distanz weiter für den Widerstandsverlag. Als Niekisch und 57 seiner Mitarbeiter 1937 verhaftet wurden, befand Mitscherlich sich zufällig in Zürich und studierte auf Grund der Geschehnisse in Deutschland dort weiter. Es waren Bekanntschaften in der Schweiz, wo er viel mit exilierten Deutschen und vor allem der Literaturszene zu tun hatte, die ihn dazu bewegten, seine politischen Positionen einer Revision zu unterziehen.

Eine der wichtigsten und prägenden Personen war der Psychoanalytiker Gustav Bally, der sich 1934 klar gegen den Nationalsozialismus gestellt hatte. Bei diesem unternahm Mitscherlich die ersten und bis ins Jahr 1958 einzigen Schritte einer Eigenanalyse, auch sein weiterer Weg zur Psychoanalyse wurde von Bally mitbestimmt. Dieser war ausgebildet am Berliner Psychoanalytischen Institut und bekannt mit den wichtigsten Analytikern der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung. Ein Großteil der Kontakte, die für Mitscherlichs wissenschaftlichen Werdegang wichtig werden sollten, wurde ihm durch Bally vermittelt, welcher ihn unter anderem auch mit Werken Viktor von Weizsäckers in Berührung brachte. Mitscherlichs Aufenthalt in der Schweiz endete noch 1937. Im Dezember überquerte er die deutsche Grenze, wurde verhaftet und ins Untersuchungsgefängnis nach Nürnberg gebracht. Die Angaben über die Dauer dieser Inhaftierung variieren zwischen drei und acht Monaten, ob die Verhaftung durch eine politische Fehleinschätzung oder durch eine bewusste mutige Entscheidung gekennzeichnet war, ist ebenfalls nicht eindeutig zu beantworten (vgl. Mitscherlich 1980, S. 100f.; Lohmann 1987, S. 36; Dehli 2007, S. 71ff.). Nach der Haft löste Mitscherlich alle Verbindungen zum *Widerstandsverlag* (das Verlagsvermögen war noch von der Gestapo beschlagnahmt) und wollte sich seine Anteile auszahlen lassen. Politische

¹⁷ Mitscherlichs zu Beginn der 1930er-Jahre geäußerte antidemokratische Meinung lässt sich zwar in die Strömung der Konservativen Revolution einordnen, er ließ sich aber weder unter dem Einfluss Ernst Jüngers noch im Kreise Niekischs zu Aktivitäten oder Äußerungen verleiten, die als antisemitisch oder nationalsozialistisch eingestuft werden könnten (vgl. Hoyer 2008, S. 81f.).

Publikation jedenfalls, durchaus auch ein Interessengebiet Mitscherlichs, war nach der Haft unmöglich geworden.

Die Schriften von Weizsäcker, die Mitscherlich während der Haft von Gustav Bally erhalten hatte, beeindruckten Mitscherlich so tiefgreifend, dass er nach seiner Freilassung von Weizsäcker in Heidelberg aufsuchte und diesem seine Lage schilderte. Von Weizsäcker führte zu diesem Zeitpunkt bereits die neurologische Abteilung der Heidelberger Universitätsklinik, er sicherte Mitscherlich nach bestandenen Staatsexamen eine Assistentenstelle zu. Mitscherlich setzte daraufhin seine Ausbildung in Heidelberg fort. In der neurologischen Abteilung von Weizäckers fand Mitscherlich einen geschützten Raum vor, in dem er inmitten des Krieges und des nationalsozialistischen Terrors seine medizinische Ausbildung relativ ruhig und intensiv verfolgen konnte. Er hatte sogar Zugang zu den gesammelten Schriften Freuds, für deren Anschaffung von Weizsäcker sorgte. Im September 1939 erhielt er seine Approbation und begann als Arzt zu arbeiten, zunächst als Assistenzarzt im St.-Josefs-Krankenhaus, dann in der Nervenabteilung der Ludolf-Krehl-Klinik (vgl. Freimüller 2007, S.49). In dieser Position verblieb er über sechs Jahre und wurde zum Facharzt für Neurologie und innere Medizin ausgebildet, von Weizsäcker wurde zu seinem wichtigsten akademischen Lehrer. Mitscherlich fand in der Medizin die Möglichkeit, seine Weltanschauung durch medizinphilosophische Überlegungen zum Ausdruck zu bringen (vgl. Lohmann 1987, S. 45ff.; Dehli 2007, S. 90ff.). Der Ausbruch des Zweiten Weltkrieges und das nationalsozialistische Regime behelligten ihn zumindest in seiner Arbeit als Arzt nicht weiter: „In der damaligen Ludolf-Krehl-Klinik“, so beschreibt er es in seinen Erinnerungen, „hatte sich ein Kreis gebildeter Menschen gesammelt, die gewiß keine Aufstände, geschweige Revolutionen planten, sondern still ihre Arbeit von Tag zu Tag erledigten“ (Mitscherlich 1980, S. 119).¹⁸ Aufgrund eines vorübergehenden Knieschadens wurde Mitscherlich nicht zur Wehrmacht einberufen, bei den späteren Einberufungswellen galt er bereits als unabhkömmlich (Larese 1978, S. 3), den Zweiten Weltkrieg verbrachte er in Heidelberg und begann dort, sich intensiver mit psychosomatischen Ansätzen zu beschäftigen. Nicht mehr eine umfassende medizinische Lehre vom Menschen, sondern die psychoanalytische Frage nach Triebchicksalen wurde im Laufe der Zeit zu Mitscherlichs primärem Interesse. Bereits in den frühen Untersuchungen über die Psychosomatik standen Ursachen und Tendenzen der innerpsychischen Konfliktvermeidung im Mittelpunkt.

Durch die Verbindung zu Männern wie etwa Alfred Weber, Emil Henk und Karl Jaspers, die den amerikanischen Besatzern als ehemalige Regimegegner bekannt waren und deswegen am politischen Neuaufbau des Landes beteiligt werden sollten, wurde Mitscherlich nach

¹⁸ Freimüller weist allerdings darauf hin, dass die mittlerweile gut aufgearbeitete Geschichte der Universität Heidelberg durchaus eine Geschichte der Gleichschaltung ist. Die Universität war in starkem Maße von Regimebefürwortern durchsetzt, Mitscherlichs Beschreibung der Situation ist daher irritierend. Die medizinische Fakultät, an der Mitscherlich tätig war, verzeichnete den höchsten Anteil an Parteimitgliedern, der Enthusiasmus für das neue Regime war innerhalb des Lehrkörpers unverkennbar (vgl. Freimüller 2007, S. 50f.).

Kriegsende automatisch eine politische Neupositionierung ermöglicht, trotz der Option entschied er sich gegen die Politik (vgl. Dehli 2007, S. 128f.) und widmete sich verstärkt seiner medizinischen Karriere (a. a. O., S. 144). In die Heidelberger Zeit fällt auch die Gründung der *Psyche*, die er seit 1947 herausgab, außerdem die der *Deutschen Gesellschaft für Psychotherapie und Tiefenpsychologie* DGPT, zu deren ersten Vorsitzenden er gehörte.

Die endgültige Entscheidung für den Arztberuf und gegen die als Autor oder Verleger traf Mitscherlich erst 1948, als er eine Assistenzstelle in Zürich antrat. Anfang der 1950er-Jahre entfernte sich Mitscherlich von seinen akademischen Lehrern. Als Mediziner löste er sich von der medizinischen Anthropologie von Weizsäckers und wandte sich zunehmend der Psychoanalyse zu, auch als Psychotherapeut ging er auf Distanz zu ehemaligen Weggefährten, was unter anderem zum dramatischen Ende seiner Freundschaft mit Felix Schottlaender führte (vgl. a. a. O., S. 90ff.). Das entscheidendste Ereignis in der unmittelbaren Nachkriegszeit, das sowohl für Mitscherlichs Biographie als auch medizingeschichtlich große Bedeutung hatte, war der Ärzteprozess in Nürnberg. Mittlerweile ist der Ärzteprozess breit aufgearbeitet (vgl. Freimüller 2007, S. 99; Peter 1998), Alexander Mitscherlich wurde mit der ersten Berichterstattung betraut, wobei der Umgang mit dieser Berichterstattung ein Bild der damals weit verbreiteten Verleugnungspraxis zeichnet. Die angeblich im Namen der Wissenschaft verübten Folterungen und Morde werden im Bericht als das zugespitzte Ergebnis des in der Medizin vorherrschenden Menschenbildes aufgefasst:

„Der Arzt konnte erst in der Kreuzung zweier Entwicklungen zum konzessionierten Mörder und zum öffentlich bestellten Folterknecht werden: dort, wo sich die Aggressivität seiner Wahrheitssuche mit der Ideologie der Diktatur traf. Es ist fast dasselbe, ob man den Menschen als ‚Fall‘ sieht, oder als Nummer, die man ihm auf den Arm tätowiert – doppelte Antlitzlosigkeit einer unbarmherzigen Epoche“ (Mitscherlich und Mielke 1947b, S. 152).

Mitscherlich entschied sich für die Veröffentlichung in Buchform, was nicht mit seinen Auftraggebern, den Ärztekammern, abgesprochen war. Der Heidelberger Verleger Lambert Schneider druckte den Zwischenbericht im März 1947 in einer Auflage von 25.000 Stück. Damit löste Mitscherlich natürlich genau jene „Debatte aus, die zu begrenzen er nach Nürnberg geschickt worden war“ (Dehli 2007, S. 152). Eine detaillierte Auseinandersetzung mit diesem Prozess, Mitscherlichs Rolle darin, den einstweiligen Verfügungen und den juristischen Auseinandersetzungen um die Veröffentlichung ist bereits an anderer Stelle erfolgt (vgl. Peter 1998, Hoyer 2008). Im Klima der 1950er-Jahre, so vermutet Dehli (2007, S. 156), bedurfte es „der Unterdrückung des Buches durch die Ärztekammern“ gar nicht, „damit sich Schweigen über die Verbrechen der nationalsozialistischen Ärzte breitete.“ Aus medizinischen Kreisen schlug Mitscherlich jedenfalls fortan massive Ablehnung entgegen, er war zu einer Zeit, in der ein Großteil der deutschen Bevölkerung um Geschichtsblindheit bemüht war, zum Nestbeschmutzer geworden. Dass seine Vorgehensweise, über den jeweiligen Einzelfall hinaus zu abstrahieren und zu allgemeineren Aussagen über die strukturelle Beteiligung der

akademischen Medizin an den Verbrechen im Nationalsozialismus zu gelangen, in den 1970er-Jahren von Historikern wieder aufgegriffen werden sollte, änderte an seiner kurzfristigen Isolierung und Ernüchterung nichts (vgl. Freimüller 2007, S. 119ff; Dehli 2007, S. 164f.). Langfristig hingegen war das Gegenstück der Ablehnung der Ruf des Aufklärers und es ist davon auszugehen, dass diese Erfahrung seinen Einsatz für eine psychosomatische Medizin verstärkte. Die Pervertierung, Mord und Folter im Namen des Hippokratischen Eides zu begehen um den „Volkskörper“ gesund zu erhalten, sollte für Mitscherlich – neben dem Einfluss auf seine Laufbahn als Mediziner – auch Anstoß sein, sich intensiv mit Fragen nach menschlicher Aggression und Vorurteilsforschung zu beschäftigen.

4.7.1 Psychosomatische Grundannahmen

Mitscherlichs Einsatz für eine psychosomatische Medizin und sein gespanntes Verhältnis zur klassischen Medizin bekommen vor dem Hintergrund des Nürnberger Ärzteprozesses eine schärfere Färbung. Die zahlreichen Veröffentlichungen Mitscherlichs zur psychosomatischen Medizin sind gekennzeichnet von einer stetigen Zuspitzung und Entwicklung hin zur psychoanalytischen Psychosomatik, sich in den beiden Aufsatzsammlungen *Krankheit als Konflikt* (Mitscherlich 1966a, 1967a) ausdrückt. Daneben sind zahlreiche Aufsätze erschienen, die ersten beiden Bände der Gesammelten Schriften sind der Psychosomatik gewidmet. Das erste umfangreichere Werk ist *Freiheit und Unfreiheit in der Krankheit. Das Bild des Menschen in der Psychotherapie*, die Studie erschien erstmals 1946. Der Entwurf trug noch den Untertitel *Beiträge zu einer reinen Anthropologie*. Mitscherlich baut hier auf von Weizsäckers Vorarbeiten auf, dass die psychosomatische Medizin entweder eine tiefenpsychologische sein muss oder überhaupt nicht sein wird gilt auch für sein Werk, wobei ‚tiefenpsychologisch‘ analog mit ‚psychoanalytisch‘ verstanden werden kann. Mitscherlich wurde 1946 für Neurologie habilitiert, seine Habilitationsschrift erschien 1947 unter dem Titel *Vom Ursprung der Sucht. Eine pathogenetische Untersuchung des Vieltrinkens* (Mitscherlich 1947a). Hier präsentiert er sich zwar als bekennender Psychotherapeut, den Begriff *Psychoanalyse* meidet er allerdings noch. 1966 und 1967 erschienen die beiden Bände *Krankheit als Konflikt - Studien zur psychosomatischen Medizin* 1 und 2. Sie sind Sammlungen früherer Aufsätze, keine aktuellen Studien zur psychosomatischen Klinik. 1977 erschien, als dritter Band in der Reihe, eine überarbeitete Version von *Freiheit und Unfreiheit in der Krankheit*.

Als generelle Prämisse der Psychosomatischen Medizin formuliert Mitscherlich:

- „1. dass seelisches Geschehen, besonders jener Teil, den wir mit dem Begriff der ‚Emotionalität‘ umreißen, krankhafte Veränderungen des Körpergeschehens hervorrufen kann;
2. dass der Anteil der Emotionalität im Kausal- und Motivationsbündel der Pathogenese von Fall zu Fall verschiedene Bedeutung erlangt;
3. dass Emotionalität als ein Teil des seelischen Geschehens eigenen

Erregungs- und Regelungsgesetzen folgt, nicht in bloßer Abhängigkeit von den Regelungsvorgängen des Körpers sich vollzieht“ (Mitscherlich 1967f, S. 176).

Für die Arbeit des Arztes betrachtet er es als unerlässlich, einen psychischen und einen somatischen Organisationskern anzuerkennen, auch wenn er dieses Konzept als „offensichtlich [...] primitiv“ betitelt. „Philosophisch“ so schreibt er, „mag die dualistische Vorstellung, nach der ein Erlebnis einem krankhaften Geschehen vorangeht, nicht zu halten sein; für die Praxis ist sie die einzige Orientierung, die uns zu handeln erlaubt“ (a. a. O., S. 177; Mitscherlich 1967h, S. 255). Theoretisch verwirft er die monistische Auffassung auf der medizinischen Ebene ebenfalls, geht also nicht von einem einheitlichen Regelungsgeschehen aus. Die seelischen Prozesse würden sich weitestgehend unabhängig von körperlichen Selbststeuerungsvorgängen zutragen und diese psychischen Abläufe folgten größtenteils ihren eigenen Regelgesetzen. Sie bleiben dem somatischen Funktionskreis über die Emotionalität verbunden und wirken leistungsmodifizierend in ihn hinein (Mitscherlich 1967f, S. 177), womit Fehlformen der Erregungssteuerung zum Wesentlichen psychosomatischer Störungen werden. Mitscherlichs Lösungsversuch für das altbekannte Leib-Seele-Problem war der Begriff des „psychosomatischen Simultangeschehens“, eine leib-seelische Gleichzeitigkeit, die in der Entstehung psychosomatischer Krankheiten die entscheidende Rolle spielt.

4.7.2 Krankheit als Krise

In seiner Betrachtung akuter Erkrankungen stimmt er mit von Weizsäcker darin überein, dass die Gesamtsituation, aus der heraus sie sich ereignen, in die Betrachtung einbezogen werden muss, die Krankheit markiert eine Krise: „Ein Mensch ohne grobe, sein Leben bestimmende neurotische Fehlhaltungen gerät in einen Struktur- oder einen Triebkonflikt – er erkrankt interkurrent und gesundet mit einer den Konflikt lösenden Entscheidung, die als Befreiung empfunden wird“ (Mitscherlich 1967e, S. 170). Dann zeigt sich, dass die Erkrankungen oft eine Krise markieren und insofern kathartische Funktionen besitzen, als sie die Krise überwinden helfen (vgl. ebd.). Wobei die „Beobachtung psychosomatischer Vorgänge in der klinischen Praxis [...] durch die Tatsache sehr eingeengt [ist], dass wir akute und mehr oder weniger rasch vorübergehende Erkrankungen, bei denen wir ebenfalls unterstellen, in ihnen liege die treibende Kraft primär im Erleben des Kranken, gar nicht zu Gesicht bekommen. Sie werden meist vom praktischen Arzt allein behandelt“ (Mitscherlich 1967h, S. 259). Mit seinem Modell der *zweiphasigen Abwehr* fokussiert Mitscherlich dann auch auf Chronifizierung, Akuterkrankungen wird der psychosomatische Aspekt dadurch jedoch keinesfalls abgesprochen.

Mitscherlich schematisiert dies in *Krankheit als Konflikt* anhand von Beobachtungen bei interkurrenten Infektionserkrankungen, die während einer psychoanalytischen Behandlung auftraten: Ein Trieb- oder Strukturkonflikt verlangt einem Menschen eine Entscheidung ab, wodurch die Konfliktspannung wächst und psychischen Stress und Angst hervorruft.

Entwickelt die Situation sich dramatisch, nehmen die Gefühle und Affektbegleitungen den Ausweg eines „Verschwindens im Leib“, der „als ultima ratio die Gefahr zum Guten wenden soll“ (Mitscherlich 1967e, S. 171). Die affektive Belastung ist zu hoch für die psychischen Abwehrmechanismen, der physiologische Bereich wird von der nicht an die Psyche gebundenen Spannung beeinflusst. Die Krise kann beispielsweise mit einem Immunitätsabfall einhergehen, was zu einer erhöhten Anfälligkeit für Infektionen führt (vgl. Wittmer, S. 39). Mit der Infektion ist Fieber verbunden. In diesem „Zustand schwerer Hinfälligkeit erfolgt psychisch ein narzißtischer Rückzug von den Objekten“ – von den konflikterregenden Repräsentanzen – „was zu einer momentanen Beruhigung der vom Konflikt ausgehenden Unruhe führt.“ (Mitscherlich 1967h, S. 260). Im fiebrigen Zustand einer akuten Infektion werden alle Erlebnisinhalte abgesehen vom akuten Symptom verdrängt, die Krankheit und die damit verbundene Realgefahr gewährt Aufschub für die Lösung des anstehenden Konfliktes. Mitscherlich bezeichnet dies als ein „Moratorium“ (a. a. O., S. 259) für die Patienten, er erkennt einen Rückzugsmechanismus: den Abzug der Besetzung von den konflikterregenden Repräsentanzen und eine mit der organischen Funktionssteigerung einhergehende sekundäre Besetzungsverstärkung (a. a. O., S. 260). Der psychische Konflikt wird ins Physische verschoben.

In dieser Phase kann sich die der Patient in auf sich selbst konzentrieren und tritt gestärkt und vor allem zu einer Entscheidung fähig aus der Krankheit heraus: „Vor dem Ausbrechen der Krankheit befand er sich in einem Konflikt, der nicht lösbar erschien, der seine infantilen Fixierungen aktiviert und seine regressiven Tendenzen gefördert hatte. Nach der Erkrankung erwies es sich, daß die integrative Leistungsfähigkeit des Ichs gewachsen war, daß es realitätsgerechter entscheiden konnte“ (a. a. O., S. 259f.). Die interkurrente Erkrankung selbst wird zur „Lösung, obschon mit anderen als bewußt geplanten Mitteln und auf anderem Schauplatz“ (Mitscherlich 1967e, S. 171). Der Krankheit wird so ein Sinn zugesprochen; die Möglichkeit der Regression auf die ‚biologische Intelligenz‘ wenn die ‚höheren Intelligenz‘ – die psychischen Instanzen – versagt hat, wird „dadurch legitimiert, daß sie nach ihrer Überwindung zu einer Stärkung der Ichleistungen verhilft“ (ebd.). Wenn die akute Erkrankung von psychosozialen Pflichten sowohl familiärer als auch beruflicher Art befreit und die der Kranke berechtigterweise Pflege empfangen kann, schafft sie den Raum, die durch den äußeren Konflikt zusammengebrochene psychische Abwehrformation aufzubauen. Das bedeutet, dass das Umfeld eine Rolle dabei spielt ob und inwieweit die Regression in die akute Krankheit zugelassen werden kann.

Psychisch setzt nach der narzisstischen Regression vom Konfliktschauplatz eine distanziertere Einschätzung der Situation ein, „die Ambivalenzspannung ist gemildert, das Erlebnis der körperlichen Bedrohung hat eine grössere Bereitschaft, auf unrealistische Erwartungen zu verzichten, und zugleich eine Abschwächung der irrationalen Schuldängste aus den repressiv behandelten Triebwünschen angebahnt. Dadurch wird die Entscheidung in der aktuellen

Lebenssituation erleichtert“ (Mitscherlich 1967h, S. 260). Diese auf die Krise folgende Stärkung der Ichleistungen, die einen Schritt der psychischen Reifung bedeutet, ist in Mitscherlichs Augen „eine Tatsache und kann beobachtet werden“ (Mitscherlich 1967e, S. 171). In der akuten Erkrankung findet das psychosomatische Simultangeschehen statt, die äußere und die körperliche Krise sind unmittelbar voneinander abhängig.

4.7.3 Zweiphasige Abwehr

Im Gegensatz zum interkurrenten Krankheitsverlauf zerreißt das psychosomatische Simultangeschehen in der chronischen Erkrankung, wobei sich eine Chronifizierung nicht plötzlich ereignet, ihr gehen meist akute Ereignisse voraus. Erst wenn es nach vielen erfolglosen Versuchen und ungehört verhallten körperlichen Botschaften zu einem „Zerreißen des psychosomatischen Simultangeschehens“ gekommen ist, gefolgt von der „Defektautonomie“ einer strukturellen Störung, ist Verständigung zwischen Soma und Psyche nicht mehr möglich (Kutter 1986, S. 175). Mitscherlich nannte diesen Vorgang zunächst zweiphasige Verdrängung, später wurde zweiphasige Abwehr daraus (vgl. Dehli 2007, S. 182, insbes. FN 17).

Mitscherlich geht davon aus, dass „eine psychosomatische Erkrankung ohne gleichzeitig bestehende Psychoneurose nicht zu denken ist.“ In seinem Ansatz führt er einige von Freuds Überlegungen zum Verhältnis aktualneurotischer und psychoneurotischer Aspekte in der Symptombildung weiter (vgl. Storck 2016, S. 70). „Der dynamische Faktor in den psychosomatischen Erkrankungen ist [...] sowohl die Triebspannung wie eine unbewusste Angst vor Straf-, Schuld- oder Schamerlebnissen; die pathologischen Erscheinungen im psychischen, wie im somatischen Bereich hat man als Reaktionsformen auf diese Angst zu begreifen“ (Mitscherlich 1967h, S. 256). Verdrängte Triebspannungen brechen zwar das psychosomatische Simultangeschehen nicht auf, es kann dann aber nur noch unbewusst verlaufen und die Triebspannungen dauern unbewusst fort. Damit ähneln sich psychosomatische und psychoneurotische Störung in ihrer Ätiologie weitgehend: „Unsere Hypothese besagt, dass Triebspannungen, die nach dem Verdrängungsvorgang außerhalb des bewußten Erlebens fort dauern, im einen Fall die psychoneurotische Symptomatologie, im anderen Fall eine autoplastische Veränderung von Organleistungen oder Zellstrukturen nach sich ziehen können“¹⁹ (Mitscherlich 1967b, S. 88). Wann welcher Fall eintritt wird nicht eindeutig geklärt, Mitscherlich betont an verschiedenen Stellen die Existenz einer Neurose als Vorbedingung für psychosomatische Störungen, rückt aber auch Entwicklungen und Eigenheiten der Ich-Struktur ins Zentrum der Betrachtung.

Der Bezug zu Max Schurs Modell der De- und Resomatisierung (siehe Abschnitt 4.2) wird deutlich wenn Mitscherlich schreibt: „Da das Erleben und Verhalten der Menschen

¹⁹ „Autoplastisch“ meint hier das Agieren gegen den Körper, nach innen, im Gegensatz zu „alloplastisch“, das die Auseinandersetzung mit den Objekten der Umwelt meint (vgl. Wittmer 1994, S. 49).

gleichermaßen von körperlichen und seelischen Faktoren bestimmt und die Prävalenz des Denkens eine geschichtlich späte Errungenschaft ist, liegt der Schluss nahe, die psychosomatische Krankheit sei die ursprünglichere, archaischere (gegenüber den eigentlichen Psychoneurosen ohne nennenswerte vegetative Begleitung)“ (Mitscherlich 1967c, S. 133). Ursache für eine Behinderung der Desomatisierungsvorgänge sind in erster Linie frühe Traumen oder generell „frühe Störungen“ (Mitscherlich 1967d, S. 145). Die Reaktionen sind bei Mitscherlich ähnlich wie bei Schur an emotionelle Notlagen, Konflikte und Bewältigungsversuche fixiert, die später reifenden integrativen Ich-Leistungen vermögen eine solche Fesselung manchmal nicht zu lösen. Dann können diese psychosomatischen Reaktionsformen der Krankheit den Weg bereiten, sobald eine Belastung auftritt: „die psychische Erregtheit des Individuums sucht nach solchen, vom Ich nur schwach gebremsten, somatischen Ausdruckskorrelaten“ (a. a. O., S. 146).

Die Starrheit seelischer Reaktionen, die Unempfindlichkeit des Kranken gegenüber neuen Erfahrungszusammenhängen, kann dann letztlich zur irreversiblen Chronifizierung einer Krankheit führen, zu eben jener „Zerreißung des psychosomatischen Simultangeschehens“ (Mitscherlich 1967g, S. 195). Auslöser für die somatische Erkrankung ist die Zuspitzung der psychischen Situation, häufig gekoppelt an einen Objektverlust. In Anlehnung an Engel und Schmale geht auch Mitscherlich davon aus, dass der mit dem Objektverlust einhergehende Zustand der Hoffnungslosigkeit pathologisches Geschehen aktiv hin zur Chronizität beeinflusst (a. a. O., S. 207, vgl. auch Abschnitt 4.3). Die Beschreibung einer Physiologie der Hoffnungslosigkeit meint dabei die Aussichtlosigkeit auf der psychischen Ebene mit dem jeweiligen konflikthafter Material umzugehen, so dass daraufhin auch physiologische Abläufe betroffen werden (vgl. Storck 2016, S. 71).

Einen weiteren Mechanismus der Chronifizierung neben der Auslösung durch einen Objektverlust sieht Mitscherlich in der „Dauerbelastung“, die die Verdrängung eines Affekts für den Organismus darstellt. Durch die Verdrängung kann der Affekt sich nicht mit dem Objekt verbinden. Die Dauererregung äußert sich dann körperlich, der Affekt hat seine Gesamtgestalt verloren: „Bewusst erlebt wird alleine das deformierte Affektkorrelat – das Symptom“ (Mitscherlich und 1967b, S. 89). Wenn Mitscherlich schreibt: „Ein Individuum ist ‚allergisch‘ geworden gegen geringste Belastungen in einem Konfliktbereich. Die somatischen Bereitstellungen, die zum Gefühl gehören, kommen nicht mehr zur Ruhe, können sich nicht wieder auf eine Mittellage einregulieren“ (Mitscherlich 1951, S. 22), ist auch der Bezug zu Franz Alexanders Spezifitätsbegriff erkennbar (vgl. auch Dehli 2007, S. 181).

Die *zweiphasige Abwehr* bedeutet eine zweifache Fehlanpassung. Das neurotische Symptom ist bereits eine labile Lösung, die Abwehr „in“ den Körper führt noch weiter vom Ich und damit von der Möglichkeit weg, den Konflikt zu verarbeiten. „Eine in ihrer Unabwendbarkeit sich chronifizierende Krise wurde in einer ersten Phase der Verdrängung mit neurotischer Symptombildung noch unzureichend zu bewältigen versucht; in einer zweiten Phase folgt jetzt

die Verschiebung in die Dynamik körperlicher Abwehrvorgänge. Wir sprechen deshalb von *zweiphasiger Verdrängung*“ (Mitscherlich 1954, S. 575, Hervorh. i. O.). Warum dieser Wechsel ins Somatische geschieht und keine Verstärkung der ursprünglichen psychoneurotischen Störung oder der Umschlag in eine Psychose bleibt dabei eine offene Frage, die „noch der Erforschung harrt“ (Mitscherlich 1967d, S. 148). Im Fall der Somatisierung wird die Nachverdrängung (hier differenziert Mitscherlich zwischen Verdrängung und Nachverdrängung) also nicht nur als psychischer Abwehrmechanismus wirksam, „sie erreicht über unbewußt bleibende Korrelate auch Organfunktionen – bis hin zur irreversiblen Leistungsstörung“ (a. a. O., S. 153). Und vor diesem theoretischen Hintergrund bettet Mitscherlich seine psychosomatischen Überlegungen in Gesellschaftliches ein.

4.7.4 Die politische und soziale Dimension

Die soziale und politische Dimension der Psychosomatik sind Mitscherlichs Grundanliegen, das für ihn charakteristische Bild des fachwissenschaftlichen Gesellschaftsanalytikers entwickelt er nach dem Ende des Zweiten Weltkriegs. In den Publikationen der unmittelbaren Nachkriegsjahre fallen die Bereiche Medizin und Politik noch auseinander. In *Freiheit und Unfreiheit in der Krankheit* lautet eine Kernthese, dass der Mensch „ein geschichtliches Wesen“ ist, die subjektive Aneignungsweise von Ereignissen in der Lebenswelt des Patienten müsse bei Diagnose und Behandlung berücksichtigt werden (Mitscherlich 1946, S. 84). Mit diesem Biographischen, dass an von Weizsäcker's biographische Medizin erinnert, ist aber der private Interaktionsraum gemeint, gesellschaftliche oder politische Verhältnisse kommen in dem Buch nicht zur Sprache. Die Synthese seiner gesellschaftspolitischen und psychoanalytischen Arbeiten trieb er in den 1950-Jahren voran, nicht zuletzt die in Nürnberg verhandelten Medizinverbrechen waren dafür ausschlaggebend (vgl. Hoyer 2008, S. 29). Der Begriff der Freiheit des Denkens und Handelns bleibt für ihn dabei zentral, Krankheit repräsentiert für ihn einen Freiheitsverlust. Dies geschieht im Interesse der Leidvermeidung. Stattdessen bestimmen unbewusste Motive und damit zusammenhängende Triebkonflikte das Leben und engen es immer mehr ein (Mitscherlich 1946, S. 77f.). Diese bedürfen der Erkenntnis, und dafür ist auch bei Mitscherlich das Verhältnis von Ärzt_in und Patient_in zentral, die Verständigung zwischen beiden: „Das Ziel der psychosomatischen Medizin ist es, mit Mitteln der zwischenmenschlichen Verständigung menschliches Verhalten zu verändern (Mitscherlich 1970, S. 589). In *Krankheit als Konflikt* schließlich beschreibt er die soziale und politische Dimension von Krankheit. Es sind Konflikte zwischen einer als unerträglich empfundenen Abhängigkeit von nicht nur als mächtig erlebten, sondern tatsächlich mächtigen Institutionen und Triebregungen, die Krankheit auslösen und erhalten. „Wenn wir von psychosomatischen Anpassungsgefährdungen sprechen,“ schreibt er, „so läßt sich zugespitzt sagen, daß die Kranken hier nicht nur als individuell scheiternde gesehen werden, sondern daß sich in ihnen eine spezifische Form kulturellen Daseins darstellen kann, in dem das Scheitern

gerade eine sehr charakteristische Konsequenz ist – aus dem Verhältnis Individuum zu Mitwelt und Individuum zu technischer Umwelt“ (Mitscherlich 1970, S. 595). Trotz dieser soziologischen und politischen Dimensionen von Krankheit kann sich auf dem Boden der Psychoanalyse bewegt werden, so Kutter, „wenn wir dabei die infantile Psycho-Genese dieser Störungen auf eine schon in frühester Kindheit wirksame „Sozio-Genese“ zurückverfolgen“ (Kutter 1986, S. 178f.). Krankheit wird durch diese Betrachtungsweise zum letzten Glied einer Kette, welche ihren Ausgang von sozialen Konflikten nimmt, die in letzter Konsequenz politisch bestimmt sind. Dass Mitscherlich seine Aktivität über sein ärztliches und psychoanalytisches Handeln hinaus auf *Soziologische und psychoanalytische Forschung als natürliche Verbündete* (Mitscherlich 1967i) ausdehnte und der herkömmlichen Medizin gerade in dieser Hinsicht einen engen Horizont vorwirft („Der Arzt wird von Beginn seines Studiums an zur Einäugigkeit erzogen“, Mitscherlich 1966b, S. 470) ist logische Konsequenz. Neben der ‚Schwerfälligkeit‘ von Organisationen macht er auch die „größtenteils unbewußt bleibenden affektiven Widerstände“ der in diesen Organisationen Tätigen für die Schwierigkeiten struktureller Änderungen im Gesundheitssystem verantwortlich (Mitscherlich 1967i, S. 448). Die Ärzt_innen sieht er dabei selbst auch in Abhängigkeiten:

„Selbst wenn der Arzt sich zu einer neuen Interpretation des Krankheitsgeschehens verstünde und neue psychotherapeutische Heilmethoden zur Anwendung bringen wollte, sieht er sich unermesslichen Widerständen gegenüber. Nicht nur unsere medizinischen Schulen, auch unsere gesamte soziale Krankenversorgung ist auf dem Konzept der Krankheit als biologisch fundierter Organkrankheit aufgebaut“ (a. a. O., S. 453).

Er selbst bezieht Psychosen, Neurosen und psychosomatisch bedingte Organleiden auf ein einheitliches Störungsfeld zurück, auf eine Verwirrung und Verarmung sozialer Bezüge (Künzler 1986, S. 152). Er beschreibt die Vielschichtigkeit sozialer Einflüsse auf Entwicklung und Behandlung von Psychosen und Neurosen, beschreibt wie „der einzelne zu erst an der Eigenart der kleinsten menschlichen Gesellschaft (Familie) und schließlich an der Eigenart der Gesellschaft im Großen erkrankt. Er bewegt sich auf dem Gebiet der ‚psycho-sozialen Realität‘“ (Kutter 1986, S. 177). Aus der Perspektive wird die psychosomatische Erkrankung dann eine „Ich-leistung, mit der das Subjekt auch in der Erkrankung noch die Übereinstimmung mit gesellschaftlichen Verhaltensnormen bewahrt“ (Zepf 2006 III, S. 113). Die geforderte Neutralität des ärztlichen Blickes beurteilte Mitscherlich dabei kritisch:

„Aus seiner Geschichte bringt der Arzt politische Neutralität mit, die ihm wohl ansteht, wo er unbeschadet der Freund-Feind-Verhältnisse die Wunden des leidenden Individuums versorgt. Nun aber wird von ihm noch Neutralität verlangt, wo er es mit Menschen zu tun hat, die in leidenschaftliche Auseinandersetzungen über konservative oder revolutionäre Lösungsvorschläge für das gesellschaftliche Leben verstrickt sind. Oder er begegnet dem Rückzug aus dieser im eigentlichen Sinn politischen Verantwortung [...]. Wo darf der Arzt hier Anpassungshilfe leisten und wo ausdrücklich nicht? Darf er hier einfach tun, was von ihm erwartet wird, nämlich

den Rezeptblock zücken und das Stimulans oder Beruhigungsmittel verschreiben?“ (Mitscherlich 1970, S. 591).

Basierend auf seiner klinischen psychoanalytischen Arbeit und mit psychoanalytischen Theorien hat Mitscherlich von 1945 bis in die 1970er-Jahre hinein über seine Tätigkeit als Arzt hinaus immer wieder zu den gesellschaftlichen Zuständen in der Bundesrepublik moralisch und politisch Stellung bezogen. Seine Hauptwerke *Auf dem Weg in die vaterlose Gesellschaft* (1963), *Die Unwirtlichkeit der Städte* (1965) und *Die Unfähigkeit zu trauern* (1967, zus. mit Margarethe Mitscherlich) liefern sozialpsychologische Zeitdiagnosen der westdeutschen Nachkriegsgesellschaft, die eben diese als geprägt von Anonymisierungstendenzen begreifen, das gezeichnete Bild ähnelt dem von Vertreter_innen der Kritischen Theorie entworfenen Szenario (vgl. Brunner et al., S. 29). Die eingängigen Titel (in jedem drückt sich ein Mangel aus) wurden geradezu zu Schlagworten. In diesem Konfliktfeld ortete Mitscherlich zunehmend auch die Bedingungen von Krankheitsentstehung. Sein Wirken im institutionellen Bereich wird in Kapitel 5 diskutiert, Erik Erikson bezeichnete ihn nicht grundlos als „one man army“ der Psychoanalyse (Thomä 1983, S. 322).

In Richtung einer sozialen Dimension psychosomatischer Medizin, das rechnet auch Zepf ihm an, ist er „– zumindest programmatisch – am weitesten vorgedrungen.“ (Zepf 1986b, S. 130). Was bei Mitscherlich offen bleibt, und auch darauf weist Zepf hin, ist, „wie die angenommene gesellschaftliche Beeinflussung von körperlichen Prozessen genau verläuft“ (Zepf 2006 III, S. 113). Zudem kritisiert Zepf, Mitscherlich sprengt die psychoanalytische Metapsychologie, da Verdrängung zum einen als psychischer Prozess, zum anderen als Umsetzung ins Körperliche begriffen wird (a. a. O., S. 114). Der rätselhafte Sprung bleibt tatsächlich weiterhin rätselhaft, wobei Storck Zepfs Kritik aufweicht, indem er darauf hinweist, dass dieser Vorgang „als etwas angesehen werden muss, dass sich in beiden ‚Phasen‘ der Symptombildung auf der Ebene der Repräsentanzen abspielt: In einer ersten Phase spielen sich Abwehrvorgänge an Selbst- und Objektrepräsentanzen ab, in einer zweiten Phase sind *Körperrepräsentanzen* betroffen“ (Storck 2016, S. 71). Worauf Mitscherlich nicht zurückgreift sind jene Gesellschaftstheorien der Freudomarxisten oder der Kritischen Theorie. Das kann, muss aber nicht als Manko für eine kritische Sozialpsychologie begriffen werden, die ja gerade bei Mitscherlich mit der Psychosomatik so eng verwoben ist. Was er stattdessen anstrebt, ist „an den Lebensgeschichten Einzelner den Abdruck der gesellschaftlichen Bewegung zu ermitteln“, diese Herangehensweise hatten die großen Gesellschaftstheorien der Vorgänger nicht in der Intensität, Krovoza und Schneider sehen genau darin eine besondere „politische wie spezifisch psychologische Qualität“ Mitscherlichs Arbeit (Krovoza und Schneider 1989, S. 135f., zit. in Brunner et al., S. 30).

Während Alexander Mitscherlich sich in den ersten Nachkriegsjahrzehnten von der biographischen Medizin von Weizsäckers hin zur Psychoanalyse bewegte und die Etablierung psychosomatischer Medizin als Spezialgebiet vorantrieb, fand Systematisierung und Unterrichtung des ärztlichen Gesprächs nach wie vor primär in den psychotherapeutischen und

tiefenpsychologischen Instituten statt. Diesem Umstand widmete sich Michael Balint, als er nach dem Zweiten Weltkrieg seine Arbeit mit praktischen Ärzten aufnahm.

4.8 Michael Balint und Balintgruppen

Michael Balint, Schüler von Ferenczi, hat vor allem durch das Modell der Balint-Gruppen Einfluss auf die deutsche Psychosomatik genommen. Diese Entwicklung hat für die Psychosomatik zwar große Bedeutung, prägte sie allerdings nicht so sehr wie andere hier vorgestellte Konzepte inhaltlich. Balintgruppen lassen sich als den durchaus bestechenden Versuch begreifen, psychoanalytische Erkenntnisse Ärzt_innen aus der Praxis leichter zugänglich zu machen, sind daher eher in den Bereich der psychosomatischen Grundversorgung einzuordnen. Obschon prinzipiell einer näheren Untersuchung wert, werden sie an dieser Stelle daher nur skizzenhaft behandelt und reflektiert.

Der ungarisch-englische Psychoanalytiker entwickelte eine interaktionell-psychoanalytische Methodik, „mit der einerseits die notwendige Wahrnehmungsschulung für die ‚Klage‘ des Patienten [...] gefördert und andererseits sehr unmittelbare therapeutische Hilfeleistungen gegeben werden konnten“ (Hahn 1983a, S. 38). Er hatte bereits in den 1930er-Jahren in Ungarn mit Seminaren dieser Art experimentiert, seine Methodik der Forschungs- und Ausbildungsprogramme entwickelte er Anfang der 1950er-Jahre in der Tavistock-Clinic in London, ebenso wie eine verkürzte Form der Behandlung, die Fokalthherapie. Hier wird der Fokus der Therapie planmäßig begrenzt (vgl. Balint et al. 1973).

Er arbeitete fast ausschließlich mit praktischen Ärzt_innen oder Allgemeinmediziner_innen, wobei er die analytische Beziehungsdiagnostik mit dem hausärztlichen Wissen verbinden wollte, eben jene Beziehungsdiagnostik sollte zu einer Gesamtdiagnose beitragen. Die Grundidee war daher, auch und gerade aus psychoanalytischer Perspektive dem subjektiven Faktor in der Arzt-Patient-Beziehung mehr Gewicht zu geben, einschließlich dem Wiederholungszwang und der Übertragung. Hausärzt_innen sollten trainiert werden, die eigenen Reaktionen (Gegenübertragung) wahrzunehmen und zuzuhören (vgl. Janssen 2017, S. 318ff.). Michael und Enid Balint (1963) gehen davon aus, dass nur gemeinsam mit der_dem Kranken eine Untersuchung vorgenommen werden kann und zielen darauf ab, „die Symptome vom Patienten selbst untersuchen zu lassen“ (Studt und Arnds 1983, S. 308). Grundlegend ist die Erfahrung, wie sehr die Persönlichkeit von Ärzt_innen die Befunde bei ihren Patient_innen beeinflusst (vgl. a. a. O., S. 308f.). In einer solchen Balintgruppe treffen sich (dem Anspruch nach) einmal wöchentlich acht bis zehn Ärzte mit ein bis zwei Psychoanalytiker_innen, über etwa zwei bis drei Jahren, in den Sitzungen berichten die Teilnehmer_innen über ihre Erlebnisse mit Patient_innen, wobei meist ein Fall pro Sitzung diskutiert wird.

Argelander beschreibt diesen Prozess wie folgt: „Im Laufe der Zeit folgen naturgemäß Nachträge über bereits bekannte Patienten, die in der Regel am Anfang der Sitzung vorgetragen werden. Jeder Bericht erfolgt spontan und leitet zu einer Diskussion der Gruppe über, in der die spezifische Form der Beiträge

des Psychoanalytikers Ausgangspunkt eines Lernprozesses der Gruppenmitglieder ist, der sich überwiegend über Identifikationen mit der Funktion des Psychoanalytikers vollzieht. In dieser Weise sind Forschung und Fortbildung miteinander verknüpft“ (Argelander 1979, S. 823f., zit. in Häfner et al. 2011, S. 235).

Balint und seine Nachfolger_innen bildeten ausschließlich praktische Ärzt_innen im ambulanten Bereich weiter, wobei die Balintgruppen bald auch bei anderen Berufsgruppen (Lehrer, Sozialarbeiter, Studenten) eingesetzt wurden. Balint selbst setzte auf Langzeitbetreuung und stand der Anwendung in der Klinik daher skeptisch gegenüber, zudem lehnte er die Aufnahme von Psychiatern in Balintgruppen ab. Nichtsdestotrotz entwickelten sich auch in diesen Bereichen Balintgruppenarbeit (vgl. Häfner et al. 2011; Janssen 2017, S 318ff.).

Mit den Balintgruppen wurden somit psychoanalytische Erkenntnisse in die klassische Medizin hineingetragen und zwar auf einem Feld, das den so geschulten Ärzt_innen schnell die praktische Umsetzung erlaubte, dabei ist es allerdings kein integratives Konzept mit dem Ziel, das Konzept der Medizin an sich zu verändern, sondern als Versuch zu verstehen, Ärzt_innen psychosomatisches Gedankengut additiv zu vermitteln. In diesem Kontext „bleibt die Psychotherapie zumeist nahe der Oberfläche und kann vom praktischen Arzt nach verhältnismäßig kurzer Ausbildung ausgeübt werden“ (Malan 1972, S. 15). Inwiefern auch verkürzte Therapieverfahren, wie beispielsweise die Fokaltherapie, erfolgversprechend sein können, ist eine auch von Balint selbst diskutierte Frage und durch die Schwierigkeiten, die Psychotherapieforschung per se mit sich bringt, kaum eindeutig zu beantworten. Das klassische *Procedere* Balints jedenfalls ist mittlerweile selbst „in der Realität eigentlich kaum anzutreffen“ (Häfner et al. 2011, S. 238). Ein wöchentlicher Zyklus ist bei 4% der Balintgruppen zu verzeichnen, etwa die Hälfte der Gruppen trifft sich 14-tägig oder monatlich. Die ursprüngliche Intention Balints, dass die Gruppen von zwei Psychoanalytiker_innen geleitet werden, ist äußerst selten. Die Untersuchung von Häfner et al. stellt bei 333 auswertbaren Fragebögen von Balintgruppenleiter_innen in der Bundesrepublik folgende Verteilung fest (mit der Möglichkeit der Mehrfachnennung): 30,6% Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 17,1% Psychiatrie und Psychotherapie, 12,3% Allgemeinmedizin, 11,7% Neurologie, 7,8% Innere Medizin, 3,6% Gynäkologie und Geburtshilfe, 1,8% Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie, 1,2% Nervenärzte, 0,9% Augenheilkunde, 0,3% Urologie. 3,6% gaben an, mit der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“, 0,3% mit der Zusatzbezeichnung „Psychoanalyse“ niedergelassen zu sein (Häfner et al. 2011, S. 237). In der Bereichsbezeichnung „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ kann sich eine psychoanalytische Ausrichtung verbergen, dies muss durch die Möglichkeit der freien Wahl der therapeutischen Ausrichtung allerdings nicht der Fall sein. Aus diesen Zahlen lässt sich zwar nicht exakt ablesen, wie viele der Gruppenleiter_innen eine psychoanalytische

Ausbildung haben, vor der Folie von Balints Intention ist jedoch allzu deutlich, dass sich die Psychoanalyse selbst hier auf dem Rückzug befindet.

Ein weiterer engagierter Versuch, psychosomatische Modelle in dieses klassische Medizinalsystem einzuführen, ist eng mit dem Namen Thure von Uexküll verbunden.

4.9 Thure von Uexküll und eine *Integrierte Medizin*

Das Konzept Thure von Uexkülls, eine *Integrierte Medizin*, lässt sich nicht bruchlos in die psychoanalytischen Konzeptdebatten einpflegen. Wie von Weizsäcker – jedoch mit gravierenden Unterschieden – nutzt er psychoanalytische Termini und baut auf diesen auf, jedoch ist die Psychoanalyse nicht zentraler Angelpunkt, sondern steht neben anderen theoretischen Anleihen. Von Uexkülls Lehrbuch *Psychosomatische Medizin* gilt als Standardwerk, es ist jüngst in der achten Auflage erschienen (Köhle et al. 2016).

Von Uexküll wurde am 15. März 1908 in Heidelberg geboren, sein Vater Jakob von Uexküll gilt als ein Wegbereiter der biologischen Ökologie. Von Uexküll studierte von 1928 bis 1934 Medizin, ging 1935 nach Berlin an die Charité und nahm dort eine Volontärstelle bei Ernst von Bergmann an. Seine Weigerung in die NSDAP einzutreten ließ die Aussichten auf eine akademische Karriere zunächst schrumpfen. 1955 wurde er Leiter der Medizinischen Poliklinik der Universität Gießen und erhielt 1966 den Ruf nach Ulm, an den Lehrstuhl für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Psychosomatik.

Von Uexkülls eigener Anspruch ist es, sowohl die biologische als auch die psychische und die soziale Dimension menschlicher Krankheit zu erfassen, auf diesen Anspruch hin soll von Uexkülls Konzept hier befragt werden. Darüber hinaus ist diese Konzeption von besonderer Bedeutung für die weitere Diskussion des akademischen Niederschlags, da von Uexkülls Konzept mit seinem umfassenden Anspruch unter anderem eben dafür konzipiert wurde, grundlegende Sichtweisen in der klassischen Medizin aufzubrechen, die Psychosomatik als Spezialdisziplin quasi überflüssig zu machen, auch hier erinnert der Anspruch wieder an jenen von Weizsäckers. Von Uexkülls *Situationskreismodell* nimmt auch hinsichtlich des umfassenden Anspruchs eine Sonderstellung ein. Obwohl der Psychoanalyse verpflichtet, beschränkt es sich nicht auf die sogenannten Psychosomatischen Erkrankungen im engeren Sinn. Es macht vielmehr „Ernst mit der Lehre von der ‚psychophysischen Totalität‘ des Menschen“. Jede körperliche Erkrankung soll damit unter Einbeziehung psychischer und sozialer Aspekte theoretisch verfolgt werden können, der Anspruch zumindest verweist auf Erklärungspotenzial über psychoanalytische Ansätze hinaus (vgl. Zepf 1986a, S. 7).

4.9.1 Grundannahmen

Im Vorwort zur *Theorie der Humanmedizin* (von Uexküll und Wesiack 1998) machen die Autoren unmissverständlich ihren medizinkritischen Ausgangspunkt klar – die Überzeugung,

dass „ärztliches Denken und Handeln in erster Linie von den jeweils gültigen Denkmodellen und Leitideen abhängig ist.“ Und Humanmedizin, das ist die grundlegende Motivation, braucht ein anthropologisches Konzept „um die Deutungs- und Handlungsanweisungen, das heißt die diagnostischen und therapeutischen Hinweise, zu finden, die ärztliches Handeln ermöglichen“ (a. a. O., S. V). So geht es den Autoren bereits im ersten Teil des *Lehrbuchs der Psychosomatischen Medizin* (Köhle et al. 2016) um eine integrierende Theorie vom Menschen. Von Uexkülls Vorschlag, drei einschneidende theoretische Vorannahmen einzuführen, wird auch in der aktuellsten Auflage unter neuer Herausgeberschaft beibehalten, es handelt sich um „die Theorie des Konstruktivismus, die Lehre der Zeichen und eine Systemtheorie, in der Organismen zusammen mit ihrer Umwelt ein Ganzes, ein lebendes System bilden.“ (a. a. O., S. 5). „Nur eine Theorie der Heilkunde, die zugleich eine Theorie des Menschen ist, kann Grundlage für eine Humanmedizin sein. [...] seine (des Menschen) Geschichtlichkeit und die Mehrdimensionalität seines Daseins wird jedes Theoriegebäude berücksichtigen müssen“, so in der Auflage von 1979 (von Uexküll und Wesiack 1979, S. 90, zit. in Hartmann 1986, S. 104). Diese Forderung hätte sicher auch von von Weizsäcker stammen können und nimmt man sie als eine programmatische ernst, so ist, wie zu erwarten, auch eine solchermaßen integrierte Medizin mit einem Grundproblem der Psychosomatik schlechthin konfrontiert, „nämlich mit dem Bruch des naturwissenschaftlichen Monopolanspruchs auf die Medizin und nicht zuletzt mit der Problematisierung des dort unter der Hand gehandelten, nie explizierten Natur-Menschenbilds“ (ebd.). In der *Theorie der Humanmedizin – Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns* entwirft von Uexküll zusammen mit Wolfgang Wesiack (1998) eine Theorie der Humanmedizin, die konstruktivistische und systemtheoretische Aspekte integriert, sowie Ansätze der Zeichentheorie oder Semiotik aufgreift, wobei sich dieses Konzept bereits im *Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin* findet. Die subjektive Wahrnehmung ist zugleich subjektive Konstruktion von Wirklichkeit, lebende Systeme werden in diesem Modell zu einer Einheit aus Organismus und individueller Wirklichkeit (vgl. Fischer 2009, S. 58). Nach diesem Ansatz sind Symptome Zeichen im Sinne von Indizien, sie haben keine festgeschriebene, sondern eine zugewiesene Bedeutung und müssen daher „von Patient und Arzt gemeinsam interpretiert werden“ (Eisenreich 2016, S. 31). Neben den noch zu erörternden epistemologischen Implikationen soll das Modell für den behandelnden Arzt eine Perspektive und damit eine konkrete Möglichkeit eröffnen, über die „Biomedizin“ hinaus zu agieren. Die Psychoanalyse spielt in der *Theorie der Humanmedizin* eine, aber nicht die einzige, grundlegende Rolle, vor allem indem die Autoren aufzeigen, wie Elemente ihres Situationskreismodelles sich mit psychoanalytischen Erkenntnissen decken. So wird beispielsweise der Versuch unternommen, Freuds Triebkonzept als Systemmodell zu deuten (von Uexküll und Wesiack 1998, S. 124) und auch die Bedeutung der unbewussten Anteile der Situation diskutiert (a. a. O., S. 266ff.).

4.9.2 Psychosomatische Krankheitseinteilung

Von Uexküll übernahm Franz Alexanders Unterteilung psychosomatischer Erkrankungen in konversionsneurotische Symptombildung, vegetative Neurose und psychogene organische Störungen, die beiden letzteren eben ohne Deutungsmöglichkeit des Symptoms als Ersatzhandlung. Er bezog dabei psychophysiologische Befunde ausdrücklich ein, namentlich die Cannonsche Notfallsfunktion und den Selyeschen Stressbegriff.

Von Uexküll und Wesiack übernehmen das Stresskonzept Selyes, Stress bezeichnet auch bei von Uexküll keine im herkömmlichen Sinne diagnostizierbare Krankheitseinheit, sondern ein Grundgeschehen, das bei allen speziellen Krankheiten abläuft. Dieses Grundgeschehen ist als allgemein bio-physisch zu verstehen, „mit anderen Worten etwas, das man als ‚Kranksein überhaupt‘ bezeichnen könnte“ (von Uexküll und Wesiack 1979, S. 9f., zit. in Hartmann 1986, S. 105; das Kapitel zu Wissenschaftstheorie findet sich in der aktuellen Auflage nicht mehr). Spezielle Krankheiten sind verschiedene Ausprägungen dieses allgemeinen Krankseins. Ob und welche Faktoren zu jenen Stressoren werden, die das Krankheitsgeschehen in Gang setzen, hängt ab von genetisch vorgegebener Konstitution eines Organismus und der Disposition, wobei Disposition ein Repertoire erlernter Anpassungsstrategien meint, welches der zurückliegenden, früheren Auseinandersetzungen des Individuums mit seiner Umwelt entstammen (vgl. Hartmann 1986, S. 105f.). Von Uexküll und Wesiack benennen Konstitution als angeborene, Disposition als (lebensgeschichtlich) erworbene Anlage (vgl. von Uexküll und Wesiack 1998, S. 26). Als ‚naive Voraussetzungen‘ (a. a. O., S. 73) in Selyes Stresskonzept machen die Autoren aus, dass Selye das zentrale Problem der *Beziehung* zwischen Organismus und Umgebung nicht gesehen hat und Überlegungen zum Verhältnis von Konstitution und Disposition unberücksichtigt lässt (a. a. O., S. 65). Anlehnend an das Funktionskreismodell Jakob von Uexkülls entwickeln sie ein das Stresskonzept integrierendes Situationskreismodell.

4.9.3 Situationskreis und Psychoanalyse

Zentraltopos der integrierten Medizin ist eben dieses *Situationskreismodell*, ein auf menschliche Verhältnisse hin erweiterter *Funktionskreis*. Das Funktionskreismodell wurde von von Uexkülls Vater, Jakob von Uexküll, im Rahmen seiner Ethologie entwickelt und soll das Leben eines vollkommen in seine Umwelt eingepassten Tieres nachzuvollziehen lassen, also die unzertrennliche Einheit aus einem Lebewesen und dessen subjektiver Umgebung (vgl. Fischer 2009, S. 26ff.).

Den Begriff des Situationskreises verwendet von Uexküll erstmals 1979 in der Einleitung des *Lehrbuches der psychosomatischen Medizin*, ausführlich dargelegt in der gemeinsam mit Wolfgang Wesiack verfassten *Theorie der Humanmedizin* (1998). Der Mensch lebt in einer individuellen Wirklichkeit und der Aufbau dieser individuellen Wirklichkeit beim Menschen wird modellhaft mit dem Situationskreis, einem erweiterten Funktionskreis, beschrieben. Von Uexküll und Wesiack entwerfen hier, „erklärtermaßen in Abgrenzung gegen die reifizierenden

Ansätze herkömmlicher Denkstrategien“ (Hartmann 1986, S. 108), ein Beziehungsgefüge welches Individuum und Umwelt übergreift und beide Seiten als Pole eines übergeordneten Systems integriert. Seinem Anspruch nach stellt der Situationskreis modellhaft die komplexe Beziehung zwischen Individuum und dessen Umgebung dar und zwar als einen kreisförmigen Interpretationsprozess, was bedeutet es findet keine unilineare, kausale Attribution statt, sondern es wird eben eine zyklische Kausalität beschrieben. Es ist die Phantasie des Menschen, die den Situationskreis qualitativ vom Funktionskreis unterscheidet, da sie den Ausbruch aus der Zwangsläufigkeit fest programmierter Funktionskreise erlaubt (vgl. Fischer 2009, S. 51).

Es hängt dann von der Bedarfslage des Organismus ab, welche Teile der ehemals neutralen Umgebung durch die Wahrnehmung herausselektiert und unter dem Bedürfnisdiktat interpretiert werden (Bedeutungserteilung). Diese Teile werden zur Wiederherstellung des inneren Gleichgewichts verwertet (Bedeutungsverwertung). Die Steuerung dieses Prozesses unterliegt auf Seiten des Organismus inneren, „teils als phylogenetisches Erbe mitgebrachten, teils während der Ontogenese in unzähligen Adaptionsschritten erworbenen Programmen“ (Hartmann 1986, S. 108; vgl. zu kybernetischen Gesichtspunkten im Situationskreismodell Urban 1983). Abhängig von Art der Lebewesen und Natur der Umgebung bilden sich spezielle Beziehungen zur Umwelt heraus, die alle Modifikationen des Funktionskreises darstellen. Der dem Menschen zuzuordnende Situationskreis ist eine dieser Modifikationen. Der Mensch unterscheidet sich einerseits durch seine einzigartige biologische Grundausstattung vom Tier, andererseits wird er weniger durch seine genetisch festgelegten Programme, sondern „vielmehr durch die Modifikation und Differenzierung dieser Programme im Verlaufe seiner Ontogenese“ bestimmt. „Beim Menschen überwiegen daher die erworbenen Programme (mit denen er die Tradition der Kultur einer Gesellschaft übernimmt, in die er hineingeboren wird und in der er aufwächst) die angeborenen Programme in einem in der Natur sonst unbekanntem Ausmaß“ (von Uexküll und Wesiack 1979, S. 15; vgl. auch Hartmann 1986, S. 108).

Es ist die Möglichkeit des Probehandelns, die in diesem Denkmodell den Menschen qualitativ vom Tier unterscheidet. Die im Funktionskreis noch instinkthafte, imperativ-automatische Abfolge von Bedeutungserteilung und Bedeutungsverwertung wird unterbrochen von der Phantasie, einem im uexküllschen Modell von unmittelbaren biologischen Zwängen befreiten Denkens. Vor der Bedeutungserteilung stehen ein gedankliches Ausprobieren, eine probatorische Bedeutungszuteilung (Bedeutungsunterstellung) und eben jenes gedankliche Probehandeln (Bedeutungserprobung). Die Eindeutigkeit der animalischen Umwelt wird so zu einer menschlichen Wirklichkeit, die mehrdeutig ist und Verhaltensalternativen offenlässt (vgl. auch Hartmann 1986, S. 108). Der Begriffskomplex Bedeutungsunterstellung – Bedeutungserprobung – Bedeutungserteilung ist der Kernpunkt des Unterschiedes zwischen Funktions- und Situationskreis und somit zwischen Mensch und Tier.

Das Lebewesen unternimmt bereits auf der Organisationsebene des Funktionskreises Selektions- und Interpretationsprozesse in der Wahrnehmung der Umgebung und schafft sich

dadurch seine subjektive Umwelt, „als feste, aber für den Außenstehenden unsichtbare Hülle“ (von Uexküll und Wesiack 1998, S. 66). Im Laufe der Entwicklung des Menschen kommt es, verglichen mit der tierischen Organisationsebene, zu einer Lockerung des Verhältnisses von Trieb oder Bedürfnis und Phantasie, Phantasie hier verstanden als Interpretation von Umweltfaktoren unter dem Aspekt von Bedürfnissen oder Wünschen. Im Situationskreis kommt es zur tendenziellen Auflösung der Verbindung, was zur Möglichkeit eines aus unmittelbar biologischen Zwängen befreiten Denkens führt (vgl. Hartmann 1986, S. 110f.).

„Mit der Fähigkeit, in der Vorstellung eine eigene Welt zu konstruieren, in der Eindrücke gewichtet und Handlungen geübt werden können, beginnt sich die Umwelt des Kindes in eine individuelle Wirklichkeit zu verwandeln. Mit ihr entsteht allmählich ein Schutzschild gegen Einwirkungen der Umgebung, der wirkungsvoller ist als der Schutzschild der biologischen Umwelten, über den Tiere verfügen. Mit dieser Wendung scheinen Kinder die Grenze überschritten zu haben, welche die menschliche Entwicklung von der unserer tierischen Mitgeschöpfe trennt“ (von Uexküll und Wesiack 1998, S. 325).

Diese individuelle Wirklichkeit umgibt den Organismus wie eine schützende Hülle, von Uexküll bezeichnet sie als „psychosoziale Haut“ (a. a. O., S. 407), wird diese individuelle Wirklichkeit verletzt, kann es zu „den verschiedensten psycho-physiologischen Störungen führen.“

Das Situationskreiskonzept wurde von von Uexküll und Wesiack in das biopsychosoziale Modell integriert, welches vor allem von Engel propagiert aber seither weiterentwickelt wurde (siehe Abschnitt 4.13; vgl. a. a. O., S. 130f.). Sie haben damit unter Einbeziehung systemtheoretischer Gesichtspunkte und der Semiotik eine Theorie geschaffen, die insofern über die ‚klassische‘ Psychosomatik hinausgeht, als dass sie eine Theorie der gesamten Humanmedizin unter psychosomatischen Vorzeichen darstellt. Der Mensch ist ein offenes System, mit Regelkreisen ausgestattet, die hierarchisch aufgebaut sind und sich durch Aufwärts- und Abwärtseffekte gegenseitig beeinflussen. Lebende Systeme reagieren nicht einfach in mechanisch-physikalischer oder chemischer Art und Weise, sondern kodieren alle Veränderungen der Rezeptoren zu Zeichen, sie erteilen (den über die Rezeptoren und Sinnesorgane aufgenommenen Informationen) Bedeutung, aber „im Gegensatz zu der üblichen Vorstellung, daß Informationen passiv empfangen werden, betont die Semiotik, daß sie als kreative Leistung aktiv erzeugt werden“ (a. a. O., S. 360). Es ist nie das Objekt selbst, welches im gedanklichen Modell des Situationskreises erscheint, sondern immer die Beziehung des Subjektes zu ihm. Das erkennende Subjekt kann von den Gegenständen und Vorgängen der Außenwelt nur die Ablaufmuster seiner eigenen sensomotorischen Akte beschreiben, die sich eben bei der Wahrnehmung abspielen. Wird ein Baum beobachtet, so führen die Autoren an, werden letztlich die Schritte und Wege unserer Augenbewegungen von und zu den verschiedenen Farbeindrücken beobachtet, aus denen das Bild des Baumes zusammengefügt wird. „Beobachten können wir diese Tätigkeit aber nur, indem wir sie ‚nachahmend‘ wiederholen. ‚Beschrieben‘ und in der Erinnerung ‚gespeichert‘ werden danach Programme

für Bewegungsmuster, an die das Auftauchen bestimmter Sinneseindrücke geknüpft ist“ (von Uexküll 1979, S. 46, zit. in Hartmann 1986, S. 112). Zwischen Betrachter_in und Baum stellt dieser Zeichenprozess eine Beziehung her, eine Bedeutungsbeziehung. Die Existenz einer objektiven, vom Subjekt unabhängigen Realität wird verworfen, allerdings mit der Hintertür einer unbestimmt bleibenden Außenwelt: „... ständig werden neue Faktoren der (neutralen) Umgebung von unseren Sinnesorganen ausgewählt...“ (von Uexküll 1979, S. 34, zit. in Hartmann 1986, S. 114). Es sind jedenfalls diese Bedeutungsbeziehungen, die von Uexküll unter der Bezeichnung Biosemiotik auf körperliche, seelische und soziale Prozesse generalisiert werden. Dies sind in einzelne Subsysteme aufgegliederte Systeme, deren Elemente sich über die in ihnen ablaufenden Prozesse über den Austausch von Zeichen wechselseitig beeinflussen. Über ‚Bedeutungskopplungen‘ zwischen den Systemen stellt sich die Einheit des ganzen her, und zwar „indem die Zeichen des einen Systems sowohl im biologischen Rahmen der Subsysteme, wie auch am Übergang vom biologischen ins psychische und von diesem ins soziale System in die Zeichen des nächst höheren übersetzt“ (Zepf 2006 III, S. 128f.) werden.

Womit bei von Uexküll das Problem des Leib-Seele-Dualismus im Übrigen gelöst scheint, die Begriffe Soma und Psyche bezeichnen zwei Systemebenen und nicht zwei verschiedene Seinsweisen oder ähnliches (a. a. O., S. 129). Jener „geheimnisvolle Sprung“ vom seelischen ins körperliche (und umgekehrt) wird damit als Sprung von einer Integrationsebene auf eine andere definiert, er wird zum „Bedeutungssprung“ (von Uexküll und Wesiack 1998, S. 380), innerkörperliche Bedürfnisse (beschreibbar in biochemischen und physiologischen Begriffen) werden im Bedeutungssprung mit „sichtbaren, faßbaren und im Raum (z.B. in einem Bäckerladen) lokalisierbaren Gegenständen“ (a. a. O., S. 381) verbunden. Der Begriff der Integrationsebene ist systemtheoretisch als Modell einer hierarchisch gegliederten Ordnung zu verstehen, einfachere Systeme werden immer wieder als Elemente in komplexere Einheiten integriert. Zellen beispielsweise sind ein Sub-System der Organe usw. Aus dieser Perspektive, so von Uexküll, könne man „bis hinauf zu sozialen Systemen eine Hierarchie entwerfen, in der sich verschiedene Integrationsebenen oder -stufen unterscheiden lassen“ (a. a. O., S. 84, Hervoh. entfernt M. K.). Verschiedene Wissenschaften (namentlich Physik, Chemie, Biologie, Psychologie und Soziologie) würden sich dann diesen verschiedenen Integrationsebenen zuordnen lassen (ebd.). Zwischen all diesen Integrationsebenen finden permanent Bedeutungskopplungen statt (bspw. innerkörperliches Bedürfnis Hunger – Brot – Nahrung), die Übersetzung in Sprache ist ein erneuter Bedeutungssprung. Von Uexküll bezieht sich bei diesen Überlegungen auf Pawlow, der diese Bedeutungskopplungen zwischen „einer somatischen und einer psychischen Integrationsebene“ als erster gesehen und untersucht hätte (a. a. O., S. 124). Die Bedeutung von Bedürfnisbefriedigung (wenn in diesem Kontext auch nicht expliziert, wohl auch von Versagung) für Bedeutungskopplungen untermauert er mit

lerntheoretischen Anleihen.²⁰ Das Konzept der Bedeutungskopplung stellt bei von Uexküll den zentralen Vorschlag zur Lösung des Leib-Seele-Problems für Modelle der Medizin dar, da es verschiedene Integrationsebenen verbindet (a. a. O., S. 392). Auch auf die Frage, wie diese Verbindung stattfindet, geben die Autoren Antwort: Psychosomatische Modelle, so von Uexküll und Wesiack, „müssen nicht nur die verschiedenen Integrationsebenen (biologischer, psychischer und sozialer Vorgänge) darstellen, sondern auch beschreiben können, wie wir uns die Verbindung dieser heterogenen Vorgänge vorstellen sollen“ (a. a. O., S. 124). Die Autoren sprechen Freud das erste Modell zu, welches diese Forderungen „zu erfüllen sucht“ (ebd.), gemeint ist nicht das Konversionskonzept („wie man irrtümlicherweise gemeint hat“ (ebd., wer sich hinter dem „man“ verbirgt und was genau der Irrtum war, bleibt allerdings unklar) sondern der Triebbegriff. Sie beziehen sich vornehmlich auf ein Zitat im *Entwurf einer Psychologie* von 1895: „Was wir von den endogenen Reizen wissen, läßt sich in der Annahme ausdrücken, daß sie interzellulärer Natur sind, kontinuierlich entstehen und nur periodisch zu psychischen Reizen werden“ (Freud 1950c, S. 408, zit. in ebd.). Das unterstreicht sicherlich die Verortung einer Triebquelle im somatischen, darauf aufbauend das Triebmodell mit dem Funktionskreis-Modell in Übereinstimmung zu bringen erscheint jedoch abenteuerlich: Der Funktionskreis bezieht sich auf mehr oder weniger instinkthaft gesteuerte Handlungen bei Tieren, während im psychoanalytischen Triebmodell, so viel es auch diskutiert sein mag, immer die libidinöse Bindung mitgedacht werden muss. So lassen sich hier sicher Parallelen finden, aber allein die Variabilität der Objektwahl der menschlichen Libido ist ein qualitativer Unterschied zwischen beiden Modellen, zudem führt von Uexküll nicht die Problematik aus, die ein Verorten des Triebes in den Integrationsebenen des Systemmodells mit sich bringt oder diskutiert die daraus resultierende Frage in welcher dieser hierarchisch gegliederten Funktionsebenen der Trieb zu verorten wäre. Dem ausgewählten Freud-Zitat nach ließe sich sicher eine Verortung auf der Funktionsebene der Zellen annehmen, dies wird aber weder ausgeführt noch wird überhaupt näher definiert, als was der Trieb in der Theorie der Humanmedizin zu begreifen ist. Auch in den Überlegungen zu Phantasie und Realität greifen die Autoren auf den Triebbegriff zurück:

„Auf der Stufe des Biologischen, auf der psychische Tätigkeit bzw. Phantasie noch unlösbar mit den vitalen Bedürfnissen verbunden ist, kann sich das Problem – Phantasie oder Realität – noch gar nicht stellen. Hier ist ‚Realität‘ noch identisch mit den halluzinatorischen Bildern der Triebbedürfnisse, wie wir sie – auch als Erwachsene noch in Extremsituationen (z.B. als Hunger- oder Durstphantasien) – erleben können“ (von Uexküll und Wesiack 1998, S. 365).

²⁰ „Hier ist der für unser Problem wichtige Gedanke berücksichtigt, daß mit der Befriedigung von Bedürfnissen (Belohnungen oder Bestrafungen) das pragmatische Realitätsprinzip für das Zustandekommen von Bedeutungskopplungen von entscheidender Wichtigkeit ist“ (von Uexküll und Wesiack 1998, S. 382).

Triebbedürfnisse scheinen Hunger und Durst zu sein. Auf dieser Grundlage lassen sich Funktionskreis und „Triebmodell“ zwar sicher besser auf einen Nenner bringen, bloß hat dieses Triebmodell wenig gemein mit dem Metapsychologischen. Auch Zepf sieht von Uexkülls Rekurs auf Freud als nicht gerechtfertigt:

„Um die Identität seiner Auffassung mit dem Freudschen Konzept der Triebentwicklung zu betonen, notiert von Uexküll [...], ‚dass beim menschlichen Säugling [...] vom ersten Tag an orale Funktionskreise der Nahrungsaufnahme und anale Funktionskreise der Ausscheidung nach angeborenen Programmen ablaufen [...]‘. Die Begriffe ‚oral‘ und ‚anal‘ beziehen sich bei Freud auf Triebbedürfnisse und Nahrungsaufnahme und Ausscheidung sind keine Trieb- sondern imperative, sog. ‚große Körperbedürfnisse‘ [...], bei deren Befriedigung die Triebbedürfnisse erst entstehen“ (Zepf 2006 III, S. 133).

4.9.4 Mensch und Gesellschaft

Hartmann (1986) legt den Fokus auf die erkenntnistheoretischen Schwierigkeiten und Verstrickungen, die das Situationskreismodell und die es umgebende Theorie mit sich bringt. Da das Situationskreismodell eng mit dem biopsychosozialen Modell in Zusammenhang steht, werden diese hier etwas ausführlicher diskutiert.

Wirklichkeit wird bei von Uexküll zu einer Nachahmung unserer eigenen sensomotorischen Akte, wir haben „unsere Wirklichkeit, wie die Spinne ihr Netz, aus den Fäden aufgebaut, die unsere Bewegungsmuster in unserem Gedächtnis hinterlassen“ (von Uexküll 1979, S. 45f., zit. in Hartmann 1986, S. 113). So verschmilzt das Subjekt mit seiner je einzigartigen Lebensgeschichte zu einer sich ständig regenerierenden Einheit, an der Konstruktion der individuellen Wirklichkeit sind stets auch Ereignisse und Erlebnisse der Vergangenheit beteiligt, so ist diese individuelle Wirklichkeit eine historisch erst gewordene (vgl. Fischer 2009, S. 54). Sowohl Funktions- als auch Situationskreis zeigen also Beziehungssysteme mit einem dynamischen Zusammenhang, Hartmann verwendet den Ausdruck Feedback-Kopplung. Beschrieben mit kybernetischen Termini (vgl. genauer Urban 1983) ist der „Organismus die Regelstrecke, der chemisch-physikalische Zustand des Organismus die Regelgröße, das homöostatische Gleichgewicht der Sollwert“, und so lässt sich diese Reihe fortsetzen (Hartmann 1986, S. 110). Die grundsätzlich konstanten Elemente dieses Regelkreises müssen erst mal in ihrer jeweils spezifischen Struktur vorhanden sein, bevor sie als Funktionen in den Regelkreis eingehen (bzw. diesen überhaupt erst konstituieren). Hartmann macht dies an einem einfachen Beispiel sichtbar: Wird der Muskeldehnungsreflex als einfacher Regelkreis interpretiert (Muskel = Regelstrecke, Muskellänge = Regelgröße, bestimmte Muskellänge = Sollwert usw.), so muss der Muskel in seiner anatomischen Gegebenheit mit allem was dazugehört überhaupt erstmal existieren. Auf Seiten des Organismus muss also eine vorab definierte Struktur unterstellt werden ebenso wie ein Beziehungsmodus, der jenseits der konkreten Beziehung vorgeformt ist. „Tier und Mensch“, so Hartmann, wurzeln damit „in ihrer

bestimmten organismischen Struktur in einem biologisch-natürlichen Abstraktum, ihre konkrete Lebensformen gründen auf einem abstrakten und allgemeinen Lebensprinzip, das die Autoren mit dem Terminus ‚Grundverhalten von Lebensprozessen‘ umschreiben.“ (Hartmann 1986, S. 110, Zitat im Zitat von Uexküll 1979, S. 44). Auf Seiten des Organismus wird eine vorgeformte Struktur notwendigerweise vorausgesetzt, womit die Autoren zunächst ihren eigenen Anspruch nicht einzulösen scheinen, nachdem sich Organismus und Umgebung erst durch die zwischen ihnen bestehenden Beziehungen definieren lassen (vgl. Hartmann 1986, S. 110). Zwischen erkennendem Subjekt (Mensch) und Erkenntnisobjekt (Außenwelt) gibt es also ein bestimmtes Verhältnis, auf dieser inneren Bühne der Phantasie erscheinen Modelle und diese Modelle sind Abstraktionsprodukte, die jene Teile der Außenwelt sichtbar machen, die wir für wesentlich halten (vgl. a. a. O., S. 111). Die Autoren machen dies am Hausbau-Beispiel deutlich: Alle Beteiligten (Architekt, Statiker, Installateur, Elektriker; Bauherr usw.) werden bei der Konzeption und Planung eines Hauses Verschiedenes als wesentlich oder unwesentlich ansehen, die Modelle des Hauses werden dementsprechend verschieden sein. Damit postulieren die Autoren in Erkenntnisprozess sowie Erkenntnisprodukt (also dem Modell) einen Zusammenhang zwischen Subjekt und Objekt. Erkenntnisprozess und Erkenntnisprodukt sind damit nicht, wie ‚naturwissenschaftliche Objektivität‘ behauptet, ausschließlich vom Erkenntnisobjekt definiert. Das erkennende Subjekt ist ein dynamischer und aktiv gestaltender Faktor im Erkenntnisprozess.

Ohne an dieser Stelle die philosophiegeschichtliche Tiefe und Schärfe des Konstruktivismus in Ausführlichkeit diskutieren zu können (vgl. Hartmann 1986, S. 107ff., mit Bezug zu Glaserfeld und radikalem Konstruktivismus vor allem S. 114f.), sei skizzenhaft pointiert, dass der radikale Konstruktivismus eben Wahrnehmung und Erkenntnis radikal ins Subjekt verlagert und das zentrale erkenntnistheoretische Problem des „Objektivismus“, die Übereinstimmung von Erkenntnis und Erkanntem, löst, indem er es für nichtig erklärt: Denken und Sein sind identisch, da das Objekt gleichgesetzt ist mit der Konstruktion durch das Subjekt. Die philosophiegeschichtliche Verortung der Integrierten Psychosomatik im Konstruktivismus lässt somit entscheidende Faktoren schwer theoretisch zu fassen, wie einen eventuell resistenten leiblichen Eigensinn (vgl. Winter 2014) und die Geschichtlichkeit des Menschen. Objekte, Umwelt, Kultur und Herrschaftsverhältnisse werden ebenso zu ‚Konstruktionen‘.

Die am Muskelbeispiel verdeutlichte Annahme, dass auf Seiten des Lebewesens grundsätzlich eine präformierte ahistorische Struktur unterstellt werden muss, die das Verhältnis von Individuum und Umwelt zwar bestimmt, ihrerseits dort nicht entsteht gewinnt Profil. Hartmann umschreibt dies mit dem Begriff einer „autochthonen gnostischen Instanz“ (Hartmann 1986, S. 117), von Uexküll und Wesiack bezeichnen genau dies mit dem Begriff der Phantasie. Und diese Instanz stellt eben nicht nur die Beziehung zur Umwelt her, sondern konstruiert über diese Beziehung die Umwelt erst. Was bedeutet dies für die postulierte Geschichtlichkeit des Menschen? Eben diese ist für den psycho- und sozialen Part eines biopsychosozialen Modells

von enormer Bedeutung. Aus der philosophisch-erkenntnistheoretischen Position der Autoren ergibt sich zwangsläufig, dass auf Seiten des Menschen eine Instanz als vorgeschichtliche Entität vorausgesetzt werden muss, die Wirklichkeit konstruiert und Beziehungen zu dieser Wirklichkeit schafft. Die menschliche Ontogenese der integrierten Psychosomatik wird beschrieben als eine Sozialisation biologischer Funktionskreise in denen das Leben in den ersten Monaten organisiert sei, diese würden dann sukzessive in Situationskreise überführt. Dem Säugling sind Deutungs- und Verhaltensstrategien angeboren, in Auseinandersetzung mit der Mutter erwirbt er ein zunehmendes Repertoire an Programmen, welches ihm eine gelungenere Bewältigung seiner biologisch-organismisch verankerten Bedürfnisse ermöglicht. „Prima vista“, so Hartmann, „scheint sich also neben einer naturhaft-ahistorische Matrix an elementaren Bedürfnissen und angeborenen Programmen ein zweiter, in der Biographie hergestellter Strukturanteil im Säugling zu etablieren, der den angeborenen irgendwie modifiziert und überformt“ (a. a. O., S. 118). In diesen gehen dann die „Forderungen der Gesellschaft“ (von Uexküll 1979, S. 31, zit. in Hartmann S. 118) ein, vermittelt über die Mutter. Diese erworbenen Programme stellen sich also her im Spannungsfeld zwischen vorgegebenen Zielen (Befriedigung bestimmter biologischer Bedürfnisse) und angeborenen Programmen, die ja als bereits konstruierte Ausgangspunkte gefasst werden müssen. Die Umgebung des Säuglings, zunächst die Mutter, grenzt die Quantität der möglichen Programme negativ ein und ist selbst wieder unter dem Bedürfnisdiktat konstruiert. In der weiteren Beschreibung der kindlichen Entwicklung greifen die Autoren auf „psychoanalytisches und entwicklungspsychologisches Begriffswerkzeug zurück, an das sie“, so Hartmann (1986, S. 119) ihre der Ethologie entstammenden Vorstellungen zu adaptieren versuchen.“ Von Uexküll und Wesiack beziehen sich dabei vornehmlich auf Piaget und Magaret Mahler, Objektkonstanz und affektive Fähigkeiten werden dabei sehr zentral für menschliche Entwicklung dargestellt. In der *Theorie der Humanmedizin* wird die Entwicklung der menschlichen Psyche evolutionär verstanden, während der vor- und nachgeburtlichen Entwicklung durchlebt der Mensch phasenweise die Lebensformen des Vegetativen und Animalischen, es sind ‚pflanzenhafte‘ (etwa bis zum Ende des dritten Schwangerschaftsmonats) und ‚tierhafte‘ Beziehungsmuster (etwa bis zum 15. bis 20. Lebensmonat), die jeder Mensch durchläuft (vgl. genauer Fischer 2009, S. 40ff.). Phantasie und Objektkonstanz hängen für die Autoren dabei eng zusammen. Zwischen dem 16. und 20. Lebensmonat vollzieht sich beim Kleinkind ein enormer Entwicklungssprung, mit Fähigkeit zur Objektkonstanz bildet sich das menschliche Vorstellungsvermögen aus, womit die Stufe des Animalischen endgültig überschritten ist. Probehandeln und Bedeutungserprobung werden möglich, die unmittelbare Kopplung zwischen Physiologischem und Psychischem wird aufgelöst. Hier beziehen die Autoren sich auf den Schurschen Begriff der Desomatisierung. Das Psychische schiebt sich nun wie eine zweite Haut, die sogenannte Wirklichkeitsschale mit der Funktion eines Vermittlers, zwischen physiologische Prozesse und Umgebung. Wie sich denn unter konstruktivistischen Vorzeichen eine Objektkonstanz entwickeln kann, wo doch

auch das Objekt (bspw. die Mutter) stets ein konstruiertes sein müsste, wird nicht klar beantwortet. Letztlich gewinnt das Kind die Fähigkeit dazu, indem es mit Hilfe angeborener Programme hergestellte Deutungs- und Handlungsstrategien engrammatisch (also als physiologische Strukturen im Gehirn) speichert, welche sich zuvor in Hinblick auf Bedürfnisbefriedigung bewährt haben. Diese werden als stabile Interpretationen seiner Umgebung mit Außenweltobjekten identifiziert und in der Wortsprache festgehalten (vgl. Hartmann 1986, S. 121f.). Realität ist für von Uexküll und Wesiack folgerichtig ein Konstrukt, und was die Psychoanalyse als Realitätsprinzip bezeichnet entspricht für sie dem Zwang, Modelle und Programme für Handlungsabläufe zu entwickeln. So bedeutet Realitätsprinzip in diesem Zusammenhang, dass das Subjekt die Nützlichkeit einer bestimmten Konstruktion für die Zielerreichung berechnet. Es resultiert aus einer relativ verlässlichen, sich wiederholenden Relation zwischen einem bestimmten Programm und dem vorgegebenen Ziel.

Wenn Bewusstsein als ausschließlich subjektiv gefasst wird, was der Situationskreis und die dazugehörige ontologische Theorie implizieren, so können als Inhalte von Erkenntnis ja nur die Wahrnehmungen, Gedanken und Empfindungen im Subjekt selbst beschrieben werden. Diese sind dann wiederum nur Konstruktionen von Wirklichkeit, subjektive Gebilde, die eben nicht auf Gegenstände der objektiven Realität verweisen. Der Dualismus zwischen Ideellem und Materiellem, Bewusstsein und objektiver Wirklichkeit wird dadurch gelöst, dass eine objektive Realität jenseits der konstruierten Wirklichkeit für bedeutungslos erklärt wird. Konsequenter weitergedacht wären jegliche Art von gesellschaftlichen Verhältnissen und gesellschaftlicher Ungleichheit konstruiert. In sich, da stimme ich Hartmann zu, ist das Konzept von Uexkülls und Wesiacks schlüssig und „zeigt eine bestechende innere Logik“ (a. a. O., S. 126) und dies besonders im Vergleich zu jenem von von Uexküll und Kollegen scharf kritisierten ‚Menschenbild‘ der klassischen Medizin. Im Bezugsrahmen dieser Logik lässt sich allerdings keine Theorie des Menschen entfalten, die den Ansprüchen der Autoren selbst gerecht wird. Eine tatsächliche Verhältnisbestimmtheit ist nicht zu zeigen, da immer ein präformierter Kern angenommen wird:

„Geht man mit von Uexküll und Wesiack von der Prämisse aus, daß Mensch und ‚Umwelt‘ in einem wechselseitig sich bedingenden Verhältnis stehen, so hat eine Theorie des Menschen den Menschen in seiner leib-seelisch-sozialen Integrität und Totalität als lückenloses Produkt dieses Verhältnisses, d.h. als in sich systematisierter Niederschlag lebensgeschichtlicher Beziehungen transparent zu machen. Jeder reifizierende Zugriff auf den Gegenstand, ob von idealistischer oder positivistischer Seite, verbietet sich dann insofern von vornherein, als ihm immer die explizite oder verschleierte Annahme innerviert, dem Menschen sei von allem Anfang an eine vorgeschichtliche, präformierte Struktur ‚innermittigt‘, aus der sich konkretes Leben entfaltet, welches seinerseits diese allemal nur ausgestaltet, modifiziert, überformt“ (a. a. O., S. 126f.).

Zudem ist dieses wechselseitige Verhältnis von Mensch und ‚Umwelt‘ nicht prinzipiell konflikthaft und die Dimension des Unbewussten spielt keine nennenswerte Rolle in diesem

Verhältnis, der Triebbegriff hat mit einem psychoanalytischen Triebverständnis wenig gemein. Die von den Autoren angenommene menschliche Entwicklung besteht zunächst aus ‚pflanzenhaften‘ und ‚tierhaften‘ Beziehungsmustern, bis die Fähigkeit zur Objektkonstanz erreicht ist, die mit dem Schur‘sehen Begriff der Desomatisierung verknüpft ist. Diesen etwas nebulös erscheinenden Entwicklungsphasen werden keinerlei typische Konfliktkonstellationen zugeordnet und letztlich ist alle Wahrnehmung Konstruktion. Die für dieses Menschenbild grundlegenden Theorien (Konstruktivismus, Lehre der Zeichen und Systemtheorie) werden affirmativ zusammengeschnitten, eine kritische Auseinandersetzung mit ihnen findet sich nicht. Welche Faktoren zu ätiologisch bedeutsamen ‚Stressoren‘ werden, ist dann doch wieder abhängig von genetisch vorgegebener Konstitution. Der Anspruch des Konzeptes ist, ähnlich dem von Weizsäckers, eine anthropologische Bestimmung der Medizin, beide Modellvorstellungen entstammen ja der Medizin selbst. Beide messen der gemeinsamen Interpretation der Symptome durch Ärzt_in und Patient_in ebenso große Bedeutung bei. In von Weizsäckers Werk jedoch ist noch die Möglichkeit angelegt, das Symptom als Ausdruck oder Stellvertretung eines Konfliktes zu dechiffrieren, der auch im Unbewussten verbleiben mag. Diese Deutungsmöglichkeit ist in der Theorie der Humanmedizin nicht zentral angelegt und die Betrachtung der sozialen Ebene findet, obgleich auch ‚Integrationsstufe‘, nicht statt. Im Kontrast dazu verhalten sich die Überlegungen von Karola Brede, die mit der expliziten Suche eines sozialpsychologischen Zugangs zur Spezifität psychosomatischer Störungen Psychoanalyse und Soziologie verbindet.

4.10 Karola Brede: Ein sozialpsychologischer Zugang zur Spezifität psychosomatischer Störungen

4.10.1 Grundannahmen

Karola Brede geht wie Mitscherlich davon aus, dass klinisch-organische Störungen prinzipiell den Mechanismen der psychischen Symptombildung unterliegen können, also mit psychoanalytischer Neurosentheorie beschreibbar sind. Zugesprochen wird diese somatische Genese nach dem Neurosenmechanismus in Bredes Aufzählung Erkrankungen des Magen-Darm-Trakts, der Atmungsorgane, des Herzens und des Kreislaufs, ohne „daß irgendein anderer gestörter Funktionskreis des Organismus von den Behauptungen der Psychosomatischen Medizin ausgenommen bliebe“ (Brede 1972, S. 12). Sie sieht also keine starre Grenze, ebenso bezieht sie ein psychosomatisches Verständnis gleich in die Diagnose ein:

„Zwar ist die Prüfung, ob organische Ursachen oder aber – nicht weiter rückführbare – physiologische Funktionsstörungen (nervöse, funktionelle Störungen) vorliegen, als Orientierungshilfe zur Diagnostizierung psychosomatischer Störungen geläufig. Aber nicht dieses diagnostische Vorgehen gibt den Ausschlag für die Bestimmung einer organischen Krankheit als psychosomatisch, sondern die chronische Präsentation eines klinisch-organischen Symptoms als komplettierendes Element einer Lebensgeschichte

bzw. als individuelle, unbewußte Verhaltensstrategie, die bei der situationsabhängigen Aktualisierung eines psychodynamischen Konflikts aufgrund bestimmter verfügbarer Abwehrmechanismen gewählt wird“ (ebd.).

Brede schließt somit den Zusammenhang von Symptom und biographisch bedeutsamen Ereignissen in die Diagnose mit ein und stellt dem prinzipiell ungenügende Diagnosekriterien in der Psychosomatischen Medizin fest (a. a. O., S. 12f.). Wie Mitscherlich stellt sie Überlegungen an, wann eine im oben genannten Sinne psychosomatische Erkrankung auftritt und wann eine „klassische“ Neurose, eine Frage die Mitscherlich im Grunde unbeantwortet ließ. Auf der Suche nach den Bedingungen von neurotischer und psychosomatischer Erkrankung wählt sie einen explizit sozialpsychologischen Zugang. Grundlegend führt sie die Spezifität psychosomatischer Erkrankungen im Verhältnis zu neurotischen Störungen auf soziokulturelle Faktoren zurück (Brede 1994, S. 322).

4.10.2 Gesellschaft und Krankenrolle

Karola Brede betrachtet die „intime“ (Brede 1994, S. 321) Verbindung der Subjekte mit den gesellschaftlichen Verhältnissen auf der Basis von Mitscherlichs Einsichten und wendet sich der Verbindung zwischen Psychoanalyse und Sozioanalyse zu. Psychosomatische Störungen sind in diesem Modell neurosenpsychologisch zu verstehen, sie gehen auf einen inneren Konflikt zurück. Der innere Konflikt führt zu einer schwer beeinflussbaren Eigengesetzlichkeit der psychischen Funktionen und bringt unvollkommene Konfliktlösungen hervor – im Falle des psychosomatisch Kranken richtet sich die Lösung autoplastisch auf den Körper (vgl. a. a. O., S. 322). Da wir ja im Allgemeinen dem Körper nicht die Fähigkeit zuordnen, „an der Generierung von Handlungssinn beteiligt zu sein“ (a. a. O., S. 323) ist der psychosomatisch Kranke im sozialen Verhalten unauffällig. Verglichen mit hysterischem oder zwangsneurotischem Leiden erfüllt der psychosomatisch Kranke die normativen Erwartungen an sein Handeln. Auch beurteilt nach Kriterien der funktionalistischen Sozialisationstheorie erscheint er als sozial integriert (in den gesellschaftlichen Handlungssystemen der Familie, der Arbeit etc.) (vgl. ebd.).

Brede stellt nun sozialisationstheoretische Überlegungen an, die „bei der Lösung des Problems der *genetischen* Spezifität soziokultureller Faktoren einen Schritt weiter führen“ (ebd., Hervorh. i. O.) und zwar unter Bezugnahme auf Talcott Parsons. Eine eingehende Auseinandersetzung mit Parsons (1964) kann an dieser Stelle nicht erfolgen (vgl. dazu Horn et al. 1983), für Bredes Argumentation ist ein Verständnis von Sozialisationstheorie als „einem soziologischen Ansatz zur Erklärung der Persönlichkeitsentwicklung“, der davon ausgeht, dass „die Individuen Kompetenzen des sozialen Handelns auf Grund gesellschaftlicher Einflüsse erwerben“ (ebd.) ausreichend. In der Regel bedeutet Entwicklung dann einen Anpassungsprozess an gesellschaftliche Standards, Normen und Werte, Sozialisation wird „positiv als, so Parsons, *gelingende* soziale Integration des Individuums bestimm[t]“ (a. a. O.,

S. 323f., Hervorh. i. O.). Für Bredes Argumentation ist zentral, dass der psychosomatisch Kranke kein von den gesellschaftlich hergestellten Regeln abweichendes Verhalten zeigt. Er trägt seine psychischen Konflikte auf eine Weise aus, die ihn in diesem normativen Bezug unauffällig bleiben lässt. So handelt der psychosomatisch Kranke gemäß den Regeln der Krankenrolle (mindestens in Grundzügen und auf der Erscheinungsebene, Pflegebedürftigkeit und Bereitschaft zur Gesundheit). Der Zusammenhang zwischen neurosenpsychologischen und sozialpsychologischen Tatbeständen, der die psychosomatische Symptomwahl spezifiziert, geht von diesem Rollenverhalten aus (a. a. O., S. 324). Beim psychosomatisch Kranken ist das Befolgen von Handlungsregeln zu beobachten, dieses kann nach Brede unter Berücksichtigung der psychoanalytischen Voraussetzungen nur über den Neurosenmechanismus hergestellt sein. Im Gegensatz zum psychosomatisch Erkrankten können Individuen in der Regel die Übereinstimmung ihres Verhaltens mit normativen Erwartungen bewusst, beziehungsweise vorbewusst, herstellen.

4.10.3 Symptom und Normen

Im Falle einer psychosomatischen Erkrankung ist also davon auszugehen, dass sich 1. die Übereinstimmung zwischen den normativen Erwartungen und dem Handeln als Kranker unbewusst hergestellt hat. 2., dass er im Verhältnis zu den Anforderungen an seine Interaktionskompetenz überfordert ist: „Der im Sinne der Überforderung der Konfliktfähigkeit kritische Bereich möglicher Handlungsmotive, über den der psychosomatisch Kranke hätte verfügen sollen, fällt der Dynamik des pathogenen psychosomatischen Prozesses anheim.“ (a. a. O., S. 325). 3. Das Subjekt realisiert durch das psychosomatische Symptom Handlungssinn, Bedingung dafür ist, dass die Regression gesellschaftlich mitvollzogen wird. Durch die Krankenrolle wird die Symptombildung bestätigt als vom Subjekt nicht gewollt, der unbewusst lustvolle Gewinn im Leiden wird gesellschaftlich als zulässige Regression gebilligt. Brede vermutet, dass von der Beteiligung des Subjekts an der Erkrankung lediglich unbewusste Schuldgefühle erhalten bleiben (vgl. ebd.).

Das psychosomatische Symptom ist somit sinnhaft auf Regeln des sozialen Handelns bezogen. Dieser Bezug muss subjektiv hergestellt werden und dies macht in Bredes Augen den generativen Charakter der für die Aufrechterhaltung der Abwehr erforderlichen Ichleistung aus. Dieses Rollenhandeln wird nicht bewusst gewählt, somit ist auch nicht der sekundäre Krankheitsgewinn im Sinne eines vorbewusst wahrgenommenen Vorteils auf Grund von Krankheit gemeint. Der unbewusste Konflikt wird im Körper bearbeitet, wodurch das Subjekt den Regeln der Krankenrolle folgt. Die psychosomatische Symptombildung stellt dann eine „generative Ich-Leistung“ dar (Brede 1972, S. 20), weil die Symptomwahl auf die Krankenrolle als Verhaltensmuster fällt und diese Symptomwahl lässt Spielraum für neurotisches Verhalten, also Verhalten in das verdrängte Triebwünsche aufgenommen sind (ebd.). Der psychosomatisch Kranke bildet die „Einheit von Motiv und Handlung, die für das Verhalten

des somatisch Kranken unterstellt werden kann, pseudologisch ab und erfüllt damit eine Bedingung sozialpathologischen Verhaltens“ (ebd.).

Die Funktion des Ichs in diesem Vorgang betrachtet Brede nicht nur zur Seite des sozialen Handelns, sondern auch zur Seite des Unbewussten, in diesem Fall meint sie die Abwehrleistungen des Ichs. Die Abwehrtätigkeit des Ichs wird mit der Herausbildung des psychosomatischen Symptoms entlastet. Das „somatische Symptom ist nicht das Abgewehrte, sondern *funktionales Äquivalent* der Abwehr, weil es den Regeln der Krankenrolle folgend geäußert wird“ (Brede 1994, S. 326, Hervorh. i. O.). Somit entlastet das soziokulturelle System von der Bürde der individuellen Neurose, dafür wird jedoch der Preis der psychosomatischen Erkrankung gezahlt und diesen pathologischen Prozess sieht sie in ein komplexes Herrschaftsverhältnis eingebettet, welches die Beziehung zwischen Individuum und Gesellschaft formt (ebd.). An anderer Stelle schreibt sie explizit, dass für die psychosomatische Symptomwahl „subkulturelle, in der sozioökonomischen Struktur verankerte Sozialisationsvariablen“ (Brede 1972, S. 15) maßgebend sind. Dieses komplexe Herrschaftsverhältnis wird allerdings nicht eingehend diskutiert.

Alexander Mitscherlich zeigte bereits, dass die Überangepasstheit, die, einhergehend mit psychosozialer Unauffälligkeit, häufig bei psychosomatisch erkrankten Patienten zu beobachten ist, gekoppelt mit der körperlichen Symptomatik, dem hierzulande kulturell geltenden Krankheitsbegriff ziemlich genau entspricht. Eine so verstandene psychosomatische Krankheit wird also im Hinblick auf dieses gesellschaftliche Krankheitsbewusstsein entwickelt. Karola Brede beschreibt die psychosomatische Krankheit darauf aufbauend als eine Anpassungsleistung des Individuums, als eine sozialisationsspezifische Verhaltensstrategie: „Die Unauffälligkeit der Patienten wird als eine Pseudo-Normalität entdeckt, die im gleichen neurotischen Abwehrvorgang entsteht wie die psychosomatische Symptomwahl, ja diese in idealer Weise komplettiert“ (Overbeck und Overbeck 1994b, S. 347). Overbeck und Overbeck weisen auf die Problematik hin, jede psychosomatische Erkrankung vollständig nach dem Neurosenmechanismus zu erklären, was Bredes Ansatz nahelegt. Die psychosomatische Erkrankung wird dann gesehen als eine generative „oder gar listige Anpassungsleistung“ des Individuums, die „in ihrem Spielraum lediglich durch Regression und Wiederholungszwang“ (a. a. O., S. 348) begrenzt ist, wobei dem entgegenzusetzen ist, dass Brede andere Zugänge nicht ausschließt. Sozialpsychologisch erscheint die psychosomatische Erkrankung hier als Vermeidung abweichenden Verhaltens durch eine Art Flucht in die sozial akzeptierte Krankenrolle – was die Konfliktbearbeitung natürlich ungleich erschwert und auch andeutet, welche soziale ‚Funktion‘ die Erkrankung haben könnte. Wie sich denn diese gesellschaftlich generierten Rollenerwartungen in der je individuellen Entwicklung niederschlagen beziehungsweise subjektstrukturierend wirken wird von Brede in diesem Zusammenhang nicht weiter diskutiert – auf die damit verbundenen Schwierigkeiten weist sie selbst hin.

Bredes Zugang ist sozialpsychologischer Natur und dies eröffnet die Möglichkeit, eine mögliche ‚Funktion‘ der psychosomatischen Erkrankung zu beschreiben, die in einem Unsichtbarmachen des (neurotischen) Konfliktes besteht. Durch die gesellschaftliche Akzeptanz der Krankenrolle wird der Konflikt in einem unbewussten Vorgang ‚getarnt‘. Brede geht davon aus, dass davon kein Funktionskreis ausgenommen ist. Wenn sie den Schwerpunkt auch eher auf funktionelle Störungen legt, so lässt sich dennoch keine Grenze ausmachen zu Erkrankungen, für die diese Mechanismen nicht gelten. Entscheidend für die Einordnung einer Erkrankung als psychosomatisch ist bei Brede vielmehr der Konflikt, der sich in ihr oder durch sie ausdrückt, eine Überlegung, die von der klassischen Diagnose ausgehend vom körperlichen Symptom abweicht. Subjekt und Gesellschaft haben nach diesem Verständnis ein „intimes“ Verhältnis und wirken aufeinander ein und Brede zeigt Ansätze auf, die körperliche Erkrankung in diesem Spannungsfeld zu betrachten. Dass diese Überlegungen von ‚außerhalb‘ der Medizin an sie herangetragen werden zeigt bereits hier, dass mindestens dieser kritische Diskurs außerhalb der medizinischen Institutionen geführt wird.

Mit dem Verhältnis von Individuum und Gesellschaft beschäftigte sich auch Alfred Lorenzer aus einer kritischen Perspektive. Psychosomatische Erkrankungen stehen bei ihm zwar nicht im Zentrum der Überlegungen, aber Lorenzers grundsätzliche Überlegungen wurden daran anknüpfend auch für die Psychosomatik nutzbar gemacht.

4.11 Alfred Lorenzer: Eine materialistische Sozialisationstheorie

Hartmanns grundsätzliche Kritik am Konzept von von Uexküll und Wesiack, dass es unter den konstruktivistischen Vorzeichen kaum möglich ist, den Menschen in seiner leiblichen, seelischen und sozialen Totalität tatsächlich als systematisierten Niederschlag lebensgeschichtlicher Beziehungen transparent zu machen weil doch stets ein präformierter Kern angenommen wird, bemängelt letztlich das Fehlen dessen, was Alfred Lorenzer beginnt: Eine materialistische Sozialisationstheorie (Lorenzer 1972). Um aufzuzeigen, wie sich in den Überlegungen Lorenzers Gesellschaftliches engrammatisch ins Subjekt einschreibt, muss hier etwas weiter ausgeholt werden.

Alfred Lorenzer reformulierte die Psychoanalyse als materialistische Sozialisationstheorie. Lorenzers eigene wissenschaftliche Biographie ist vom Paradigmenwechsel von der Psychiatrie zur Psychoanalyse gekennzeichnet, in den frühen 1960er-Jahren trat er in Alexander Mitscherlichs Dunstkreis ein, und spätestens seitdem bedrängte ihn die Frage „wie sich das psychoanalytische Verstehen von den Methoden psychiatrischer Erkundung unterscheidet“ (Görlich 2002, S. 8). Als Grundzug Lorenzers Haltung beschreibt Görlich das gesellschaftswissenschaftliche Interesse und „die Anstrengung, psychoanalytische Erfahrung leibseelischen Leids [...] mit der Perspektive von Kultur- und Gesellschaftskritik zu verbinden“ (ebd.). So ist dann auch bereits in der *Begründung einer materialistischen Sozialisationstheorie* die Frage erkenntnisleitend, wie kindliche Entwicklung als Naturprozess und zugleich als

soziale Bildungsgeschichte gesehen werden kann, und zwar vor dem theoretischen Hintergrund von Psychoanalyse und historischem Materialismus (vgl. Lorenzer 1972, S. 7). Lorenzer bearbeitet zahlreiche theoretische und kulturwissenschaftliche Fragestellungen, von jener Konstruktion einer materialistischen Sozialisierungstheorie bis hin zu einer wissenschaftstheoretischen Auseinandersetzung mit der Psychoanalyse, in der diese als Tiefenhermeneutik dargestellt wird (Bayer und Lohmann 2013, S. 279). Seine Theorie entstammt dem Kontext einer *kritischen Theorie des Subjekts* in der die freudomarxistischen Debatten wieder aufgenommen wurden (siehe Abschnitt 4.14; Brunner et al. 2012; Winter 2014). Lorenzers Werk mag dabei vielfach fragmentarisch geblieben sein, auf der Suche nach kritischen Aspekten psychosomatischer Medizin verdient es jedoch in jedem Fall eine vertiefte Würdigung. In der folgenden Skizze Alfred Lorenzers Gedankengebäudes liegt der Fokus auf der Darstellung der im weiteren Sinne sozialpsychologischen Aspekte, so kann daran anschließend gezeigt werden, wie diese für psychosomatische Fragestellungen nutzbar gemacht werden können.

4.11.1 Psychoanalyse als Interaktionstheorie

Lorenzers Vorarbeiten zu einer ‚Metatheorie der Psychoanalyse‘ beanspruchten großes; Wissenschaftscharakter und Eigenarten der Psychoanalyse sollten begrifflich soweit erhellt werden, dass auch der nicht-psychoanalytischen Scientific Community Einsichten darüber vermittelt werden konnten, welches Potenzial die Psychoanalyse über therapeutische Orientierung hinaus bietet. Daneben ging es Lorenzer um eine Erhellung der Psychoanalyse und ihrer Widersprüche, „begriffliche Aporien im vielschichtigen Erfahrungs- und Erkenntnisprozess der Psychoanalyse selbst“ (Görlich 2002, S. 9) sollten überwunden werden. Die metatheoretische Konstruktion Lorenzers entfaltet Schritt für Schritt die These, dass es „in der Psychoanalyse um eine Sprachveränderung geht“ (Lorenzer 1970, S. 49f.), Verdrängung stellt eine Form der „Sprachzerstörung“ und der „Desymbolisierung“ dar. Sprachzerstörung meint, dass ein problematischer Triebwunsch seine sprachliche Repräsentanz verliert und aus dem Sprachkorpus ausgeschlossen wird – er darf im sozialen Handlungskonsens nicht einmal mehr gedacht, geschweige denn verwirklicht werden (vgl. Lorenzer 2002, S. 216f.). Kernstück der psychoanalytischen Erkenntnissuche ist es, den nun verborgenen Sinn zu rekonstruieren. Das „allzu enge Korsett sprachtheoretischer Orientierung“ (Görlich 2002, S. 9) sprengt Lorenzer auf, indem er eine weitere, metatheoretisch reflektierte, Grundbedingung hervorhebt: „Es kann nicht davon ausgegangen werden, was die Psychoanalyse – ihrem eigenen Verständnis nach – ‚ist‘, sondern davon, ‚was der Psychoanalytiker macht‘“ (Lorenzer 1970a, S. 46., so zit. in Görlich 2002, S. 9). Die Eigenart des psychoanalytischen Verfahrens bezeichnet er als ‚szenisches Verstehen‘, nicht der Einzelne sondern das Zusammenspiel, also die Interaktion selbst steht im Zentrum des Aufklärungsbemühens (vgl. a. a. O., S. 13).

Die Psychoanalyse bleibt für Lorenzer immer eine Arbeit mit sinnlich-konkreten Individuen, deren psychische Konflikte die sie jeweils sozialisierende und umgebende Gesellschaft widerspiegelt. Symptome entstehen aus diesen Konflikten, sie sind das Resultat einer Sprachdestruktion. Das Unbewusste Lorenzers ist eben nicht sprachlich, die verdrängten Überbleibsel sprachlicher Interaktion werden erst nachträglich wieder in sprachliche Interaktionen eingebunden (vgl. Simonelli 2015a, S. 16). Ziel der analytischen Arbeit ist es, die Individuen „als Individuen der sprachlichen Reflexion wieder mächtig zu machen“ (ebd.). Das Verstehen des Gedankengebäudes der_des Analysand_in dient der_dem Analytiker_in einzig dazu, eben diesen besser zu verstehen, wobei logisches Verstehen immer wieder zwingend in psychologisches umschlägt – der_die Sprecher_in soll verstanden werden, nicht das Gesprochene (Lorenzer 1971, S. 36).

Die Bestimmung der Psychoanalyse als Interaktionstheorie ist besonders im Gegensatz zu funktionalistischer ‚Psychologie‘ zu verstehen: In der Psychoanalyse werden nicht in erster Linie *Verhaltensweisen* eines Handelnden erfasst, sondern zugleich und vor allem *Interaktionsstrukturen*. „Das *Spiel* nicht der *Akteur*, steht im Mittelpunkt. Genauer gesagt: Worum es geht, ist nicht der Akteur in seinem Spiel (wie bei Parsons), sondern das Spiel gesehen durch den Akteur. Der Akteur – das Individuum – ist Ansatzpunkt der kritischen Analyse. Ziel der Analyse ist das Verstehen der subjektiven Brechung der objektiven Strukturen des Spiels“ (a. a. O., S. 43, Hervorh. i. O.). Dabei soll nicht bestritten werden, dass sich aus der psychoanalytischen Theorie psychologische Theoreme abziehen lassen. „Nur“, das stellt Lorenzer unmissverständlich heraus, „die psychoanalytische Theorie in ihrem ursprünglichen, d.h. wesentlichen Gehalt ist *keine Psychologie, sondern eine Interaktionstheorie*“ (a. a. O., S. 35, Hervorh. i. O.).

4.11.2 Trieb und Interaktionsformen

Alfred Lorenzers Werk ist gekennzeichnet von Treue zur Triebtheorie, der Versuch der Triebbestimmtheit des Subjekts im Rahmen eines historisch-materialistischen Konzepts Rechnung zu tragen setzt auf der Ebene der Triebentwicklung an (vgl. Bayer und Lohmann 2013, S. 279). „Genau das macht den Kern der psychoanalytischen Persönlichkeitstheorie aus, daß von den unstrukturiert-emotionalen Zuständen bis zu den elaborierten rationalen Akten alles Psychische vom Trieb auch inhaltlich zu denken ist“ (Lorenzer 1972, S. 38). Aus Perspektive der Interaktionstheorie werden Triebe erst innerhalb von Interaktion hergestellt, während Freud den Trieb in der biologischen Entwicklung des Individuums verankert, allerdings keinesfalls gleichzusetzen mit evolutionär vorgeformten Instinkten. Dadurch stellen sich Konflikte zunächst als Konflikte zwischen dieser Triebnatur und einer äußerlichen Moral und Kultur dar, der Widerspruch zwischen Individuum und Gesellschaft bildet sich bei Freud als Widerspruch zwischen biologischer Natur und sozialer Existenz ab, wobei Freud der Gesellschaft ihren Anteil an der Verursachung der Neurosen keinesfalls abspricht (vgl. Freud

1910d in Zepf 2015b, S. 157). Lorenzers Reformulierung der psychoanalytischen Triebtheorie besagt letztlich, dass Triebe die Spuren von in der frühen Kindheit erlebten Interaktionsszenen sind (vgl. Winter 2014, S. 49), womit bei Lorenzer der fundamentale menschliche Konflikt im Gesellschaftlichen verankert bleibt (Zur von Freud verschiedenen Auffassung des Triebes vgl. Zepf 2015b). Dieser Punkt ist auch für gezielte, wie auch immer geartete, psychosomatische Überlegungen zentral, die an Lorenzer anknüpfen. Darin hebt Lorenzers Theoriegebäude sich wiederum ganz grundlegend ab von Ich-Psychologie und auch von Lacan, die sich, so Lorenzer, einig sind in der „umstandslose[n] Verwerfung des Freudschen Biologismus“ (Lorenzer 2002, S. 85). Beiden Psychoanalysefraktionen spricht er zwar die richtige „Korrektur der gesellschaftsblinden Annahmen des naiven Freudschen Biologismus“ zu, die allerdings bezahlt wurde mit Aufgabe der physiologischen Begründung der psychoanalytischen Persönlichkeitstheorie (ebd.).²¹ An dieser Stelle entscheidend sind Lorenzers Überlegungen die Entstehung des Triebes betreffend: Es sind die inneren Niederschläge befriedigender Interaktionen, aus denen sich nach Lorenzer Triebstrukturen bilden. Diese Interaktionen spielen sich ab „zwischen einerseits dem Kind und seinem als erste Natur verstandenen Körperbedarf und andererseits der Pflegeperson, die soziokulturelle Praxis repräsentiert“ (Brunner et al. 2012, S. 30). Dabei wird Lorenzer nicht müde darauf hinzuweisen, dass es sich bereits bei der Mutter-Kind-Dyade (diesen Ausdruck wählt er durchaus mit Bedacht) um ein Wechselverhältnis handelt und nicht um einen einseitigen Prägungsvorgang, wodurch sich psychoanalytische Entwicklungstheorie abgrenzt von „jenen behavioristischen und soziologistischen Entwürfen, in denen der kindliche Anteil bestenfalls als biologische Folie für einen Prägungsprozeß angesehen wird“ (Lorenzer 1972, S. 38). Diese realen Interaktionen, die sich im Kind niederschlagen, nennt Lorenzer *bestimmte Interaktionsformen*. Diese Interaktionsformen festigen sich von Anbeginn, bereits intrauterin, auf einem Stand der Entwicklung in dem weder von Subjekt und Objekt, noch von einem deutlich geschiedenen Gegenüber von Es und Ich im Kind die Rede sein kann. Es wird also keine Beziehung zwischen einem bereits umrissenen Triebprofil und einer äußerlichen Umwelt hergestellt, beides wird vielmehr erst aufgebaut in der Einigung auf Interaktionsformen. Interaktionsformen sind weder eine „dem Kind imputierte“ (a. a. O., S. 45) äußere Realität noch eine bereits vorhandene „innere Formel“ (ebd.), die Interaktionsform ist beides, sie ist Ausdruck der jeweils ganz speziellen Einigungssituation. Lorenzer bezeichnet sie auch als „eingeübte Praxis“ (ebd.). Die eingeübten Interaktionsformen werden unter vergleichbarem Reiz auch in situativen Änderungen abgerufen und zur Neuanpassung an die veränderte Situation veranlasst. Somit breitet sich das Interaktionsspiel aus, der Organismus folgt „den eingeübten Spuren einer Erfahrung, die jede gleichartige Wiederholung verfestigt“ (a. a. O., S. 89). Diese „bestimmten Interaktionsformen“ sind leibliche Erinnerungen der Interaktionsmuster, sie schlagen sich „in

²¹ Vgl. genauer Lorenzer 2002, S. 81-97 und Simonelli 2015b, S. 87ff., zum Verständnis der biologischen und sozialen Natur des Menschen bei Freud und Lorenzer besonders Zepf 2015b, S. 155ff.

„sensomotorischen, organismischen Formeln ‘und neuronalen Bahnungen nieder“ (Winter 2014, S. 49).

Für Lorenzer ist somit der Ansatz des Subjektes der Niederschlag der Interaktionsformen, praktisch angeeignete Natur geht über die Interaktionsformen in dialektischem Prozess ins Subjekt ein (vgl. Lorenzer 1972, S. 46). In der Begründung einer materialistischen Sozialisationstheorie liegt der Fokus anlagebedingt auf primärer Sozialisation (a. a. O., S. 23). Der Gefahr, über eingehende Betrachtung dieser Sozialisationsdialektik den Zusammenhang mit materiellen Prozessen gesellschaftlicher Praxis zu verlieren, entgeht er indem er sich eingehend der Funktion der Mutter widmet und auch Fragen der Sekundärsozialisation etwas Platz einräumt. Implizit, darauf weist auch Zepf hin, findet sich Erich Fromms Feststellung wieder, dass die Familie die Agentur der Gesellschaft ist (Zepf 2015b, S. 155, Verweis auf Fromm 1932, S. 42). So steht die Mutter ihrerseits auch im gesellschaftlichen Zusammenhang, die Praxis (als praktische Formgebung innerhalb gesellschaftlicher Prozesse)²² der Mutter ist ein Teil der gesamtgesellschaftlichen Praxis und (auch über Sekundärsozialisation) eben nicht isoliert von der Organisation der Arbeit. Dass diese Arbeit „der geschichtlichen Bewegung folgt“ (Lorenzer 1972, S. 52) ist vor dem theoretischen Hintergrund einleuchtend. In der frühen Interaktion findet sich Aktivität von zweierlei Seiten, die Regungen des Kindes sind zunächst von jenem diffusen Körperbedarf bestimmt, die Reaktionen der Pflegepersonen stehen im kulturellen Kontext: Ob ein schreiender Säugling allein im dunklen Zimmer sich selbst überlassen bleibt, stundenlang im Tragetuch gewiegt oder eng eingewickelt in der Rückentrage mit herumgeschleppt wird hängt hauptsächlich von kulturell bestimmten Verhaltensregeln ab (vgl. Winter 2014, S. 49f.). Der Ausdruck des kindlichen Körperbedarfs wird von den Trieben gesteuert, was bedeutet, dass eben diese innere Natur des Menschen vermittelt über Interaktionsformen nur in gesellschaftlich vermittelter Gestalt zum Vorschein kommt. Lorenzer versteht Triebstrukturen aus dieser Perspektive als soziale und historische Größen, verliert dabei aber nicht die Körpergebundenheit psychischer Prozesse aus dem Auge (Brunner et al. 2012, S. 30), das Triebgefüge wird vielmehr in den Schnittpunkt der einerseits organismisch-biologischen und andererseits kulturell-sozialen Determiniertheit des Menschen gerückt (Bayer und Lohmann 2013, S. 279). Eine theoretische Schwachstelle bleibt dabei allerdings dieser grundlegende „Bedarf“ des kindlichen Leibes, womit auch Lorenzers Ansatz wiederum, so betrachtet es Winter, „auf essentialisierenden Annahmen“ basiert (Winter 2014, S. 50). Dies mag zunächst an Hartmanns Kritik am Konzept von Uexkülls erinnern, Hartmanns Kritik bezieht sich allerdings weit über diesen Bedarf hinaus auf die implizite Annahme einer präformierten *Struktur* – übersetzt in Lorenzers Begrifflichkeiten sind ja bestimmte Interaktionsformen sich entwickelnde Strukturen und eben diese entwickeln sich erst über Interaktion. Auch bei Lorenzer zwingen Bedürfnisse das Subjekt dazu, sich in Beziehung zu

²² Zu Lorenzers Praxis-Begriff vgl. genauer Lorenzer 1972, S. 49ff.; Lorenzer 1971.

setzen, aber Subjekt und Bedürfnisse sind bereits ein Beziehungsergebnis, und diese Beziehung findet bereits pränatal statt (vgl. auch Zepf 1986b, S. 133ff.).

4.11.3 Symbolisierung und systematisch gebrochene Praxis

Ein ganz entscheidender Schritt in der kindlichen Entwicklung ist auch bei Lorenzer die Einführung von Sprache.²³ Der Spracherwerb ist an die Interaktion gekoppelt, die *Einführungssituation* des Wortes ist identisch mit der bestimmten Interaktion, der Vorgang der Benennung tritt hinzu (wobei auch die vorsprachliche Situation in der Mutter-Kind-Dyade nicht in dem Sinne als außersprachlich zu verstehen ist, zumindest wenn die Mutter wie im Großteil der Fälle des Sprechens mächtig ist). Zunächst ist das Wechselspiel der Mutter-Kind-Dyade allerdings von gestischem Ineinandergreifen geprägt, das Sprachsymbol schaltet sich als drittes dazwischen. Das Wort (bzw. zunächst meist ein Lautkomplex) ist unmittelbar auf Interaktion bezogen, benennt diese letztlich, was vor allem für die Einführungssituation des Wortes gilt (vgl. Lorenzer 1972, S. 63f.; Brunner et al. 2012, S. 30). Es wird also die in der realen Interaktion verwirklichte Interaktionsform benannt. Plakativ erläutert Lorenzer diese Einführungssituation am Beispiel des Wortes *Mama*:

„1. Die Mutter spricht ein Wort, z.B. ‚Mama‘. 2. Die Mutter zeigt dabei in impliziter Geste auf die als bestimmte Interaktionsform vom Kind angeeignete Interaktion. 3. Das Kind hört das Wort als Teil der für es im Moment aktuellen Interaktion und d. h. Kennzeichnung dieser Interaktionsform. 4. Das Kind spricht ein Wort – z. B. ‚Mama‘ – als Teil der Interaktion. Es ist dabei auch Hörer seiner Äußerungen, womit der senso-motorische Zirkel des Sprechens geschlossen wird. Diese Wechselseitigkeit der Erfahrung im Kind begründet jene Einheit von Passivität und Aktivität, aus der selbständiges Handeln hervorgeht. Damit erst ist das Wort eingeführt und wird der Verselbständigungsprozeß des Symbols Mama eingeleitet“ (Lorenzer 1972, S. 67).

Somit hat diese Einführungssituation von Sprache keine von den Einigungssituationen auf bestimmte Interaktionsformen abgekoppelten Bezugspunkte, die Bezugspunkte bleiben vielmehr Naturprozess und gesellschaftliche Praxis (vgl. ebd.). Der Spracherwerb ist dabei der Erwerb eines (natürlich hochkomplexen) Systems von Symbolisierungen und erst diese Symbolisierungen ermöglichen Bewusstsein bzw. Unbewusstheit. Auch Brunner et al. unterstreichen, dass dies stets „in einer historisch spezifischen gesellschaftlichen Gestalt“ geschieht (2012, S. 30), Sprache ist immer in konkreter gesellschaftlicher Praxis verankert. Neben der Reformulierung der Trieb-Theorie als Interaktionstheorie ist die zweite Neuerung Lorenzers genau dieser „Einbezug einer Symboltheorie in die Überlegungen bezüglich der psychodynamischen Sozialisationsmechanismen und zur Erklärung des Bildungsprozesses des Bewusstseins“ (Winter 2014, S. 51). Die leiblich erinnerten Interaktionsformen, zum Trieb geronnen, erscheinen verschoben in *symbolischen Interaktionsformen*.

²³ Zum Verhältnis von Sprache und Weltanschauung vgl. überblicksartig Lorenzer 2002, S: 99ff.

Bereits in der primären Sozialisation gibt es unzählige mögliche Störungen. Am Beispiel schwerer Störungen (Lorenzer führt Hospitalismusfälle als Beispiel an) ist unschwer erkennbar, wie die Einigung auf Interaktionsformen misslingt, wenn der „Toleranzrahmen der kindlichen Anpassungsfähigkeit, d.h. die Einpassung seiner Körperbedürfnisse in angebotene Formen“ (Lorenzer 1972, S. 128) überzogen wird. Versagung ist dann kein vorübergehendes, die Interaktionsform mit bestimmendes „Formierungsmoment“, sondern ein „punktueller Abbruch der Wechselbeziehung“ (ebd.). Punktuelle Narben und Brüche verbleiben auch wenn die Störung der Interaktion nicht solch katastrophaler Art ist, Lorenzers Ausführungen unterstreichen, dass eine vollkommen bruchlose Entwicklung unmöglich ist. Um zu verdeutlichen, wie die Ambivalenzen der Mutter sich niederschlagen können, lasse ich hier Lorenzer zu Wort kommen: „Die Mutter, die aufgrund ihrer Ambivalenz dem Kind die Brustwarze zum Stillen mal gibt, mal verweigert, spielt nicht eine profilierte Form der Einigung durch, sondern bietet dem Kinde [...] das Bild unberechenbarer Willkür. Zwar vermögen wir – im Verständnis der Symptomatik – dieses Verhalten auf einen Nenner zu bringen, nämlich den der Widersprüchlichkeit, für das in der Interaktion unmittelbar befangene Kind aber ist der Widerspruch undurchschaubar“ (a. a. O., S. 129). Als weiteres Beispiel führt Lorenzer die Reinlichkeitsdressur an, in der an irgendeinem Punkt eine Zurückweisung der der analen Äußerungen einsetzt, der Ersatz einer schon eingeübten Interaktionsform wird (im – kulturell bedingten – ‚Dressurfall‘) erzwungen da keine Verständigung über die Ablösung der alten Interaktionsform stattfindet (vgl. a. a. O., S. 129f.). Das Kind muss sich fügen, „weil es an die Praxis des dominanten Partners innerhalb der Mutter-Kind-Dyade gebunden ist“ (a. a. O., S. 131). Die weiter oben beschriebene Einführungssituation von Sprache verschärft diesen Vorgang. In der präverbalen Phase wird das Normensystem der Mutter von außen an das Kind herangetragen, nun wird es innerlich, das Kind identifiziert Sprachsymbole mit den Interaktionsformen und so werden Handlungsanweisungen vermittelt. Die Widersprüchlichkeit der Interaktion wird nun erfahrener Widerspruch und somit Konflikt. Wenn nun das Verhalten mit den mütterlichen Normen in Widerspruch steht erfolgt der Einspruch von zwei Instanzen her, von einer äußeren und nun auch einer inneren. Geht es bei der Mutter selbst um unbewusste, somit ihrer Kontrolle und Reflexion entzogene Handlungsnormen, wird die verpönte Interaktionsform einerseits im Verborgenen weiter gefördert, zugleich betreibt die Mutter in ihrer bewussten Handlungsstrategie die Auslöschung jener verpönten Interaktionsform, also ihre Desymbolisierung, „ihre Ausscheidung aus den in Sprache zu Wort kommenden Handlungsnormen“ (a. a. O., S. 132).

Bei unlösbaren psychischen Konflikten findet eine Verdrängung eines Teils des sprachvermittelten Denkens und Handelns statt. Im neurotischen Konflikt wird die Verknüpfung mit der Sprache aufgelöst und der unbewusst gewordene „Praxiskomplex“ (Görlich 2002, S. 18) kehrt zu früherem Eigenleben zurück, er wirkt von nun als *Klischee* im Verborgenen (vgl. Simonelli 2015b, S. 103f.).

4.11.4 Gesellschaft, Symbolisierung und Interaktionsengramme

Für Lorenzer muss der psychoanalytische Symbolbegriff neben der „originär-psychoanalytische[n] Erfahrung einer ‚Auseinandersetzung mit innerer Natur‘“ zugleich „die Bestimmtheit durch die objektiv-historische Lage der Auseinandersetzung mit äußerer Natur erkennen“ lassen (Lorenzer 1971, S. 10). Psychoanalyse muss als Analyse konkreter lebensgeschichtlicher Verläufe von vornherein über Individualpsychologie hinausgehen (ebd.). Es sind dann gesellschaftliche Diskurse, die sich über Symbolisierungen in das Kind einschreiben, sie bestimmen dessen Bewusstsein maßgeblich mit: „Das Erbgut ist nur ein Set von gattungsgeschichtlich gewordenen *Natur-Möglichkeiten*, die durch die menschliche Praxis der Mutter-Kind-Einheit in einer *sozial bestimmten Form* verwirklicht werden. Es ist die konkrete Praxis der jeweiligen Mutter-Kind-Einheit, die den menschlichen Körper und das menschliche Verhalten herstellt“ (Lorenzer 2002, S. 131). Mittels Nicht- oder Desymbolisierung wird das Bewusstsein gesellschaftlich verpönten Interaktionsformen entzogen, was allerdings niemals vollständig gelingt. Brunner et al. zeigen auf, welche entscheidenden Gedanken Lorenzer hieran anschließt: Für Lorenzer bindet sich die Widerständigkeit des Subjekts *erstens* an das Desymbolisierte oder Noch-Nicht-Symbolisierte, quasi an die Schattenseite gesellschaftlicher Diskurse. Subjektivität entsteht erst durch die konflikthafte Reibung der Einzelnen an diesen Diskursen. *Zweitens* spricht Lorenzer Ideologien eine besondere Bedeutung im Sozialisationsprozess zu, was besonders hinsichtlich einer psychoanalytischen Sozialpsychologie von großer Relevanz ist. Als sprachliche und nichtsprachliche Schablonen bieten Ideologien für Lorenzer einen „symbolischen Rahmen für die Wiederkehr des Verdrängten, der das Desymbolisierte verdeckt hält und es gleichzeitig in falsche Symbole gekleidet zu Bewusstsein führt und agierbar macht (Re-Symbolisierung). Ideologien führen demnach ganz wörtlich zu einem falschen Bewusstsein und ersetzen nach Lorenzer klinische Symptome: Sie tragen so dazu bei, drohende Pathologien ab[zu]wenden.“ (Brunner et al. 2012, S. 31, mit Verweis auf Lorenzer 1972, S. 118-120 und Lorenzer 1981, S. 117-129).

Ebenso wie von Uexküll und Wesiack geht Lorenzer davon aus, dass aus Interaktion engrammatische Einschreibungen folgen. Während bei ersteren durch ‚angeborene Programme‘ hergestellte Deutungs- und Handlungsstrategien engrammatisch gespeichert werden, sind bei Lorenzer die *Interaktionsengramme* das zentralnervöse Substrat der Interaktionsformen. Siegfried Zepf beschreibt den Begriff in seinen Erinnerungen an Lorenzer:

„Wir diskutierten diesen Begriff lange und machten uns erkennbar, dass Sinnstrukturen nicht nur seelischer Struktur sind, sondern sich auch körperlich eintragen, dass das Gesellschaftliche in den Sozialisationsprozessen in den Subjekten eine naturhafte Form gewinnt, und dass dieser Begriff die Perspektive auf jene, für das Verständnis der psychosomatischen Symptombildung von Mitscherlich (1967) geforderte geschichtliche, in Abhängigkeit von der

jeweiligen Lebenspraxis sich strukturierende Biologie eröffnet“ (Zepf 2015a, S. 25).

In dieser Konsequenz ist das Subjekt psychisch und physisch durchdrungen von den umgebenden gesellschaftlichen Kräften, dann muss auch sich zunächst körperlich äußernde (oder eben körperlich wahrgenommene) Funktionsänderung in irgendeiner Weise von diesen gesellschaftlichen Kräften mitbestimmt sein.

Dass Lorenzers Ansatz in Teilen fragmentarisch blieb habe ich weiter oben bereits erwähnt, Brunner et al. weisen besonders auf die Bedeutung von Lorenzers Werk als fruchtbare Neufassung psychoanalytischer Sozialpsychologie hin, „die allerdings bislang eher wenig beachtet wird.“ So wird sein Ansatz beispielsweise als „zu hermetisch“ bezeichnet oder bleibt mangels gesellschaftstheoretischer Bezüge soziologisch „unbefriedigend“ (Brunner et al., S. 31). Sein Werk lädt aber dazu ein, auch die Psychosomatik als mögliche Interaktionstheorie zu betrachten, wie auf ähnliche Art und Weise bereits Simmel mit seiner Empathie des Arztes intendierte. Mit Lorenzer eröffnet sich die Möglichkeit, jeweils spezifisch nachzuzeichnen, wie diese gesellschaftlich bedingten Niederschläge im Individuum pathogene Wirkung entfalten, sich körperlich einschreiben und in bestimmten, krisenhaften Situationen reaktiviert werden. Zudem wird bei Lorenzer deutlich, dass dem Niederschlag dieser Interaktionen in jedem konkreten Fall erneut nachgespürt werden muss, da sich die individuellen Bedingungen niemals gleichen können. Dies widerspricht nicht dem Versuch, Tendenzen und Orientierungshilfen ausfindig zu machen, wie es Siegfried Zepf im Anschluss an Lorenzer tut.

4.12. Siegfried Zepf: Die psychosomatische Erkrankung in der Theorie der Interaktionsformen

Siegfried Zepfs Verständnis der psychosomatischen Erkrankung ist eng verknüpft mit den Überlegungen Lorenzers, er entwickelte dessen Theorie der Interaktionsformen weiter. Zepf betrachtet psychosomatische Erkrankungen als „gesellschaftlich bedingte, psychisch vermittelte Störungen körperlicher Funktionsabläufe“ (Zepf 2006 III, S. 98f.). Sein Ansatz bezieht sich auf zwei Ebenen der Symptombildung, zum einen auf den Sozialisationsprozess und zum anderen auf die Ebene der Psychodynamik (vgl. Storck 2016, S. 112; Zepf 2006 – zur Psychosomatik Band III –; Zepf 2013).

4.12.1 Grundannahmen

Zepf geht von den „psychischen Eigentümlichkeiten“ aus, die „von verschiedenen Untersuchergruppen unter Verwendung unterschiedlicher Untersuchungsmethoden an psychosomatisch erkrankten Patienten mit ganz verschiedenen körperlichen Störungen in den letzten Jahren gefunden wurden“ (Zepf 2006 III, S. 161), dies sind Kernmerkmale der Alexithymie. Er beschreibt dem eigenen Anspruch nach sowohl die Entstehung dieser Merkmale als auch das körperliche Symptom „als logische Konsequenz einer bestimmten

primären Sozialisationspraxis“ (a. a. O., S. 163). Diese ist bei Zepf eng gebunden an jene bereits in Abschnitt 4.4 angeführte Dominanz einer überfürsorglichen oder offen zurückweisenden Mutter. In einer speziellen Weise läuft auch hier jene bereits von Lorenzer beschriebene Einigung auf Interaktionsformen als Beziehungsrepräsentationen schief, welche dann weitere Beziehungserfahrungen strukturieren.

Zepf nimmt dabei eine symbolische Struktur auch für Affekte an, diese setzen sich aus Zeichen und Bezeichnetem zusammen, was Storck erläutert:

„Auch hier geht es darum, aus verschiedenen Erfahrungen einzelne Affekte sukzessive herauslösen und so zum Beispiel aus einer Sequenz körperbezogener Abläufe erkennen zu können, was z. B. ‚Kummer‘ bedeutet (indem dieser nämlich verbunden ist mit Schmerz, Trost o. ä.). Symbolstrukturen zeichnen sich durch einen der Erfahrung entspringenden Vorgang der Abstraktion eines Allgemeinen aus dem Besonderen aus, sowie durch die Möglichkeit, das Besondere als einen ‚Fall-von‘ zu erkennen“ (Storck 2016, S. 113).

Bei dem Erleben von Interaktionen differenziert der Säugling früh zwischen lustvollen oder unlustvollen Begleitumständen. Auf der Vorstellungsebene entspricht die früheste Differenzierung zwischen triebbestimmten (dienen dem Ziel der Lusterzeugung) und instrumentellen (dienen dem Ziel der Unlustvermeidung) Interaktionsformen (vgl. a. a. O., S. 114).

4.12.2 Modellvorstellungen

Vor diesem auf Lorenzers Theorie der Interaktionsformen aufbauenden Hintergrund entwickelt Zepf seine Theorie der psychosomatischen Erkrankung. Auch für ihn ist die unter anderem bereits von den französischen Autoren beschriebene überfürsorgliche und/oder offen zurückweisende Mutter eine „zentrale Bedingung der Bildung von Persönlichkeitsstrukturen, die zu psychosomatischen Störungen neigen“ (Zepf 2006 III, S. 163), also ein für das Kind „widersprüchliches Ineinander aus Überfürsorge und Vernachlässigung“ (Storck 2016, S. 114). Entscheidend dabei ist, so hebt es Zepf hervor, die „*Einschränkung kindlicher Interaktionen, die sich nicht auf die Mutter beziehen bzw. welche die Mutter nicht auf sich beziehen kann*“ (Zepf 2006 III, S. 165, Hervorh. i. O.), wobei dies mit Sorge begründet wird. Diese eingeschränkte Praxis führt dazu, dass sich Interaktionsformen nur noch rudimentär entwickeln können, Folge ist jene eingangs erwähnte ‚restriktive‘ Primärsozialisation. Es findet eine Fixierung auf eine Entwicklungsstufe statt, auf der „lediglich die An- und Abwesenheit einer noch undifferenzierten Objektwelt von einem gleichermaßen undifferenzierten Selbst“ (ebd.) unterschieden werden kann. „Da nur das Objekt in seiner realen und konkreten Anwesenheit im Außen Unlust mindern kann“ (Storck 2016, S. 114), wird jede Art von Objektverlust nun grenzwertig. Um unlustvolle Affekte zu bewältigen werden eigene Aktivitäten als ungenügend erlebt, „und das Selbstwertgefühl hängt davon ab, ob es mit den eigenen Aktivitäten gelingt, die Anwesenheit lebensnotwendiger Objekte erreichen bzw. dass man von ihnen nicht

verlassen wird“ (Zepf 2006 III, S. 166). Storck bezeichnet diesen von Zepf beschriebenen Vorgang als eine Art aus der Balance geraten des Lust-Unlust-Prinzips: „Im Erleben herrschen Versuche vor, Unlust zu vermeiden statt Lust aufzusuchen, und auch das Objekt ist in diese Maßgabe einbezogen, so dass es nicht das Objekt triebbestimmter Besetzungen ist, sondern instrumentell gebraucht wird“ (Storck 2016, S. 114). Und da die Fähigkeit zwischen diesen instrumentellen oder eben triebbestimmten Interaktionsformen zu differenzieren in diesen Konstellationen auch kaum ausgebildet wird, ist es „für das psychische Erleben sogar gleichbedeutend, ob Lust angestrebt oder Unlust vermieden wird“ (ebd.). Das Affekt-, Körper- und Objekterleben wird nicht weiter ausdifferenziert, da hierfür Lust und Unlust notwendig wären. Mit dieser Einschränkung der Interaktionspraxis wird auch „die innere Differenzierung der Interaktionsformen in verschiedenen Elementen behindert“ (Zepf 2006 III, S. 167), die Interaktionsengramme, jener „neurophysiologische[...] Niederschlag der Interaktionsformen in den Subjekten“ (a. a. O., S. 166), gewinnen wenig Kontur. Die Konsequenz für das affektsymbolische System ist, dass ein „Affektzustand samt seiner körperlichen Aspekte [...] nur ‚da‘ oder ‚weg‘ sein“ kann (Storck 2016, S. 114f.), er erscheint als nicht beeinflussbar, eigene affektive Zustände können nur eingeschränkt differenziert werden. Der aus den Interaktionsformen resultierende Erwerb von Begriffen wird natürlich nicht verhindert, „wohl aber qualitativ insofern verformt, als sie nicht mehr auf der Basis der eigenen sondern auf der einer bloß gezeigten Praxis gebildet werden“ (Zepf 2006 III, S. 169). Die Beschreibung emotionaler Zustände kann zwar erlernt werden, diese Beschreibungen sind allerdings ‚abgeguckte‘ gemeinhin gängige Bezeichnungen, die keine subjektiven Erfahrungen des jeweiligen Affekts beschreiben. Die „unter dem Titel ‚Alexithymie‘ firmierende Geschichts- und d.h. Subjektlosigkeit“ (a. a. O., S. 174) ist die Folge.

4.12.3 Psychosomatisches Modell

Bezogen auf die mit einem Objektverlust gekoppelte psychosomatische Symptombildung geht Zepf von drei entscheidenden Schritten aus, die sich im affektsymbolischen System zutragen (vgl. Zepf 2006 III, S. 181f.). Auf einen regressiven Prozess auf eine Stufe, in dem Körper und Objekte die gleichen Sensationen hervorrufen folgt das wesentliche Element: Das verlorene Objekt repräsentiert sich „in spezifischen Affekten und körperliche Sensationen treten im sprachbegrifflichen Bewusstsein [das ist der dritte Schritt] nur als das auf, was sie zu sein scheinen“ (a. a. O., S. 182). Der Verlust führt dann nicht zum Erleben von Kummer, sondern zu beispielsweise physischem Schmerz. „Die ehemals im Wohlbefinden erkannte Anwesenheit des Objekts stellt sich nun in der Anwesenheit bestimmter körperlicher Reize dar.“ (a. a. O., S. 188). Dass psychosomatisch Kranke bei dem Verlust einer wichtigen Beziehungsfigur über körperliche Beschwerden klagen und keinen Affekt erleben, ist oftmals beobachtet und beschrieben worden. Zudem sehen sie hier häufig keinen Zusammenhang (vgl. a. a. O., S. 182).

Da nur über die Anwesenheit des Objekts Spannungszustände reguliert werden können erklärt sich auch die vielfach beschriebene soziale Überangepasstheit und aggressive Gehemmtheit – resultierend aus der großen narzisstischen Bedürftigkeit. Die eigenen Aktivitäten haben den Erhalt des Objektes zum Ziel, es ist der Versuch, „sich selbst in Übereinstimmung mit den Erwartungen“ (a. a. O., S. 176) späterer Beziehungsobjekte zu bringen, was sexuelle Aktivitäten einschließt. Sie sind dann nicht triebbestimmt, sondern instrumentell zu verstehen.

„Mithin“ so fasst es Storck zusammen, „handelt es sich um ein Konfliktgeschehen aus Nähe und Distanz, Aufnehmen und Ausstoßen. Es wird zugleich etwas und sein Gegenteil angestrebt, nämlich die Emanzipation vom Objekt und ein Anklammern, womit der Objektbezug der mal überfürsorglichen, mal vernachlässigenden Mutter dupliziert wird. Für den später psychosomatisch Kranken ist das Primärobjekt zugleich erdrückend und einzig stabilisierend“ (Storck 2016, S. 117).

Die Rolle des Vaters wird in Zepfs Konzept nicht expliziert, kann aber, so Plab, „gut in konzeptionellen Einklang gebracht werden“ (Plab 2016, S. 51) wird sie entsprechend den Erläuterungen zur Rolle der Mutter gebracht.

Das Modell Siegfried Zepfs kann aktuell für sich beanspruchen, theoretisch relativ allein zu stehen. Plab bezeichnet es als „das derzeit komplexeste, elaborierteste, kritischste und eleganteste zum Verständnis psychosomatischen Erkrankens“ (a. a. O., S. 40), ein ähnliches folgte ihm bislang nicht mehr nach. Wie allerdings dieses Modell in seiner Komplexität alltäglich praktikabel eingesetzt werden könnte bleibt fraglich (vgl. ebd.). An Lorenzer und Zepf anknüpfend würde sich die Frage erweitern und auf andere Erkrankungen übertragen lassen. Welche konkreten gesellschaftlichen Strukturen und Forderungen schlagen sich in der eigenen unbewältigten Problematik der engen Bindungspersonen nieder und wie genau strukturieren sich die Interaktionsformen? Zepfs Überlegungen fokussieren auf Patient_innen mit alexithymen Merkmalen, ‚klassischen‘ psychosomatischen und im weiteren Sinne funktionellen Beschwerden, insofern wird der Begriff der psychosomatischen Erkrankung hier enger gefasst als bei einem Großteil der Modelle im ersten Drittel des 20. Jahrhunderts. Auch Zepf schließt allerdings nicht aus, dass es für andere körperliche Erkrankungen andere Mechanismen geben könnte. Die von Zepf in Anlehnung an Lorenzer „entwickelte Begrifflichkeit eröffnet die Möglichkeit, eine psychosomatogene Sozialisation in Abhängigkeit von den an ihr beteiligten Sozialisationsagenten zu erfassen“ (Zepf 2006 III, S 190). Um nun konkret nachzuvollziehen, wie die psychosomatische Erkrankung in der je spezifischen historischen Situation, aus einem bestimmten gesellschaftlichen Entwicklungsstand heraus *hergestellt* wird, wie also die jeweiligen gesellschaftlichen Verhältnisse sich konkret verleblichen, reicht dieses Modell nicht aus. Dafür, darauf verweist Zepf selbst, wäre noch „die Biologie in die Theorie einzuholen“ (ebd.) und die Sekundärsozialisation zu bearbeiten, wobei zahlreiche Wechselwirkungen zu berücksichtigen wären (vgl. a. a. O., S. 190f.). Für einen solchen Untersuchungsgang braucht es eine Analyse der bestehenden gesellschaftlichen Struktur, und diese muss stets modifiziert werden, denn da „sich Produktions- und

Machtverhältnisse ständig verändern, von Menschen gemacht und von ihnen im Prinzip veränderbar sind, dürfen sie nicht als unveränderbar beschrieben werden“ (Parin 1975).

Bei Zepf ist somit die Möglichkeit angelegt, die psychosomatische Erkrankung auch in ihrer gesellschaftlich mitbestimmten Genese zu begreifen, wobei er die dafür notwendigen theoretischen Zugangswege als noch nicht differenziert ausgearbeitet betrachtet (vgl. Zepf 2006, S 191). Die ‚Suchrichtung‘ verlagert sich hier jedoch ganz entscheidend ins Gesellschaftliche.

Diese Suchrichtung wurde allerdings bislang nicht ernsthaft weiterverfolgt. Dem Namen nach könnte ein biopsychosoziales Modell dem gerecht werden, in seiner Ausgestaltung wird es das allerdings, so zeigt die genauere Betrachtung, keinesfalls.

4.13 Zum biopsychosozialen Modell

Das biopsychosoziale Modell ging vor allem aus Studien zur allgemeinen Systemtheorie hervor, die auf die Biologie angewendet wurden (vgl. genauer zur Entstehungsgeschichte (Egger 2005, 4ff.). Als Grundlage für die psychosomatische Medizin formulierte es im wesentlichen Engel (1976) aus, eine_n direkte_n Begründer_in dieser Theorie gibt es nicht. In der modernen Psychosomatik hat dieses Modell mittlerweile „allgemeine Anerkennung“ gefunden (Plab 2016, S. 13), einige Autor_innen gehen davon aus, dass es heute als „konzeptionelle Basis der modernen Psychosomatik“ (vgl. Kollbrunner 2010, S. 91) gelten kann, was bei der Vielzahl der Konzepte ja eine durchaus beachtliche Leistung darstellt. Kern der Überlegungen ist eine Beschreibung der Natur als hierarchische Ordnung von Systemen, wie sie sich auch bei von Uexküll findet, der Engels Überlegungen in sein Modell des Situationskreises integrierte. Komplexere, größere Einheiten sind jeweils über den weniger komplexen, kleineren Einheiten aufgebaut, bei Engel von oben nach unten: Biosphäre; Gesellschaft, Nation; Kultur, Subkultur; Gemeinde, Gemeinschaft; Familie; Zwei-Personen-Beziehung; *Person* (physiologische Gestalt und molares Verhalten); Organe; Gewebe; Organellen; Moleküle; Atome; subatomare Teilchen (Engel 1976, vgl. auch Egger 2005). Nach von Uexküll ist der Anspruch des Modells eine Integration somatischer, psychologischer und sozialer Aspekte von Krankheit und zwar im Rahmen einer systemischen und semiotischen Betrachtungsweise. Dass Engel auf die Entmenschlichung der Schulmedizin aufmerksam machte und ein rücksichtsvolleres Modell forderte ist Konsens, inwieweit entscheidende Detailfragen ausgearbeitet sind wird dagegen diskutiert (vgl. Kollbrunner 2010, S. 91). Ghaemi sieht neben Missverständnissen in der Anwendung eine Unzulänglichkeit des Modells selbst: Es bietet keine Hilfe bei der Prioritätensetzung da es dafür zu eklektizistisch ist. Wann und wie denn nun die jeweilige Sichtweise (biologisch, psychologisch oder sozial) besondere Beachtung finden sollte bleibt ungesagt (Ghaemi 2009, 3f., zit. in Kollbrunner 2010, S. 91).

Lineare Kausalität zwischen verschiedenen Hierarchieebenen wird im biopsychosozialen Modell durch die Untersuchung von Zeichenprozessen in Kreismodellen ersetzt,

genaugenommen nichtkausale, semiotische Kreismodelle. Das führt zu einer schwer nachvollziehbaren Sprache in der Fachliteratur. Kollbrunners Überlegung, ob dieses Festhalten an unverständlichen und vor allem „praktisch kaum verwendbaren“ (a. a. O., S. 93) semiotischen Erklärungen etwas mit Autoritätskonflikten über mehrere Generationen zu tun haben mag, muss hier als offene Frage stehenbleiben (a. a. O., S. 93ff.). Wertschätzend äußert auch Kollbrunner, dass die Spezialist_innen dieses Biopsychosozialen durchaus „hilfreiche Gedanken zur Psychosomatik äußern und wertvolle Erfahrungen zur psychosomatischen Praxis mitteilen“, ein Bezug zu dieser deklarierten theoretischen Basis des Semiotischen findet sich allerdings, etwas irritierend, selten (ebd.).

Zepf stellt fest, dass „von Uexküll an keiner Stelle eine kritische Auseinandersetzung mit den vorhandenen und von ihm auch festgestellten verschiedenen Theorien über den Zusammenhang somatischer, psychischer und sozialer Faktoren und mit den bestehenden semiotischen Auffassungen“ (Zepf 2006 III, S. 93) eintrete. Dies erscheint mir in Publikationen zum biopsychosozialen Modell eine gängige Handhabe zu sein. Wenn Egger beispielsweise „Gleich vorweg und allen Einwänden zu Trotz“ schreibt: „Das (erweiterte) biopsycho-soziale Modell ist das gegenwärtig kohärenteste, kompakteste und auch bedeutendste Theoriekonzept, innerhalb dessen der Mensch in Gesundheit und Krankheit erklärbar und verstehbar wird,“ (Egger 2015, S. 56) und er weder andere Theoriekonzepte inhaltlich diskutiert, noch die Einwände benennt, so wird kaum ersichtlich, *warum* dies der Fall sein sollte. „Dieses *Psychogenese-Modell* ist im Lichte der biopsychosozialen Theorie allerdings obsolet, (a. a. O., S. 54), da hier ja zwei Klassen von Krankheiten suggeriert würden und in der biopsychosozialen Betrachtungsweise bei jedem Krankheitsprozess psycho-soziale Faktoren „als potenzielle Einflussgrößen zu kalkulieren sind.“ Diese von Egger aus dem Begriff *Psychosomatik* heraus angenommene ‚Grenze‘ psychogenetischen Erklärungspotenzials wird der Komplexität der theoretischen Modelle nicht gerecht. Der Vorwurf, dass alle Modelle außer das von ihm propagierte aus der Theorie heraus auch ‚nicht-psychosomatische‘ Erkrankungen annehmen ist falsch, was bereits bei von Weizsäcker und Mitscherlich deutlich geworden ist und auch Alexander war in dieser Hinsicht nicht so dogmatisch wie es in der Rezeption manchmal den Anschein erweckt: „Alle vorliegende Erfahrungen“, so schreibt er bereits 1950, „weist jedoch auf multikausale Bedingtheiten in allen Zweigen der Medizin hin“ (Alexander 1985, S. 30). Diese Grenze resultierte, wie bereits diskutiert, eher aus den bekannten methodischen Problemen und dem Umstand, dass beispielsweise Akuterkrankungen sich selten in der Psychosomatik finden, was wiederum mit den institutionellen Gegebenheiten und dem ungebrochenen Vorherrschen ‚schulmedizinischen‘ Denkens erklärbar ist. Im biopsychosozialen Modell werden letztlich vor allem die beiden letztgenannten Faktoren, das Psychische und das Soziale, beliebig interpretierbar oder können ignoriert werden. Dies führt zu dem beinahe paradoxen Zustand, dass diese ehemals so zentralen Dimensionen der Psychosomatik, das Unbewusste und die Sozialpsychologie, im biopsychosozialen Modell

zwar durch die Namensgebung nahegelegt, letztlich aber der Beliebigkeit preisgegeben werden.

4.14 Diskussion: Verständigungsversuche zwischen Gesellschaft, Psychoanalyse und Körper

... an den Lebensgeschichten Einzelner den Abdruck der gesellschaftlichen Bewegung zu ermitteln ...
Krovoza und Schneider 1989, S. 135f.

Die Psychosomatik der Bundesrepublik entwickelte sich zunächst als Gegendiskurs zur vorherrschenden empirisch-analytisch ausgerichteten Medizin, zentrale Momente waren ein psychoanalytisches (oder psychoanalytisch orientiertes) Konfliktverständnis, die Einbeziehung auch unbewusster Konflikte in die Ätiologie und der Versuch, den Einfluss gesellschaftlicher Verhältnisse auf diese Ätiologie zu verdeutlichen. Bereits im ersten Drittel des 20. Jahrhunderts wurden psychoanalytisch orientierte Modelle entworfen, die einen solchen Anspruch verfolgten und in verschiedener Weise die Dimensionen des Unbewussten und den Einfluss sozialisatorischer Variablen auch über frühkindliche Entwicklung hinaus auf körperliche Erkrankungen fokussierten. Die ‚Sprünge‘, die eine solche Theoriebildung zu leisten hat, müssen vor der Folie des vorherrschenden ‚objektiven‘, an Laborergebnissen orientierten Wissenschaftsverständnisses Irritationen auslösen: Der ‚Sprung‘ vom Seelischen ins Körperliche und der ‚Sprung‘ der Gesellschaft ins Individuum.

Wie und ob diese Gesellschaft in subjektive Strukturen Eingang findet oder ‚nur‘ äußerlichen Druck vermittelt ist hingegen, ebenso wie jener rätselhafte Sprung ins Körperliche, implizit und explizit umstritten. Es war (und ist) eine kritische psychoanalytisch orientierte Sozialpsychologie, die den Versuch unternahm, das Verhältnis von Individuum und Gesellschaft in seinem Wesen näher bestimmbar zu machen. Da die Psychoanalyse integraler Bestandteil psychosomatischer Medizin war, sind diese Entwicklungen und der Umgang der Disziplin mit diesen theoretischen Möglichkeiten auch für eine solcherart betriebene Psychosomatik von Bedeutung.

Brunner et al. (2012) haben die Entwicklung der kritischen psychoanalytisch orientierten Sozialpsychologie in den deutschsprachigen Ländern systematisch dargestellt und diskutiert, einen solchen Überblick gab es bislang im deutschen Sprachraum nicht. Psychoanalytische Sozialpsychologie kann unterschiedliche Namen haben – Erich Fromm prägte den Begriff der *analytischen Sozialpsychologie*, Peter Brückner und Klaus Horn ist die *politische Psychologie* zuzuordnen und mit Alfred Lorenzer lässt sich von einer *kritischen Theorie des Subjekts* sprechen (a. a. O., S. 17).

Als Bestreben einer solchen psychoanalytisch orientierten Sozialpsychologie beschreiben Brunner et al. „die Psychoanalyse in die Analyse von Politik, Geschichte und Gesellschaft zu integrieren, um so deren bewusste und unbewusste subjektive Momente genauer beleuchten zu können“ (a. a. O., S. 15). Und eine solche psychoanalytisch orientierte Sozialpsychologie lässt

sich auch im Bereich der Psychosomatik nutzbar machen, indem sie einen Ansatz bietet nachzuvollziehen, welche dieser bewussten und unbewussten Momente sich wiederum in der Erkrankung zeigen und diese mitbedingen. Ebenso können Erkenntnisse aus der Psychosomatik, gewonnen aus der intensiven Auseinandersetzung mit Freud und Leid der Betroffenen, auch eine solche Sozialpsychologie bereichern.

Ende der 1960er-Jahre, einhergehend mit einem Ausbreiten gesellschaftskritischen Denkens, konnte sich eine solche Art der Sozialpsychologie an einigen deutschsprachigen Universitäten etablieren und weiterentwickeln.²⁴ Die deutschsprachige Psychoanalyse verzeichnete, zumindest verglichen mit dem angelsächsisch geprägten psychoanalytischen Mainstream, eine ungewöhnlich offene Einstellung gegenüber politischen und gesellschaftstheoretischen Fragestellungen. Bayer und Lohmann vermuten, dass die Erfahrung der gewaltsamen Vertreibung der Psychoanalyse aus Deutschland sowie die Renaissance marxistischen Denkens in den 1960er- und 70er-Jahren erheblich dazu beigetragen haben (vgl. 2013, S. 278). Dahmer (2002, S. 250) wiederum macht deutlich, dass diese offene Einstellung eigentlich nicht der Psychoanalyse im Allgemeinen sondern eher einzelnen Vertreter_innen anzurechnen ist. Dass die Psychoanalyse es nach dem Zweiten Weltkrieg lange vermied, sich mit ihrer eigenen Vergangenheit in der Weimarer Republik und dem Nationalsozialismus auseinanderzusetzen und sich an der „angelsächsischen, entpolitisierten und instrumentalisierten (‘medizinalisierten’) Psychoanalyse orientierte“ ließ sie außerstande sein, sich auf das neue politische Interesse an der Freud’schen Theorie durch die Protestbewegungen einzustellen. Nach Dahmer war viel mehr das Gegenteil der Fall: „Den timiden Psychotechnikern in den psychoanalytischen Berufsverbänden und Instituten jagten die demonstrierenden Studenten, die sich ja unter anderem auf Reich und Freud beriefen, eine Heidenangst ein.“ (ebd.). Mit der Bemerkung, dass Psychoanalytiker_innen „kein Haufen reaktionärer Sektierer sind“ verweist Speidel mit Blick auf das Spannungsverhältnis von Psychosomatik und Psychoanalyse auf zweierlei: Ihr „kollektiver Konservatismus“ dient einerseits dem „respektablen Ziel“ „einen unvergleichlichen Thesaurus ungeheuer differenzierter Einsichten über die Natur des Menschen gegen alle Verballhornungs-, Verniedlichungs-, Banalisierungs-, Verleugnungs-, Verzerrungs- und andere Psychoanalyseauflösungstendenzen zu verteidigen“, steht dabei allerdings im Kontrast zu Freuds „revolutionärem Denken“ (Speidel 1994, S. 6f.). Es werden weder alle Psychoanalytiker_innen eine Heidenangst gehabt haben noch war die Psychoanalyse im Allgemeinen jäh politisiert, das Potenzial hierfür zeigte sich aber erstmals in breiterem Maße und öffentlichkeitswirksam. Bei jeder Diskussion, die das Verhältnis von Psychoanalyse und Soziologie betrifft, geht es stets auch darum, „*welche Psychoanalyse bzw. auf welche Weise die Psychoanalyse rezipiert werden soll.*“ (Brunner et al. 2012, S 16, Hervorh. i. O.). Im deutschsprachigen Raum bezog sich die psychoanalytische Sozialpsychologie überwiegend auf das Werk von Freud selbst, wobei regelmäßig

²⁴ Brunner et al. (2012, S. 15) führen hier Frankfurt, Hannover, München, Bremen, Zürich und Salzburg an.

ausgefochten wurde, wie dieses zu lesen und wie mit den Erkenntnissen umzugehen ist. Früh wurde dabei erkannt, wie grundlegend metapsychologische Fragestellungen für eine gesellschaftskritische und politische Rezeption der Psychoanalyse sind – bereits in Freuds Theoriegebäude, der Metapsychologie, stellen sich Fragen nach der Konstitution von Subjektivität und der Rolle, die innere Natur und äußere Realität dabei spielen.²⁵

Jene Autor_innen, die Ende der 1960er- und in den 1970er-Jahren Versuche unternahmen, Individuum und Gesellschaft systematisch zusammen zu denken und diese Verknüpfung dann auch noch in psychosomatische Konzepte zu übertragen sind rar. *Soziologie und psychoanalytische Forschung* auch im Feld der Psychosomatik *als natürliche Verbündete* zu betrachten, war ein zentrales Anliegen Alexander Mitscherlichs. „Zum dogmatischen Krankheitsbericht als Körperkrankheit gehört,“ so schrieb er 1967, „dass in der medizinischen Erziehung Psychologie und Sozialpsychologie fehlen“ (Mitscherlich 1967i, S. 452). Mit einer Neufassung der Approbationsordnung änderte sich dies 1970 zwar, allerdings in übersichtlichem Umfang.

Es waren jüngere Wissenschaftler aus Mitscherlichs Umfeld, die auf der Basis der Kritischen Theorie „die Diskussion über das Verhältnis von Gesellschaftstheorie und Psychoanalyse im Kontext der sozialen Bewegungen der 1960er- und 70er-Jahre wieder aufgriffen“ (a. a. O., S. 30), wobei die psychosomatische Medizin nicht zentraler Gegenstand dieser Debatten war. Busch fasst diese Entwicklung großzügig „unter dem Rubrum *Kritische Theorie des Subjekts* zusammen und verbindet sie mit Peter Brückner, Helmut Dahmer, Klaus Horn, Alfred Lorenzer und Horst-Eberhard Richter“ (ebd., Bezug auf Busch 2001, S. 110f.). Die psychosomatische Medizin wurde davon auch institutionell geprägt (vgl. Abschnitt 5.5.1 zur neuen Approbationsordnung von 1970), Horst-Eberhard Richter war selbst Arzt und auch Mitscherlich beteiligte sich öffentlichkeitswirksam an den Debatten dieser Zeit. Siegfried Zepf baut auf Lorenzers Überlegungen auf und Klaus Horns diskutiert psychosomatische Fragestellungen aus einer soziologischer Perspektive (Horn et al. 1983).

Seit Anfang der 1990er-Jahre ist an den Universitäten allerdings wieder eine Marginalisierung der Psychoanalyse zu verzeichnen, die an den meisten Orten in der Wegrationalisierung endete – ein „Schicksal“, das die psychoanalytische Sozialpsychologie mit anderen kritischen Wissenschaften teilt“ (Brunner et al., S. 15) – von dieser Entwicklung blieben auch die kritischen Elemente der akademischen Psychosomatik nicht verschont. Diese hatte neben gesellschaftstheoretischen Fragen ja auch noch jenen kaum ‚beweisbaren‘ Sprung ins Körperliche zu verteidigen.

²⁵ Über diese metapsychologischen Fragestellungen hinaus erachten Brunner et al. eine Historisierung der psychoanalytischen Erkenntnisse als ebenso zentral: „Freud analysierte nicht ‚die Menschen an sich‘, sondern die durch die bürgerlich-kapitalistische, patriarchal und kolonial strukturierte Gesellschaft konstituierten Subjekte, und auch die Ideale, nach deren Maßgabe psychische Entwicklung als ‚normal‘ bzw. ‚gelingen‘ oder aber ‚abweichend‘ bzw. ‚pathologisch‘ bewertet wird, sind durch diesen gesellschaftlich-historischen Rahmen bestimmt“ (2012, S. 16).

In der Theoriebildung psychosomatischer Medizin nach Freud waren psychosomatische (oder psycho-physische) Überlegungen eng mit der Psychoanalyse verwoben. Zu Beginn war die Theoriebildung von kreativem Erklärungsoptimismus und nosologischen Überlegungen zur Systematik von psychosomatischen Erkrankungen geprägt, Konversion wurde von anderen Formen des körperlichen Ausdrucks abgegrenzt, ebenso Psychoneurosen auf der einen und bspw. Aktual- und Organneurosen auf der anderen Seite (vgl. Storck 2016, S. 67f.). Ferenczi und Groddeck wurden zu Exponenten einer psychoanalytisch orientierten Psychosomatik, der Freud selbst reserviert gegenüberstand. Zudem schlugen sich diese Entwicklungen in ersten Institutionen mit systematischer Anwendung der Erkenntnisse nieder, zunächst auf sehr unterschiedliche Art in Groddecks Sanatorium auf der Marienhöhe und Simmels Sanatorium Schloss Tegel (vgl. Abschnitt 5.3). Vermittelt über Modelle triebhaftem Einfluss auf das Organische ging es auch um die Frage, ob überhaupt ein Konflikt und falls ja welcher durch das Symptom symbolisiert wird,²⁶ eine Frage die sich in unterschiedlichsten Gewändern immer wieder findet. Das in der früheren Phase noch anzutreffende „Junktum von Therapie und Kulturkritik (das Verständnis der Therapie als einer praktischen Kulturkritik) galt ihnen [freudianisch orientierten Ärzt_innen und Psycholog_innen] – in der Ära der totalitären Bewegungen und Regime – als ein politisches Risiko und wurde stillschweigend fallengelassen“ (Dahmer 2013, S. 12). Die Zäsur durch den Nationalsozialismus ist auf jeder entscheidenden Ebene kaum zu überschätzen.

Die Psychosomatik wurde in ihrem Erkenntnisstand und ihren Fragestellungen durch die zunächst untrennbare Einheit stets durch die allgemeine Entwicklung der Psychoanalyse mitbestimmt, diese ging tendenziell von der Trieb- zur Ich-Psychologie, von individualpsychologischen zu sozialpsychologischen Ansätzen (wobei diese auch bereits bei Freud zu finden sind). Die Vorstellungen der ‚ersten‘ und ‚zweiten‘ Generation der deutschen Psychosomatik waren von der Idee geprägt, unbewusste intrapsychische Konflikte könnten sich in körperlichen Symptomen niederschlagen, mit Schur und Mitscherlich zeigten sich zunehmend ich-strukturelle Aspekte in der psychoanalytischen Psychosomatik. Nach dem Zweiten Weltkrieg öffnete die psychoanalytische Psychosomatik sich (in Teilen) erneut gegenüber den Sozialwissenschaften, Mitscherlich trieb eine politische Re-Kontextualisierung der Psychoanalyse voran und junge Wissenschaftler_innen aus seinem Umfeld machten eben diese im Zuge der Protestbewegungen der 1960er- und 70er-Jahre dann auch für eine kritische Sozialpsychologie fruchtbar. Etwas Ähnliches wie einen „status quo“, das „wohl relevanteste“ konzeptuelle Feld, wobei bei der Vielzahl der Ansätze schwer zu ermitteln, macht Storck zeitgenössisch im Bereich der „unrepräsentierten Zustände“ (Storck 2016, S. 112) aus, womit auch auf die Überlegungen Zepfs verwiesen ist.

²⁶ Vgl. Storck (2016, S. 59), der dies noch deutlich an Fenichels Überlegungen zur „Organneurose des Darms“ zeigt: Einerseits begreift Fenichel diese als Konversionssymptom mit „prägenitale[m] Inhalt“ (1945b, S.169), andererseits rechnet er sie zu den Organneurosen (a. a. O., S.65ff.) und kennzeichnet sie damit als „nicht-psychogen und nicht-bedeutungshaft“.

Die hier dargestellten Modellvorstellungen psychosomatischen Medizin haben die enge Verbindung von Psyche und Körper herausgestellt und auch auf akademischer Bühne zunehmend salonfähig gemacht. Hier die gesellschaftlichen Fragen einmal ausgeklammert, ist bereits dem Beharren auf der *Möglichkeit* eines Einflusses psychischer Vorgänge auf körperliche Erkrankung ein emanzipatorisches Potenzial zuzurechnen. Inwieweit diese dann wiederum gesellschaftliche Verhältnisse transportieren ist eine Frage, die erst gestellt werden kann, wenn die enge Verbindung von Leib und Seele bereits eine Bedeutungszuteilung erfahren hat. Besonders in ihren Gründungsjahren muss die Psychosomatik als (verhältnismäßig leichtes) Gegengewicht verstanden werden gegen das Monopol des einseitigen organischen Krankheitsverständnisses der (damaligen?) Medizin.

Für Teile der hier dargestellten Konzepte sagt Zepf zusammenfassend, dass sie „auf ihrer sozialen Dimension [...] nicht eingeholt“ würden, seine Kritikpunkte wie biologischer Reduktionismus, Bindestrichvermittlung, „metasemantische Operationen konstruktivistischer Prägung“ (Zepf 2006 III, S. 156) sind bereits in den jeweiligen Kapiteln angeklungen. Ob diese Kritik, wie Plab in den Raum stellt, „möglicherweise implizit auch Affekt transportiert“ (Plab 2016, S. 40) sei hier dahingestellt. Den Mühen und Arbeits- sowie Lebensbedingungen der Autor_innen wird sie eventuell nicht immer ganz gerecht.

So geht Alexander zwar auf eine mögliche gesellschaftliche Dimension psychosomatischer Krankheit nicht näher ein und Gesellschaft bleibt eine diffuse Größe, er öffnet aber den Blick für mögliche spezifische Zusammenhänge zwischen Konflikt und Erkrankung.

Seine Ausführungen waren so einerseits bahnbrechend, andererseits deutet sich bereits hier eine Verengung des Blickes an

Bei Schur, so schält es Zepf heraus, ist die Neigung zu bestimmten Organreaktionen letztlich genetisch determiniert (vgl. Zepf 2006 III, S. 104), seine Bedeutung für die Psychosomatik ist dennoch darin zu sehen, dass auch allgemeinere Belastungssituationen eine spezifische Organreaktion auslösen können (vgl. von Rad 1983, S. 152). Eine gewisse Öffnung zu den umgebenden Objekten ist dann bei Engel und Schmale zu verzeichnen, von Rad sieht im differenzierten Herausarbeiten der Bedeutung eines Objektverlustes für die Entwicklung körperlicher Krankheiten ihren wichtigsten Beitrag (a. a. O., S. 152ff.). ‚Soziale Faktoren‘ tauchen hier zwar auf, bleiben aber unspezifisch.

Auch Ansätze aus dem Bereich der inneren Medizin integrierten ja bereits in der direkten Nachkriegszeit Teile psychoanalytischer Theorie und hoben die Bedeutung der Beziehung von Patient_in und Ärzt_in und der subjektiven Wahrnehmung hervor, von Weizsäcker Aussage „Um Lebendes zu erforschen muss man sich am Leben beteiligen“ (von Weizsäcker 1940, S. 83) bringt dies auf den Punkt.

Von Weizsäckers breit gefächerte philosophischen Bezüge lassen ebenfalls keine Gesellschaftstheorie erkennen, seine medizinische Anthropologie fragt aber nach der Freiheit und den Grenzen des kranken Menschen, nach dem Sinn von Leiden und Krise und nach dem

sozialen Wesen menschlicher Erkrankung. Sie untersucht den Zusammenhang von ‚Körper‘ und ‚Seele‘, von Objekt und Subjekt, von Natur und Kultur im Leben und Werden des kranken Menschen (vgl. Pieringer et al. 2002, S. 489.). Eine politischere Basis jener anthropologischen Medizin würde diese dabei sicherlich mit der vielleicht notwendigen Bewaffnung dem jeweiligen Gesellschaftssystem gegenüber ausstatten, ohne von Weizsäcker sähen die ersten psychosomatischen Keime in der Bundesrepublik allerdings gewiss anders aus. Ohne seine Unterstützung wäre es kaum zur ersten Klinikgründung an einer Universität unter Mitscherlich gekommen. Dessen „psycho- und gesellschaftsanalytischen Arbeiten“ so formuliert es Hoyer fast schon lyrisch, „verfolgen das erklärte Ziel, Einsicht an die Stelle von Verblendung, Wahrheit an die Stelle von Wahn und Täuschung treten zu lassen“ (Hoyer 2008, S. 16). So gilt es auch für Mitscherlichs Arbeiten zu psychosomatischen Erkrankungen, deren Psychodynamik und sozialisatorische Bedingtheit er grundlegend in eine gesellschaftskritische Sicht einbindet: „Die psychischen Determinanten, welche pathologische Syndrome erzeugen, sind in das gesamte Geflecht von seelischen Entwicklungsprozessen, in die oft rigiden Charakterformationen und -deformationen eingebettet. Es fällt schwer, die Leitlinie der Pathogenese zu finden und nicht wieder aus den Augen zu verlieren“ (Mitscherlich 1949, S. 37). Mitscherlichs Grundanliegen, die Einführung des Subjektes in die Medizin, die Verknüpfung von Körper und Seele zu einer Einheit und die sozialpolitische Dimension der psychoanalytischen Psychosomatik lassen ihn klar als Vertreter einer ‚kritischen‘ Psychosomatik erscheinen (vgl. Storck 2016, S. 70).

Die Zweiphasige Abwehr ist der Auszug Mitscherlichs psychosomatischer Arbeit, der sich noch in aktuellen Lehrbüchern findet, zugleich wird das Modell aber auch als überholt betrachtet. Eine Reduktion Mitscherlichs Analysen auf dieses zweiphasige Modell greift zu kurz. Über die theoretischen Arbeiten hinaus muss Mitscherlich Wirken sowohl im psychoanalytischen als auch psychosomatischen Bereich im berufspolitischen Feld hervorgehoben werden – er war auch für den Institutionalisierungsprozess formgebende Gestalt. Dahmer rechnet Mitscherlich eben jenen wenigen „Außenseitern“ zu, die im Inneren der psychoanalytischen Organisationen und Institute „frei genug waren, auf das neu erwachte (in Deutschland zum ersten Mal überhaupt erwachte) gesellschaftliche Interesse an der Psychoanalyse zu reagieren“ (Dahmer 2002, S. 250f.). Mitscherlich beschäftigte unter anderem die Frage, wie beispielsweise mächtige oder als mächtig wahrgenommene gesellschaftliche Institutionen psychosomatische Erkrankungen beeinflussen, die Öffnung zu den Sozialwissenschaften ist deutlich. Brede stellte 1976 zum sozialwissenschaftlichen Einwirken auf die Psychosomatik fest: „Gleich welcher methodologischen Richtung verpflichtet, hat sich die psychosomatische Forschung insgesamt nicht der Einsicht verschließen können, daß die Sozialwissenschaften an der Diskussion über Strategien der Erklärung psychosomatischer Störungen zu beteiligen sind“ (Brede 1994, S. 321). Wenn sie pathologische Prozesse in ein komplexes Herrschaftsverhältnis eingebettet sieht, welches die Beziehung zwischen

Individuum und Gesellschaft formt (a. a. O., S. 326), so ist der Bezug zu Mitscherlichs Überlegungen deutlich erkennbar.

Der Frage allerdings, wie genau sich diese Gesellschaft schon von Anbeginn an in die Subjekte einschreibt gingen weder Brede noch Mitscherlich intensiv nach, dem sollte sich in zeitlicher Nähe Lorenzer widmen. Für Lorenzer bestimmen gesellschaftliche Diskurse und Zustände die Entwicklung des kindlichen Bewusstseins maßgeblich mit. Über Symbolisierungen schreiben sich diese ein, die eingeübten Interaktionsformen werden unter vergleichbarem Reiz auch in situativen Änderungen abgerufen und somit zur Neuanpassung an die veränderte Situation veranlasst. Somit breitet sich das Interaktionsspiel aus, der Organismus folgt „den eingeübten Spuren einer Erfahrung, die jede gleichartige Wiederholung verfestigt“ (Lorenzer 1972, S. 89). Sie ‚zementieren‘ sich quasi engrammatisch. Auch wenn Lorenzer sich nicht explizit mit psychosomatischen Fragestellungen im medizinischen Sinne beschäftigt hat, so ist seine Auffassung von Psychoanalyse Fundament für nachfolgende Konzepte und Psychoanalyse ist für ihn hermeneutische Wissenschaft und Interaktionstheorie. Psychoanalyse steht für ihn als „Kritik der Subjekte“ „der Kritik der politisch-ökonomischen Lage gegenüber: nicht als Rivalin und nicht als Hilfswissenschaft der kritischen Theorie, sondern als ihr anderer Teil“ (Lorenzer 1971, S. 55). So lässt sich mit Lorenzer der Versuch unternehmen, diesen Niederschlag der Interaktionsformen als eine Art Bindeglied zwischen jener politisch-ökonomischen Lage und der psychosomatischen Erkrankung zu betrachten. Diese Verbindung hat in erster Linie Zepf hergestellt.

Zepfs Modell ist eng an Lorenzer angelehnt. Er greift die bei psychosomatischen Krankheiten häufig beobachteten psychischen Erscheinungen, also im weiteren Sinne alexithyme Merkmale, heraus und führt diese zurück auf bestimmte Formen der Mutter-Kind-Interaktion. Individuen werden, so legt er dar, auf diese Weise psychosomatogen sozialisiert und die dabei erworbenen Eigenschaften sind „geradezu ideal für eine ‚Verwertung‘ durch die Gesellschaft und ihre repressiven Anpassungstechniken [...], da diese Patienten zum Beispiel in der Möglichkeit der kritischen Differenzierung ihres Selbst gegenüber der Gesellschaft erheblich behindert sind.“ (Overbeck und Overbeck 1994b, S. 347). Dadurch zielt seine Fragestellung auf Prozesse, die über die familiäre Sozialisation hinausgehen, der psychisch verarmte psychosomatisch Erkrankte wird durch bestimmte gesellschaftliche Prozesse gefördert und auf Dauer hervorgebracht. Die Folgerungen, die er anstellt, beziehen sich besonders auf jene psychosomatisch Kranken mit Ich-Defekten und deformierten Objektbeziehungen (vgl. a. a. O., S. 348). Storck weist darauf hin, dass Zepf die sekundäre Sozialisation im Zusammenhang mit Psychosomatischer Medizin als völlig unzureichend erforscht betrachtet – hier verbirgt sich vermutlich noch einiges an Erklärungspotenzial.

Zunehmend abgekoppelt von der Psychoanalyse entwickelte sich das Stressmodell weiter. Mayer geht davon aus, dass die rasche Aufnahme des Stressbegriffs durch die „gebildete Öffentlichkeit“ unter anderem aus einer Art Vereinfachung resultierte: „auf überschaubare

Weise“ lässt sich nun „Abstraktes (soziale Umwelt, Seelisches) naturwissenschaftlich kanalisie[ren]: Im Sinne der Streßreaktion ist der Hypothalamus im Zentralnervensystem die Schaltstelle, von dort aus liegt ein präformiertes Reaktionsmuster fest, das lediglich seine Modifikation kennt“ (Mayer 1983, S. 228). Er vermutet, dass es im wissenschaftlichen Bereich „wahrscheinlich der Bedarf an Erklärbarkeit seelischen Einflusses auf die Entstehungsgeschichte von Krankheit“ gewesen ist, der verbunden mit dem Stressbegriff frei von Symbolik gedacht werden kann und somit dem Stressbegriff „zu seinem Siegeszug verhalf.“ (ebd.). Mit der inflationären interdisziplinären Verwendung des Begriffes kann ja in der Tat vieles augenscheinlich „erklärt“ werden, Berufsstress, Schulstress, Urlaubsstress und Freizeitstress sind mittlerweile allgegenwärtig. So hat der Begriff einerseits eine Art „projektive“ Komponente, diese äußeren Bedingungen können durchaus als Verursacher von Missbefindlichkeiten aller Art gelten. Zugleich werden hier aber gesellschaftliche Einflüsse in zusammenhanglose Einzelbestandteile zerlegt, der psychosoziale Aspekt besteht dann darin, sich gegen deren schädigende Einflüsse zu wappnen anstatt die Verhältnisse zu verändern. Bräutigam und Christian weisen bereits 1975 darauf hin, dass der Stressbegriff mit hoher sozialer Billigung versehen ist, gestresst sein bedeutet in einer so bedeutsamen Position zu sein, dass Stress notwendigerweise damit verbunden ist: „Die Belastung und der Konflikt sind in diesem Begriff entindividualisiert. An der Stelle der Frage nach der persönlichen Motivation des leistungswilligen, überangepassten Verhaltens steht im Streßbegriff die Entlastung in Richtung allgemeiner gesellschaftlich sanktionierter, ja prestigevermittelter Ursachen“ (ebd., S. 256, Anm. 1). So wird mit Stress ein positiv konnotierter Leistungsgedanke verknüpft, ausgebrannt sein ist der weitverbreitete zu zahlende Preis. Ob und warum dies der Fall ist muss dann schlicht nicht mehr diskutiert werden – das subjektive Verhalten sollte den Bedingungen vielmehr so angepasst werden, dass die äußeren Belastungen besser ertragen werden und keine weiteren Kosten anfallen. Zugleich wird die gesellschaftliche Verantwortung für die ‚Stressfolgen‘ der Medizin übertragen, die allerdings nicht die Möglichkeit besitzt, die im Gesellschaftlichen verankerten grundsätzlichen Problematiken zu behandeln.

„Das Grundmoment von Krankheit“, so fasst es Hartmann zusammen, „wird im Streßkonzept bestimmt als eine im einzelnen Organismus naturgeschichtlich verankerte und allgemeine Reaktionsform, die unabhängig von ihren spezifischen Verursachungen (Auslösern), ebenso wie von der Einmaligkeit und konkreten Geschichte des betroffenen Organismus stereotyp abspult. Krankheit erscheint in ihrem ‚Wesen‘ als im Verhältnis Organismus-Umwelt ausgelöst, aber nicht gestaltet“ (Hartmann 1986, S. 107).

Es ist sicher möglich, diese Einmaligkeit und konkrete Geschichte des Individuums in Zusammenhang mit jener Stressreaktion zu betrachten, auf die dann notwendige Frage *warum* die Reaktion *an dieser Stelle in dieser Form* einsetzt vermag das Modell selbst allerdings keine Antwort zu geben, ebenso wenig die daran angelehnten ‚Diagnosen‘ Posttraumatische Belastungsstörung oder Burn-out. Wann und warum das vegetative Nervensystem im Einzelfall mit sympathischer Dominanz reagiert, erklärt sich nicht unmittelbar aus dem

Umstand, *dass* es so reagiert. In der Praxis, so beschreibt es Mentzos, lässt sich immer wieder feststellen, „dass nicht irgendwelche Belastungen schlechthin (wie der berühmte, inflationär und unspezifisch verwendete ‚Stress‘), sondern die ‚innere Reibung‘, der ‚Bürgerkrieg‘, die intrapsychischen Gegensätzlichkeiten es sind, die sich besonders pathogen auswirken“ (Mentzos 2015, S. 29). Dieser „Bürgerkrieg“ ist der innere Konflikt, der eingebettet in die individuelle Geschichte gefragt und die spezifische historische gesellschaftliche Situation verständlicher werden kann.

Überlegungen zum Stressmodell verband beispielsweise von Uexküll mit eben jener individuellen Geschichte, durch die konstruktivistischen Vorzeichen des Situationskreis-Modelles nimmt dieser sich allerdings die Möglichkeit, diese Geschichtlichkeit des Menschen und seine soziale Umwelt als ‚objektiv‘ gegeben zu betrachten – wenn alles nur sensomotorischer Akt ist, so wird eine Veränderung der ‚objektiv‘ nicht vorhandenen Verhältnissen verunmöglicht. Dem entgegensetzen ist, dass der Konstruktivismus ja gerade das wahrnehmende und erkennende Subjekt ins Blickfeld rückt, also genau jenes Subjekt, welches die traditionell naturwissenschaftliche Medizin implizit verleugnet, allerdings auch bei von Uexküll mit der Konsequenz, dass die „erfahrbare Außenwelt zur bloßen Erscheinungsform“ mystifiziert wird (Hartmann 1986, S. 125). Vor diesem Hintergrund wird Kollbrunners Kritik an der Popularität des Begriffs ‚biopsychosozial‘ in der Psychosomatik nachvollziehbar, der „oft als Worthülse dazu dient, Ganzheitlichkeit vorzutäuschen, wo doch nur eine additive Auflistung von Faktoren, die zu beachten wären, vorliegt“ (Kollbrunner 2010, S. 98f., mit Verweis auf Henningsen 2006; Tavakoli 2009). Ob eine Auflistung solcher Faktoren über klassisches schulmedizinisches Denken hinaus bereits eine sinnvolle Entwicklung ist oder anderen, dem theoretischen Anspruch des biopsychosozialen Modells im Uexküllschen Sinne eher gerecht werdenden, theoretischen Ansätzen somit die Verbreitung erschwert wird bleibt fraglich. Die Einsicht, dass psychosoziale Faktoren irgendwie berücksichtigt werden könnten und müssten ist für die Psychosomatik an sich keine neue Erkenntnis, sie wurde allerdings neu etikettiert.

Eine Erkenntnis, die sich durch die psychosomatische Theoriebildung zieht, ist die Beziehungsbedeutung in der therapeutischen Situation und zwar als entscheidender Gegenpol zum klassischen ärztlichen Handeln. Dass es fraglos zahlreiche Ärzt_innen gab und gibt, die der Beziehung zu ihren Patient_innen Bedeutung beimessen ist damit nicht in Frage gestellt, es geht vielmehr um einen *systematischen* Einbezug dieser Prozesse in Theorie und Praxis.

Was bedeutet es nun, wenn diese Übertragungsprozesse ausbleiben? Freuds Bemerkung, dass es bei psychosomatisch erkrankten Patient_innen zu keiner Übertragung komme wurde in nachfolgenden Ansätzen neu bewertet (vgl. Storck 2016, S. 73). Die ‚Beziehungslosigkeit‘ in der therapeutischen Situation ist eng verbunden mit einer gewissen Geschichtslosigkeit des Subjekts, von Zepf als „Subjektlosigkeit“ (Zepf 2006 III, S. 174) bezeichnet. Viele der Beobachtungen und Beschreibungen psychosomatisch erkrankter Patient_innen verweisen auf

Merkmale, die mittlerweile der Alexithymie zugeordnet werden. Klinisch erbringt das Alexithymiekonzept einen deutlichen Nutzen für das Verständnis der einer psychosomatischen Erkrankung zugrunde liegenden Psychodynamik, wobei Storck für eine konfliktbezogene Auffassung dieser Psychodynamik plädiert – diese einzubeziehen ist in aktuelleren Konzeptionen nicht zwingend erforderlich. Die Alexithymieforschung ist mittlerweile ein interdisziplinäres Forschungsfeld, in dem die entsprechenden strukturellen Defizite aus verschiedener Warte betrachtet werden können. Wird Alexithymie auf Emotionswahrnehmung reduziert anstatt, wie Zepf es vorschlägt, das Konzept auszuweiten, so geht das kritische Potenzial verloren. Wenn das Symptom auf ein individuelles Entwicklungsdefizit zurückzuführen ist, muss nach den gesellschaftlichen Ursachen nicht mehr geschaut werden. Das Symptom hat dann weder eine beziehungs- noch eine konflikthafte Bedeutung. Auch das Konzept der Somatisierung birgt die Gefahr, dass die_der Patient_in halt nicht anders „kann“, die Erkrankung wird so zum individualisierten Entwicklungsdefizit. Der wesentliche und notwendige Beitrag der Psychoanalyse kann hier das Konfliktverständnis sein und die „Perspektive einer Funktionalität nicht verfügbarer psychischer Kapazitäten“ (Storck 2016, S. 221), über die Betrachtung als kognitives Defizit hinaus. Ein diesem Konzept direkt zuzuordnender Begriff von Gesellschaft lässt sich nicht ohne weiteres ausmachen. Dass bestimmte früheste Bindungserfahrungen ausschlaggebend sind für die Ausbildung dieser Strukturen wird kaum in Frage gestellt, es ist vielmehr eine Frage der Betrachtungsweise inwiefern in eben jenen frühen Bindungserfahrungen Gesellschaftliches transportieren und, wie bereits erwähnt, weitgehend ungefragt und unerforscht, was die sekundäre Sozialisation dazu beiträgt. Insofern wird auch hier der psychosomatische Blick einerseits eben hinsichtlich dieses ‚emotionalen Analphabetentums‘ erweitert, andererseits hinsichtlich der prinzipiellen gegenseitigen Bedingtheit von Leib und Seele eingeengt.

Schlussfolgernd lässt sich festhalten, dass die Psychosomatische Medizin im Besitz der theoretischen Möglichkeiten ist, die psychosomatische Erkrankung als verankert in der je individuellen Lebensgeschichte zu betrachten und sie unterdessen als Spiegel der Verhältnisse zu begreifen. Ein (rares) Beispiel aus der praktischen Psychosomatik für eine Herangehensweise, die zumindest den zeitgeschichtlichen Hintergrund mit einbezieht, ist in der Arbeit von Lamparter (1994) zu finden. In einem Bericht über ein Forschungsprojekt zum „Problem psychischer Dekompensation nach Operationen am offenen Herzen“ (a. a. O., S. 56) finden sich viele der hier bislang angerissenen Themen verdichtet: So waren „systematisch zu erhebende biographische Zusammenhänge [...] in den international verwendeten psychologischen Untersuchungsinstrumenten freilich nicht vorgesehen“ und „die Patienten wurden verbucht, als ob sie keine Biographie, sondern nur psychopathologisch oder testpsychologisch zu erfassende Persönlichkeitsmerkmale, Ängste oder psychische Dysfunktionen hätten“ (a. a. O., S. 57). Während der präoperativen Untersuchung vermittelte sich dem Autor jedoch „so viel an lebensgeschichtlichen Konflikten, aber auch von den angst- und abwehrgesteuerten Beziehungsregulationen“ (ebd.), dass er sich kaum etwas anderes

vorstellen konnte, als dass „so überhaupt psychische Faktoren an einer späteren postoperativen psychischen Dekompensation beteiligt sein sollten, diese auch in der Konflikt- und Beziehungsgeschichte der Patienten verborgen sein müßten.“ Diese Eindrücke teilten noch andere Mitglieder der Arbeitsgruppe, die methodischen Schwierigkeiten hatten allerdings darauf verzichten lassen, „diese Befundebene systematisch in den Forschungsprozeß einzubeziehen.“ Das Team begann nun eine kleine psychoanalytisch orientierte Nebenuntersuchung, die auch in Lamparter et al. (1990) beschrieben ist. Die dem Autor deutlich auffallende dichte und häufige Schilderung von Kriegserlebnissen der Patienten, meist Männer im Alter von 50 bis 70 Jahren, gaben den Anlass, in einer Untersuchung etwa drei Jahre nach der Operation die Biographien nachzuerheben und um die Frage „Wie sind Sie durch den Krieg gekommen?“ zu erweitern. Alle Patienten hatten verhältnismäßig schwere Erlebnisse hinter sich und vor diesem Hintergrund diskutiert Lamparter nun die möglichen Auswirkungen auf den psychischen Apparat und wirft unter anderem die Überlegung auf, das „scheinbare ‚Alexithymie‘ oder ‚Typ-A-Verhalten‘ könnte sich sogar manches Mal als in der Entbehrung eingeeichtes psychisches Notprogramm erweisen“ (Lamparter 1994, S. 61). Die interessanten Details finden sich in Lamparter, das Plädoyer der Arbeit reicht an dieser Stelle aus, dass sich darauf richtet, „nicht in der Bemühung um das allgemein Gültige das zeittypisch Besondere einer Generation zu unterschlagen, dieses nicht gleichsam ‚wegzufiltern‘. Denn: Ein solches Vorgehen hat letztlich zur Folge, daß der psychosomatische Forscher von vornherein wichtige zeitgeschichtliche Parameter nicht in sein Kalkül einbezieht und so in eine szientistische Sackgasse gerät“ (ebd.). Der Weg dieses Forschungsprojektes, quasi ohne diese Perspektive designt und dann durch den Blick der Mitarbeiter im Nebenprojekt doch weiter untersucht, spricht wohl Bände und die Frage, wie oft solche Gedanken und Eindrücken im gegenwärtigen institutionellen Rahmen *nicht* nachgegangen wird muss offen bleiben. Es steht zu vermuten, dass dies des Öfteren der Fall ist.

Die Zusammenhänge zwischen Gesellschaft und (psychosomatischer) Krankheit wurden, so lässt sich verallgemeinernd festhalten sowohl unter dem Blickwinkel einer *aktiven* Anpassungsleistung an gesellschaftliche Erfordernisse diskutiert, als auch als eine durch bestimmte Anforderungen der technisch-industrialisierten Gesellschaftssysteme bedingte, eher *passiv erlittene* Schädigung (Overbeck und Overbeck 1994b, S. 347). Deutlich erkennbar ist die Ablösung der Psychosomatischen Medizin von der Psychoanalyse. Wo sich die Konzepte von Weizsäcker und Mitscherlich noch überschneiden und, wenn sie die Psychoanalyse auch in unterschiedlicher Entschiedenheit vertraten, doch beide von ihr inspiriert waren, stehen nun komplexe psychoanalytische Modelle und eine biopsychosoziale Idee nebeneinander, hinter der sich – salopp gesprochen – alles und nichts verbergen kann. Die damit einhergehende mögliche fatale Verkürzung ist eine ‚Verdrängung‘ des Unbewussten aus der Psychosomatik. „Die Reichweite unseres Bewußtseins“ allerdings, so Mitscherlich, „ist relativ gering. Für unbewußt bleibende seelische Prozesse sieht das bewußte Ich Erklärungen vor, die in Wahrheit Unterschleibungen sind. Der psychoanalytische Begriff für diesen Vorgang ist

„Rationalisierung“; das heißt, für ein nicht bewußtseinsfähiges Motiv wird eine plausibel klingende oder moralisch erträgliche *Motivattrappe* erfunden“ (Mitscherlich 1951, S. 15). Ohne Beachtung der unbewussten Dimension scheitert jeder Erklärungsversuch (wird überhaupt eine Erklärung über die ‚Veranlagung‘ hinaus gesucht) an eben diesen Motivattrappen oder anderen Abwehrmechanismen.

Die Rekonstruktion dieser psychosomatischen Modellvorstellungen zeigt deutlich, dass die Dimension des Unbewussten, ärztliche Empathie und ein konfliktorientierter sozialpsychologischer Zugang zentrale Momente sind, um Prozesse der Verleiblichung sinnvoll ‚dechiffrieren‘ zu können und begreifbar zu machen. Sie zeigt ebenso, dass eine konfliktbezogene psychodynamische Sicht auf die psychosomatische Erkrankung keinesfalls notwendigerweise eine gesellschaftsbezogene, sozialpsychologische oder gar kritische Perspektive bedeutet. Eine solche ‚kritische‘ Perspektive auf die Psychosomatik ist zunächst bei Simmel, Ferenczi, Fenichel, Deutsch und Reich in verschiedener Ausprägung auszumachen, nach dem Zweiten Weltkrieg bei Mitscherlich, Brede, Richter und Zepf. In Ansätzen auch bei von Weizsäcker, der mit seinen pathischen Kategorien mehr gesellschaftliche Verhältnisse mitdenken lässt, als es das biopsychosoziale Modell nahelegt. Eine psychodynamische Sichtweise ist bei allen hier diskutierten Autor_innen in unterschiedlicher Gewichtung anzutreffen, wobei psychische Konflikte auch individualistisch oder familiär gedacht werden und gesellschaftliche Spannungsverhältnisse ignoriert werden können, die Tendenz ist bei Franz Alexander und in der Alexithymiediskussion deutlich. Ohne Bezug der Autor_innen zu gesellschaftstheoretischen Überlegungen, so scheint es, wird die Bedeutung dieses „Sozialen“ zwar nicht explizit negiert, aber auch nicht begreifbar gemacht. Nun erschließt sich allerdings noch nicht unmittelbar, welche dieser Modellvorstellungen und Grundannahmen im wissenschaftlichen Diskurs Deutungshoheit gewannen. Um der Frage nach der konkreten Ausgestaltung der Psychosomatik nachzugehen, werden im folgenden Kapitel zunächst die institutionellen Bedingungen nachgezeichnet, die das diskursive Feld bestimmen. Die Psychosomatik als akademische Disziplin hat seit dem Zweiten Weltkrieg einen insgesamt erfolgreichen Institutionalisierungsprozess durchlaufen in dem Sinne, dass sie fest verankert ist im bundesdeutschen Gesundheitssystem. Damit hat sie eine Monopolstellung erlangt, was die Deutung und Bedeutung der psychosomatischen Erkrankung betrifft, aus ‚psychosomatischer Perspektive‘ ein durchaus erstrebenswertes Ziel. Im folgenden Kapitel werden die widersprüchlichen Tendenzen dieses Prozesses aufgezeigt: Ein Machtgewinn der psychosomatischen Medizin, der in dieser Form durch Anpassung an das ‚klassische‘ Medizinsystem ermöglicht wurde.

5. Institutionelles Wachstum in gesellschaftlichen Spannungsfeldern

Institutionen erwachsen aus dem ökonomischen Prozeß in einem spezifischen historisch-gesellschaftlichen Kontext als ‚Problemlösungsmuster‘, die fortan selbst weitere Problemlösungen vordefinieren; zwar sind sie prinzipiell änderbar, gewinnen, einmal festgelegt, jedoch an ‚eigensinniger‘ Dynamik und Steuerungswirkung.

Blanke 1994, 16f.

Psychosomatische Medizin hat heute einen festen Platz im Institutionensystem der bundesdeutschen Gesundheitssystem- und Universitätslandschaft – verglichen mit dem Zustand der Disziplin (bzw. deren Nicht-Existenz) nach dem Zweiten Weltkrieg eine eindeutige Erfolgsgeschichte. Da es allerdings *die eine* psychosomatische Medizin nicht gibt und ein Professionalisierungsprozess stets auch zu Ausschließungen führt, wird hier der Frage nachgegangen, *welche* psychosomatische Medizin sich verfestigt hat, welche Ausschließungen und Perspektivwechsel durch diesen Institutionalisierungsprozess verstärkt wurden. Es geht zentral darum, wie der Diskurs um die ehemals entscheidenden, kritischen Dimensionen der Psychosomatik sich auch im Institutionalisierungsprozess ausdrückt. Die Darstellung des Institutionalisierungsprozesses fokussiert auf Lehre und Forschung in der Grundannahme, dass der Diskurs hier entscheidend mitbestimmt wird. Die ‚Suchrichtung‘ wird im Forschungsprozess festgelegt und über Ausbildungsinhalte weitergetragen. Konkret bedeutet dies einen Schwerpunkt auf den Universitätskliniken und den Ausbildungsrichtlinien, da erstere zentral an der ‚Wissensproduktion‘ mitwirken und sich in den Ausbildungsrichtlinien niederschlägt, welches ‚Wissen‘ sich weitertragen soll. Die universitären Abteilungen sind auch eine der Säulen der Facharztausbildung. Dies ist eine Perspektive aus der Disziplin selbst heraus. Ergänzend muss ein weiterer Aspekt berücksichtigt werden, um die Bedeutung und ‚Funktion‘ der Psychosomatik aus einer sozialpsychologischen/ gesellschaftswissenschaftlichen Perspektive diskutieren zu können. Die Psychosomatik ist mittlerweile fest in das medizinische System eingebunden und findet auch im öffentlichen Diskurs zunehmende Verbreitung (vgl. Schneider 2013). Es ist daher aufschlussreich, sie auch unter Aspekten der Medikalisierung zu betrachten um aufzuzeigen, dass über diesen Prozess des Machtgewinns der Psychosomatik ‚soziale‘ Problematiken zwar mehr in den Fokus der Medizin rücken, zugleich aber ihrer eigentlichen sozialen Dimension beraubt werden.

5.1 Zur Medikalisierung sozialer Verhältnisse

„Verfolgt man“, so fasst es Ongaro Basaglia (1985, S. 206) zusammen, „in der Medizin den Verlauf des wissenschaftlichen Prozesses, so erscheint die Medikalisierung als eine Konstante, die eng mit der Strukturierung der Disziplin zur Wissenschaft verbunden ist.“ Dieser Prozess ist bereits in Kapitel 2 diskutiert worden; der Begriff der Medikalisierung wurde maßgeblich von Ivan Illich geprägt (vgl. 2007; 1975). Im Grunde geht es darum, dass ein zuvor nicht als ausschließlich medizinisch relevant wahrgenommenes gesellschaftliches Phänomen nun in die Deutungshoheit der Medizin überführt und mit medizinischen Mitteln (häufig medikamentös)

behandelt wird. Die Medizin ist allerdings nicht für die *Deutung* des Phänomens zuständig, sie „hat nicht die Freiheit, sich in den Diskurs über die Beschädigungen der Lebenswelt der Menschen einzumischen – ihn haben sich der Staat und die politischen bzw. ökonomischen Apparate vorbehalten im Zuge einer sich stetig verschärfenden Arbeitsteilung, die der Medizin die Aufgabe zuweist, die Schäden zu reparieren und über deren Ursachen zu schweigen“ (Ongara Basaglia 1985, S. 188). Sofern sie diese Ursachen mit ihrem speziellen Blick überhaupt ausmachen kann, wofür auch die jeweiligen Definitionen von Krankheit und Gesundheit bedeutsam sind. Die Psychosomatik war ja gerade hier als Gegendiskurs angetreten, mit mehrdimensionalen Erklärungsmustern und einem Verständnis von Therapie als Interaktion. Sie hatte sozialökonomische Verhältnisse und damit verknüpfte unbewusste Moralvorstellungen als ätiologischen Faktor entlarvt, während diese durch Medikalierungsprozesse aus dem Diskurs herausfallen. Epidemiologische Studien zu psychosomatischen Krankheiten sind aus verschiedenen Gründen eine komplizierte Wissenschaft (vgl. Kollbrunner 2010, S. 58ff.), unter anderem weil nach wie vor das Abgrenzungsproblem zu (vermeintlich) nicht-psychosomatischen Erkrankungen und ‚nur‘ psychischen Erkrankungen besteht. Dennoch ist deutlich, dass sich einige Erkrankungsraten deutlich im Hinblick auf die sozialen Schichten unterscheiden: „Arbeiter erleiden [anders als es der öffentliche Diskurs häufig nahelegt] dreimal so häufig einen Herzinfarkt wie Manager und im unteren Einkommensfünftel der Bevölkerung sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen doppelt so häufig wie im oberen Fünftel. Ähnliches ist bei Asthma, Diabetes, Fettsucht, Depressionen und Bandscheibenschäden zu beobachten“ (Kollbrunner 2010, S. 58, bezieht sich auf Blech 2005, S. 232). Werden diese Erkrankungen jeweils individuell ins Medizinsystem überführt, so fällt auch nicht mehr auf, dass die Verbreitung von diversen Erkrankungen häufig mit sinkendem Einkommen steigt. Aus dieser epidemiologischen Perspektive ist der Zusammenhang von gesellschaftlichen Verteilungsverhältnissen und Krankheit kaum übersehbar, er ist aber nicht durch individuelle organmedizinische Symptombehandlung feststellbar.

Konkret äußern sich diese Medikalierungstendenzen noch in verschiedenen weiteren Facetten, Schneider (2013, S. 220f.) nennt die folgenden Aspekte: Die „Schaffung neuer ‚Krankheiten‘“ (beispielsweise die Fibromyalgie), bzw. die „Veränderung und Ausweitung von Krankheitsbegriffen in Form der Herabsetzung der diagnostischen Schwellen“. Zudem macht er eine „Umdefinition von ‚normalen‘ Zuständen zu behandlungsbedürftigen Problemen“ aus, hier bezieht er sich besonders auf die Gerontologie. Der „Identifikation von Risikofaktoren und deren Behandlung“ kommt eine besondere Bedeutung für mögliche medikamentöse Interventionen zu, beispielsweise wenn die Normen für Cholesterin- oder Blutdruckwerte „relativ zu niedrig angesetzt werden“. Ebenso nennt er die „Ausweitung intensivmedizinischer und lebensverlängernder Maßnahmen“ in größerer Abhängigkeit von dem technologisch Machbaren als von Fragen „der Prognose und Lebensqualität“. Lifestyle-Medizin, beispielsweise Medikamente zur ‚Verbesserung‘ der Sexualität, Antidepressiva oder

Medikamente zur kognitiven Leistungssteigerung sind hier ebenfalls einzuordnen und auch die Wellness-Bewegung kann in diesem Zusammenhang kritisch betrachtet werden, sie „trägt zu einer Medikalisation individueller Befindlichkeitsstörungen bei, indem sie die Maßstäbe an das Wohlbefinden sehr hoch ansetzt“.

Der Begriff der Medikalisation umfasst somit verschiedene, miteinander verschränkte Entwicklungen. Die Folgen gesellschaftlicher Verhältnisse, soziale Probleme, werden in die Sprache der Medizin übersetzt (prominentes Beispiel ist hier das Burn out), das, was von Weizsäcker als zum Leben gehörende Krise beschreibt, wird pathologisiert und damit abgetrennt von diesen Verhältnissen betrachtet, womit auch der Weg für die (einträgliche) medikamentöse Behandlung geebnet ist.

„Natürlich kann man Verhalten auch mit spezifisch wirksamen Substanzen verändern“, so stellt es Mitscherlich fest. Dabei liegt dann allerdings

„eine somatophysische Beeinflussung vor, nicht eine primär psychische im Sinne eines Verstehenszusammenhangs, an dem zwei Individuen beteiligt sind. Psychosomatische Medizin ist also in keinem Fall Medizin des isolierten Individuums, sondern immer, wo mit Recht von psychosomatischer Medizin gesprochen wird, Diagnose und Therapie des Feldes zwischenmenschlicher Beziehungen, beginnend mit dem Arzt-Patient-Verhältnis“ (Mitscherlich 1970, S. 589f.).

Die Zunahme der Verschreibung von Psychopharmaka erscheint diesem Anliegen grundsätzlich gegenläufig, die Antidepressivaverschreibung beispielsweise hat sich in den Jahren von 2000 bis 2010 verdoppelt, für die weibliche Bevölkerung ist sie sogar um 130% angestiegen und der Aufwärtstrend setzt sich fort (vgl. Techniker Krankenkasse 2011; 2018b). Eine zweite Bedeutung des Begriffs Medikalisation verweist darauf, „dass die Medizin sowie das gesamte System der Gesundheitsversorgung expansiv mehr und mehr den Alltag und gesellschaftliche Bereiche bestimmen“ (Schneider 2013, S. 220). Natürlich haben hier ökonomische Interessen immensen Einfluss, aber auch (sozial-)politische Beweggründe (vgl. ebd.). In diesem Zusammenhang bedeutsam ist, dass die Bedeutung und Akzeptanz psychischer und psychosomatischer Erkrankungen in den letzten Jahrzehnten zugenommen hat, besonders seit Ende der 1990er-Jahre. Diese ist von zahlreichen relevanten Akteuren (Mediziner_innen, Psycholog_innen, Politik und öffentliche Medien) mehr ins Blickfeld gerückt worden und hat so „zu einer bemerkenswerten gesellschaftliche[n] Sensibilität für diese Thematik geführt“ (a. a. O., S. 222). Die AU-Zeiten aufgrund psychischer Störungen sind enorm angestiegen. Im Vergleich zum Jahr 2000 lagen die Fehlzeiten unter der Diagnose von psychischen Störungen bei Berufstätigen 2015 um 90 Prozent höher, bei 245 AU-Tagen je 100 Versicherungsjahre, wobei ALG-II-Empfänger_innen seit 2006 in dieser Zählung nicht einmal berücksichtigt werden. 2016 war dieser Trend leicht fallend, 2017 jedoch wieder steigend. Eine solch auffällige Veränderung findet sich für kein anderes Diagnosekapitel der ICD-10 (vgl. Techniker Krankenkasse 2018a, S. 25) und es ist äußerst unwahrscheinlich, dass sie

ausschließlich aus einem Anstieg dieser ‚psychischen Störungen‘ an sich resultiert. Wahrscheinlicher ist ein Anstieg durch die häufigere Diagnosestellung. Die offensichtlich gewachsene Akzeptanz setzt den Prozess der ‚Humanisierung‘ (Lorenzer) der ‚Seelenkrankheiten‘ fort, führt allerdings gleichzeitig zu einer größeren ‚inneren Bereitschaft‘ (Schneider 2013, S. 228), die eigenen Lebens- und Arbeitsumstände im Feld der medizinischen Versorgung als überfordernd zu bewerten und das eigene Unwohlsein als psychische Erkrankung anstatt als ‚Leiden an der Gesellschaft‘ oder beispielsweise als zum Leben gehörende Krise im Sinne von Weizsäcker zu etikettieren (wofür es keinen Diagnoseschlüssel gibt). Dem entgegenkommend weist der medizinische Versorgungssektor heute „eine stärkere Bereitschaft auf, psychische und psychosomatische Erkrankungen über die Diagnosenstellung und entsprechende Behandlungsindikationen zu generieren“ (Schneider 2013, S. 229). Die „Zerstückelung der Nosologie“ (Kollbrunner 2010, S. 40) entspricht vielleicht einer Zerstückelung des Problembewusstseins. Die Fülle der psychosomatischen Klassifikationsbegriffe erschwert eine nosologische Orientierung dabei.²⁷ Schneider geht davon aus, dass auch die „Psychotherapie“ selbst „mittlerweile einen relevanten Beitrag zur Medikalisierung psychischer und psychosomatischer Probleme“ leistet: „Dies insofern, als dass zunehmend als psychotherapeutisch relevante Ziele in erster Linie Oberflächenphänomene (die Symptomatik oder Syndrome) verstanden und in wachsendem Ausmaß psychotherapeutische Interventionen entsprechend störungsorientiert oder gar störungsspezifisch konfiguriert werden“ (Schneider 2013, S. 229). Der Preis der Anpassung für ein institutionelles Wachstum, der im folgenden Kapitel noch detaillierter erörtert wird, wird deutlich, wenn Schneider die „Forderung nach der empirischen Validierung von psychotherapeutischen Prozessen sowie Effekten nach dem Muster der ‚evidence-based medicine‘“ benennt. Diese Forderung, dieses Forschungsparadigma, „engt die therapeutischen Zielvariablen/Methoden auf nach dem naturwissenschaftlichen Standard zu operationalisierende Merkmalsbereiche ein, die nur wenig bis gar keinen Raum für die Erforschung tiefer liegender individueller Motive, Konflikte oder Abwehrmechanismen lassen“ (ebd.). Damit wird die ‚Störung‘ abgetrennt von ihren Ursachen betrachtet, allerdings besser abrechenbar und durch mögliche Verortung im Gehirn auch medikamentös behandelbar.

²⁷ Kollbrunner (2010, S. 41) nennt folgende Klassifikationsbegriffe, die auch unterschiedlich definiert wurden, sich überschneiden oder ‚neu‘ wieder auftauchen: Artifizielle Störung, Ausdruckserkrankung, Autoaggressives Verhalten, Bereitstellungserkrankung, Dissoziative Störung, Funktionelles Syndrom, Hypochondrische Störung, Konversionshysterie, Konversionsneurose, Krankheitsverarbeitungsstörung, Neurasthenisches Syndrom, Neurotische Körpersymptomatik, Organneurose, Posttraumatische Belastungsstörung, Psychasthenie, Psychophysiologische Störung, Psychosomatose, Psychosoziale Anpassungsstörung, Psychovegetative Störung, Reaktive Störung, Sekundäre psychosomatische Störung, Somatisierung, Somatisierungsstörung, Somatoforme autonome Funktionsstörung, Somatoforme Schmerzstörung, Somatoforme Störung, Somatopsychische Anpassungsstörung, Somatopsychische-psychosomatische Störung, Somatopsychische-Psychosomatose, Sonstige somatoforme Störung, Suchtkrankheit, Undifferenzierte Somatisierungsstörung, Vegetative Dystonie, Vegetative Labilität, Vegetative Neurose. Psychoneurosen und Psychosen werden eher der Psychiatrie zugeordnet, wobei die Zuordnungen selten eindeutig zu treffen sind.

Die wachsende gesellschaftliche und institutionelle Akzeptanz psychosomatischer Zusammenhänge wird so zum zweiseitigen Schwert, was bereits einige der Entwicklungen vorwegnimmt, die im folgenden Abschnitt detailliert erörtert werden. Die Darstellung des Institutionalisierungsprozess der psychosomatischen Medizin in der Bundesrepublik ist notwendig, um auch im Detail die damit verbundenen Interessenkonflikte und diskursiven Machtkämpfe aufzeigen zu können, die den heutigen ‚Zustand‘ der Psychosomatik als akademische Disziplin mit beeinflusst haben: In diesem Prozess ging und geht es keinesfalls ausschließlich darum, eine ‚sprechende‘ Medizin als Gegenentwurf zur ‚Apparatemedizin‘ zu zementieren, sondern auch um Ressourcenverteilung und Deutungshoheit. Die Medikalisierungstendenzen, das gestiegene ‚psychosomatische Problembewusstsein‘, bedeuten – abgekoppelt von den gesellschaftlichen Ursachen – einen einträglichen Absatzmarkt für Medikamente und zugleich werden diese gesellschaftlichen Ursachen nicht nur unsichtbar, sondern quasi gleichzeitig mit sediert (beziehungsweise ‚aufgehellt‘). Um die Rückkopplung von Machtgewinn und Paradigmenwechsel innerhalb der Psychosomatik begreifbar zu machen, also den Institutionalisierungsprozess strukturiert verfolgen zu können, beziehe ich mich auf politikwissenschaftliche Theorien zu Institutionalisierungsprozessen.

5.2 Institutionalisation als Frage der Perspektive

Differenzierungstheoretische Überlegungen verdeutlichen auf einer soziologischen und politikwissenschaftlichen Ebene, dass ‚Unabhängigkeit‘ einer Institution oder Organisation von ihrer Umwelt auch im Wissenschaftsbetrieb auf der Ebene der Theorieentwicklung nahezu unmöglich ist (Mayntz 1988b). Auf Organisationen und Institutionen sind viele Perspektiven möglich, aber „selbst aus der Summe der Ansätze entsteht kein vollständiges Bild der Organisation“ (Bornewasser 2009, S. 41), auf eine übergeordnete Gesellschaftstheorie wird kaum zurückgegriffen. Die hier angerissenen theoretischen Perspektiven auf Institutionen und Organisationen verweisen allerdings darauf, dass Institutionen immer einem Legitimationsdruck ausgesetzt sind, was für die Psychosomatik auch eine Legitimation dem Medizinsystem gegenüber bedeutet. Die Begriffe Institution sowie Organisation sind zudem nicht einheitlich klar definiert, wobei Prototypen der modernen Organisationslehre vor allem Verwaltung und Privatwirtschaftliche Unternehmungen sind (vgl. a. a. O., S. 16ff.). Der Begriff der Institution geht noch über den Organisationsbegriff hinaus, soziologisch betrachtet ist eine Institution „eine soziale Einrichtung, die soziales Handeln in Bereichen mit gesellschaftlicher Relevanz dauerhaft strukturiert, normativ regelt und über Sinn- und Wertbezüge legitimiert“ (Pieper 2000). Dies soll hier als Orientierung dienen. Für Soziologie und Politikwissenschaft sind Institutionen zentrale Größen, sie bilden Bezugspunkte für das Wertesystem einer Gesellschaft. Organisationen können als Teil eines Institutionensystems verstanden werden. Sie stellen ein „konkretes System mit einem Muster von institutionalisierten Beziehungen zwischen Mitgliedern dar, die dauerhaft einerseits über relationale Verträge an die

Organisation gebunden und andererseits innerhalb der Organisation miteinander verkoppelt sind, um in gemeinsamer Anstrengung in wiederholten Zyklen vorgegebene Ziele zu realisieren“ (Bornewasser 2009, S. 33). Hier erscheint die Organisation als ein „(ungewollt) extern und (gewollt) intern beeinflussbares Gebilde“ (a. a. O., S. 34), was schon darauf hindeutet, dass Organisationen natürlich auch den Selbsterhalt zum Ziel haben, unabhängig von dessen gesellschaftlichem Nutzen.

Verschiedene Theorien zum Thema Institutionalisierung unterscheiden sich, abgesehen von vielen anderen Differenzen, häufig darin, welche Bedeutung sie einzelnen Akteuren oder der jeweiligen Institution/Organisation zuschreiben und in welcher Art sich im theoretischen Konstrukt die Wechselwirkungen gestalten. Ebenso verhält es sich mit der die Institution umgebenden Gesellschaft. In der neo-institutionalistischen Organisationstheorie ist der Bezugspunkt, auf den sich eine Gesellschaft einschließlich ihrer Regelwerke bezieht in erster Linie die Organisation. Dies stellt einen Unterschied zur klassischen Institutionentheorie dar, in der das Individuum als Bezugspunkt eine größere Rolle spielt. Dieser Fokus hat seine Ursache zum einen darin, dass die neo-institutionalistische Organisationstheorie in den weiteren Kontext der interdisziplinären Organisationsforschung eingebettet ist (vgl. Hasse und Krücken 2009, mit Verweis auf Scott 2001; Walgenbach und Meyer 2008; Greenwood et al. 2008). Andererseits gibt es auch ein systematisches Argument für diese Perspektive: Gesellschaftshistorisch betrachtet wird mehr und mehr gesellschaftliche Handlungsfähigkeit durch und in Organisationen erzeugt.

Aus Sicht der neo-institutionalistischen Organisationstheorie bedeutet dies nicht, dass Organisationen zu einer Art „unabhängigen Variable“ der gesellschaftlichen Entwicklung werden. Im Gegenteil, die besondere Bedeutung von Organisationen für die moderne Gesellschaft hat nicht automatisch zur Folge, dass organisationale Handlungen und Entscheidungen das Ergebnis autonomer Wahl sind. Sie sind vielmehr gar nicht denkbar ohne den Rekurs auf ihre gesellschaftliche Umwelt und die dort vorherrschenden Regeln: „In diesem Sinne sind Organisationen – ebenso wie Individuen in der klassischen Institutionentheorie – eher als ‚abhängige Variable‘ der sie umgebenden Gesellschaft und ihrer Regeln zu verstehen“ (Hasse und Krücken 2009). Dieser Grundgedanke wurde vor allem in zwei mittlerweile klassischen Aufsätzen (Meyer und Rowan 1977; DiMaggio und Powell 1983) herausgearbeitet, die als Meilensteine der neo-institutionalistischen Organisationstheorie gelten. Ausgangspunkt bei Meyer und Rowan ist die an Max Weber anschließende Frage, *warum* Organisationen formal-rationale Strukturen – wie die Festlegung von Zuständigkeiten und Kommunikationswegen oder die Buch- und Aktenführung – herausbilden. Die naheliegende Vermutung ist, dass sie dies aus Effektivitäts- und Effizienzgründen tut. Die neo-institutionalistische Antwort lautet allerdings, dass es darum geht Legitimität in der gesellschaftlichen Umwelt der Organisation zu erzielen, und dass dafür gesellschaftlich institutionalisierten Vorstellungen entsprochen werden muss. Sogenannte Formalstrukturen

sind also vor allem nach außen gerichtet. In ihnen kommen gesellschaftliche Rationalitätserwartungen – von Meyer und Rowan als „Mythen“ bezeichnet – zum Ausdruck, diesen müssen Organisationen entsprechen, um ihr Überleben zu sichern. Hasse und Krücken weisen darauf hin, dass diese Erwartungskonformität eher äußerlich bleibt, beziehen sich hier aber auf *Formalstrukturen*. Sie gehen davon aus, dass diese die tatsächlichen Abläufe in der Organisation, also die *Aktivitätsstruktur*, nur sehr begrenzt anleiten und diese beiden Ebenen eher lose verbunden sind. Dies führt dazu, dass man es mit zwei Ebenen der organisationalen Wirklichkeit zu tun hat: „Während man sich auf der Ebene der Formalstrukturen an veränderte Umwelterwartungen rasch und geradezu rituell anpassen kann, findet auf der Ebene der Aktivitätsstruktur „business as usual“ statt“ (2008, S. 239). Entstehen sowie Überleben von Organisationen wird somit durch ihre gesellschaftliche Legitimität erklärt. Legitimität ist dann in diesem Falle die Konformität mit jenen „in der gesellschaftlichen Umwelt institutionalisierten Erwartungen“ (ebd.).

Die klassische Institutionentheorie weist hier durchaus Parallelen auf, hatte sich allerdings auf die gesellschaftliche Einbettung individueller Akteure konzentriert. Nach Ansicht der neo-institutionalistischen Organisationstheorie im Unterschied zu ihren ideengeschichtlichen Vorläuferinnen in Deutschland und den USA besteht die Möglichkeit gegenüber institutionellen Vorgaben auf Distanz zu gehen. Die nur lose Verbindung zwischen Formalstruktur und Aktivitätsstruktur ermöglicht in dieser Theorie Distanzierung und diese wiederum Freiheitsgrade. Institutionelle Vorgaben können lediglich symbolisch befolgt (in der Formalstruktur abgebildet) werden, ohne dass die Aktivitätsstruktur entsprechend geändert wird (ebd.). Entscheidend für die Existenz einer Institution ist im Neo-Institutionalismus zunächst die Existenz einer Formalstruktur, und diese kann verschiedene Ebenen durchlaufen. Der organisationssoziologische Neo-Institutionalismus, hier vertreten durch Tolbert und Zucker (1996), geht davon aus, dass jede Institution eine Entwicklung durchläuft, in der verschiedene Grade der Institutionalisierung zu unterscheiden sind. Während klassische administrative Ansätze Organisationen als Ganzheiten begriffen, die nach außen abgegrenzt sind und eine nach innen ausgeprägte Ordnung aufweisen, wenden sie sich den legitimatorischen Grundlagen jener formalen Struktur der Organisation zu und diese werden aus den Institutionen der umgebenden Gesellschaft abgeleitet. Aus dieser Perspektive werden Institutionen und Organisationen nach geteilten Vorstellungen oder Mythen darüber gebildet, wie rationales Handeln erfolgen könnte. Akteure können in dieser Theorie als gesellschaftlich geprägte Wesen begriffen werden, was, nebenbei bemerkt, Erklärungspotenzial auch für weniger rational anmutendes Handeln birgt (vgl. Bornwasser 2009, S. 62f.).

Vogel (2009) weitet diese Frage dahingehend aus, wie sich theoretische Konzepte in einer Population relativ gleichartiger Organisationen verbreiten, am Beispiel der Verbreitung von New Public Management Methoden in der deutschen Verwaltung. Dieses Beispiel ist hier nur eingeschränkt nutzbar. Im Fall der Psychosomatischen Medizin kann allerdings übertagen das

„Konzept Psychosomatik“ untersucht werden, welches sich in der Population der relativ gleichartigen Organisationen Universität(sklินิก) verbreitet hat.

Der Neo-Institutionalismus ist in diesem Fall nicht als einzige Theorie zum Thema Institutionalisierung nutzbar zu machen, ihm fehlt (anlagebedingt) ein Werkzeug, die zunächst verdeckten Mechanismen zu erhellen, die auch im Prozess der Theorieentwicklung Einfluss nehmen. So hat er sich, für diese Arbeit im weiteren Verlauf nicht unwichtig, weder durch das „Nadelöhr“ einer kritischen Gesellschaftstheorie gezwängt, noch misst er unbewussten Motiven der Akteure eine Bedeutung bei – lässt allerdings für eine Interpretation in beide Richtungen Raum.

Institutionen sind somit als „abhängige Variable“ der sie umgebenden Gesellschaft und ihrer Regeln zu verstehen. Dies gilt auch für Forschungseinrichtungen oder Kliniken. Da sie den äußeren Rationalitätserwartungen („Mythen“) entsprechen müssen, um ihr Überleben zu sichern, müssen sie sich diesen unterwerfen. Bezogen auf psychosomatische Institutionen wird dann die Frage interessant, welche (Rationalitäts)Erwartungen sich in Institution und institutionalisierter Theorie widerspiegeln. Ebenfalls im Neo-Institutionalismus angelegt ist die Möglichkeit des Auseinanderklaffens von Formal- und Aktivitätsstruktur, also gegenüber institutionellen Vorgaben auf Distanz zu gehen – in gewissem Grad lässt die Theorie also Spielraum für individuelles Handeln.

Tolbert und Zucker (1996, vgl. auch Bornewasser 2009, S. 64f.) unterteilen Institutionalisierungsprozesse dabei in drei Phasen; Habitualisierung, Objektivierung und Sedimentierung. Mit der Einteilung in diese Phasen können Institutionalisierungsprozesse strukturierter verstanden werden, ihnen liegt die Annahme zugrunde, dass sich jede Institution auch durch Legitimation „von außen“ verfestigt. Die Herausbildung psychosomatischer Institutionen in der Bundesrepublik wird anhand dieses Phasenmodells nachgezeichnet. So kann gezeigt werden, wie Entscheidungen, die Relevanz für die inhaltliche Ausrichtung der Psychosomatik hatten, zugleich die institutionelle Entwicklung beeinflussten indem sie einen Übergang von einer zur nächsten Phase markieren. Die Komponente der Habitualisierung beschreibt das Herausbilden einer neuen Problemlösung, was meiner Auffassung nach sowohl das Auftreten einer neuen Lösungsstrategie als auch ein neues Problembewusstsein bedeuten kann. In dieser Phase wird aufgezeigt, dass die jeweilige Maßnahme zu spezifischen Vorteilen führt. Während der Phase der Objektivierung gewinnt die habitualisierte Idee an Akzeptanz und sozialer Verbreitung. Überlegungen darüber, wie die Idee in geeignete Handlungsmuster und Formen gegossen werden kann, folgen. Nun setzt die Sedimentierung ein: „Aus der Idee ist ein soziales Faktum geworden, an dem man nicht mehr vorbei kommt“ (a. a. O., S. 65). Und dies schlägt sich in institutioneller Festschreibung nieder (Verordnungen, Gesetze, Richtlinien etc.).

Wenn Psychosomatische Medizin die Phase der Sedimentierung erreicht hat, was eine tatsächliche Institutionalisierung im Sinne der (relativen) Unabhängigkeit von einzelnen

Akteuren bedeutet, so impliziert dies in logischer Schlussfolgerung eine theoretische Festlegung. Eben die Unabhängigkeit vom einzelnen Akteur führt dazu, dass es theoretische Annahmen als Grundvoraussetzung geben muss, dass also Paradigmen herrschen. Die Institution verfestigt sich nach Vogel umso mehr, „je deutlicher sie ihre Erfolge in der Lösung jener Probleme demonstrieren kann, denen sie ihre Entstehung zu verdanken hat“ (Vogel 2009, S. 370). *Warum* nun in bestimmten Fällen die eine, in anderen Fällen die andere Lösung bevorzugt wurde, muss sicher im einzelnen Fall entschieden werden (ebenso ist es eine Definitionsfrage, wann welches Problem als „gelöst“ gilt). Der Neoinstitutionalismus macht unterstützende Faktoren im Institutionalisierungsprozess aus: geringe Opposition im organisationalen Feld, eine breite kulturelle Unterstützung auch von außerhalb dieses Feldes, sowie die aktive Unterstützung durch Interessengruppen. Aus dem Diskurs innerhalb der jeweiligen Organisationen im Zusammenhang mit den eben genannten Faktoren resultieren Entscheidungen, und aus diesen wiederum Handlungen, die den Institutionalisierungsprozess entweder vorantreiben oder blockieren. Somit kommt Vogel zu dem Schluss, dass Institutionen letztlich aus diesen Diskursen hervorgehen, was bedeutet, dass es vor allem die ‚Notwendigkeiten‘ mit Deutungsmacht sind, die sich begünstigend oder blockierend auswirken.

Bei der Betrachtung von Institutionen als Systemen, stößt man unweigerlich auf Niklas Luhmann, dessen Systemtheorie als Fortsetzung des radikalen Konstruktivismus in der Soziologie verstanden werden kann. Bruchstücke luhmannscher Theorie sollen hier der Vollständigkeit halber Erwähnung finden da sie den Blick für die Selbstreferenzialität von Systemen öffnen können, bilden allerdings nicht den Schwerpunkt des theoretischen Bezugsrahmens. Die Kontroverse zu den teils gegensätzlichen Theoriemodellen von Jürgen Habermas und Niklas Luhmann ist gut dokumentiert (Habermas et al. 1971). Zentraler Streitpunkt der Kontroverse war, inwieweit der Soziologie eine moralische Komponente zugehörig ist oder sie die Gesellschaft nur nach funktionalem Anspruch zu beschreiben hat. Für Luhmann ist ersteres nur auf Kosten des letzteren möglich. Ein Leitgedanke der Systemtheorie ist die These, dass die moderne Gesellschaft am besten durch das Prinzip ihrer Differenzierung gekennzeichnet wird, genauer durch funktionale Differenzierung. Die implizierten umstrittenen Folgethesen führt Luhmann selbst an: „Autonomie und Selbstregulierung der Funktionssysteme; scharfe, selbstproduzierte Abgrenzbarkeit; Fehlen jeglicher Möglichkeit zur Selbststeuerung der Gesamtgesellschaft (heute: Weltgesellschaft); Fehlen eines Zentrums oder einer Spitze als Bezugspunkt für semantische und Steuerungspraktische Orientierungen (Stichwort: Orientierungslosigkeit) und statt dessen: rekursive Vernetzung von Beobachtungen und Beschreibungen als Modus der sozialen Konstruktion“ (Luhmann 2009, S. 5). Mit Luhmann lässt sich aus soziologischer Perspektive argumentieren, dass Systeme ihre eigene Rationalität konstruieren und es in einer funktional differenzierten Gesellschaft eine zunehmende Zahl solcher Systeme gibt, die ab einem

bestimmten Punkt wiederum in die Gesellschaft zurückwirken, kritisch-theoretische Argumentation wiederum ist durch dieses Auseinanderfallen in Teilsysteme kaum möglich.

Interessant für die Entwicklung psychosomatischer Medizin ist die systemtheoretische Annahme, dass Organisationen „*keine* dinglichen Entitäten [sind], sondern Prozesse, die nur die Zeit überdauernd bestehen bleiben, wenn sie immer wieder aufs Neue realisiert, d.h. fortgesetzt, werden. Ihre Nichtveränderung ist also genauso wenig selbstverständlich wie ihre Veränderung, beides bedarf der Erklärung“ (Simon 2007, S. 16). Organisationen werden als autopoietische Systeme betrachtet, mit der Konsequenz, dass sie, wenn sie einmal das Licht der Welt erblickt haben, keinen Sinn ‚an sich‘ haben oder brauchen. Die Funktion des Verhaltens der Organisation, so zielgerichtet es auch scheinen mag, ist erst einmal nur Überleben:

„Nicht mehr und nicht weniger ist in der Organisationsform autopoietischer Prozesse *impliziert* – noch vor irgendwelchen bewussten Entscheidungen über Zwecke, denen sich die Organisation verschreiben könnte. Der Sinn des Lebens ist das Leben – das gilt auch für Organisationen. Das schließt natürlich nicht aus, dass sie sich Ziele suchen und z.B. Probleme lösen. Aber das ist dann Mittel zum Zweck des Überlebens. Wenn man Organisationen als Problemlösemittel betrachtet, so sind es vagabundierende Lösungen, auf der Suche nach passenden Problemen“ (a. a. O., S. 28).

Am Zustandekommen und Erhalt von Organisationen ist eine größere Zahl von Akteuren beteiligt, „die dies aufgrund ihrer *eigenen*, spezifischen Zwecke tun. Daher ist die Idee eines gemeinsamen, alle Beteiligten vereinenden Ziels illusorisch. Organisationen können zwar als Mittel zum Zweck verstanden werden, aber dann sind sie Mittel zu *unterschiedlichen*, oft konkurrierenden und manchmal sich sogar *gegenseitig ausschließenden* Zwecken“ (a. a. O., S. 30, Hervorh. i. O.). Die Eigenlogik der Organisation will die System-Umwelt-Unterscheidung aufrechterhalten und das langfristige Überleben der Organisation hängt davon ab, wie die Anpassungs- und Aushandlungsprozesse zwischen der Organisation und ihren Umwelten verlaufen. Es geht dabei nicht um „Wahrheitsfindung“ oder einen richtigen Weg (den gibt es in dieser Logik nicht), es geht ums Überleben: Zweckrationalität ist für die Organisation dann ein Mittel der Systemrationalität.

Sobald der Systembegriff anstelle der inneren Ordnung eines Ganzen seine Abgrenzung von einer Umwelt thematisiert, darauf weist Renate Mayntz hin, geraten andere Fragestellungen als in klassischer Differenzierungstheorie ins Blickfeld. Eine funktionalistische Existenzbegründung beliebiger sozialer Tatsachen fasst sie dabei als historisch nicht haltbar auf:

„Für ein kausal-genetisches Erkenntnisinteresse muß die Funktionalität realer Differenzierungsvorgänge eine empirische Frage bleiben; das aber verlangt einen theoretischen Ansatz, der das Augenmerk ausdrücklich darauf lenkt, daß in der gesellschaftlichen Entwicklung falsche Wege gewählt und auch bis zum bitteren Ende gegangen werden können, daß Chancen endgültig vertan und

selbst unabweisliche Bedürfnisse unter Umständen nicht erfüllt werden“
(Mayntz 1988, S. 16).

Das analytische Potenzial und die inneren Widersprüche in der Theorie sozialer Differenzierung findet sich bei Mayntz 1988 in Ausführlichkeit (a. a. O., besonders S. 11ff.), in dieser Argumentation interessiert der Funktionalismus sich generell weniger für die Ursachen struktureller Tatbestände als für deren problemlösende Qualitäten (a. a. O., S. 16). Wird ein spezialisiertes Teilsystem zunehmend ausdifferenziert und institutionell verfestigt, wird meist auch die Binnenstruktur komplexer und sobald diese „morphologische Beschaffenheit gesellschaftlicher Teilsysteme“ (a. a. O., S. 24) thematisiert wird, erweitert sich die Fragestellung. Die Binnenstruktur zu untersuchen bedeutet, auch nach den sozial Handelnden, individuellen und kollektiven Akteuren und den jeweiligen Beziehungen in der Systemumwelt zu fragen. In dieser Form tun Systemtheoretiker_innen das nicht, zumindest werden kaum allgemeine Aussagen über die Binnenstruktur von Funktionssystemen gemacht. Für kausal-genetische Fragestellungen über Strukturwandel und politische Steuerung erachtet Mayntz es dagegen als ausgesprochen sinnvoll, Strukturen als Akteurskonfigurationen zu beschreiben: „Die Art der Innendifferenzierung eines Teilsystems *konditioniert* zwar strukturelle Dynamiken, doch im Rahmen des so abgesteckten Möglichkeitsraums folgt die *Selektion* von Handlungen (und damit von Handlungseffekten) erst aus der jeweiligen Akteurskonstellation“ (ebd.). Unterschiedliche soziale Gebilde sind dabei unterschiedlich handlungsfähig und weisen unterschiedliche dynamische Merkmale auf, was für die Erklärung „strukturellen Wandels, die Möglichkeiten politischer Steuerung, die sektorale Selbstorganisation, das Entstehen von Reformblockaden, den Kampf um knappe gesellschaftliche Ressourcen usw.“ (a. a. O., S. 25) von entscheidender Bedeutung ist.

Die Beschreibung der Binnenstruktur von gesellschaftlichen Teilsystemen ist die Voraussetzung für einen Vergleich der gleichzeitig in einer Gesellschaft bestehenden Teilsysteme wie auch für die Identifikation von Veränderungen einzelner Teilsysteme im Zeitablauf. Im Rahmen einer funktionalistisch argumentierenden Systemtheorie werden diese Fragen kaum gestellt, die Verwendung des AGIL-Schemas²⁸ suggeriert nach Mayntz ganz im Gegenteil „die Gleichartigkeit und vielleicht sogar die Geschichtslosigkeit der großen gesellschaftlichen Teilsysteme.“ Demgegenüber nimmt sie an, „daß in der strukturellen Beschaffenheit der großen Teilsysteme einer Gesellschaft wichtige Gründe ihrer dynamischen Besonderheiten wie insbesondere auch der gesellschaftlichen Problemüberzeugung liegen“ (a. a. O., S. 26).

Die verschiedenen Typen gesellschaftlicher Teilsysteme verlangen je nach Erkenntnisinteresse offenbar verschiedene Erklärungsmodelle für ihre Entstehung. Thesenhaft zusammenfassen lässt sich Mayntz' Argumentation dahingehend, dass sich im Laufe der Entwicklung zur

²⁸ Dieses systemtheoretische Modell wurde von Talcott Parsons entwickelt und soll systematische jene Funktionen beschreiben, die jedes System zum Selbsterhalt erfüllen muss: Adaption (Anpassung), Goal Attainment (Zielverfolgung), Integration (Eingliederung), Latency (Aufrechterhaltung). Vgl. Parsons 1951.

(post)industriellen Gesellschaft die Eigenart der bereits bestehenden wie auch der neu entstehenden Teilsysteme „generell in Richtung zunehmender *Leistungsbezüge*“ (a. a. O., S. 41) geändert hat – auch die Kommerzialisierung ist gewachsen. Diese Ebene sollte also bei jeder Analyse eines gesellschaftlichen Teilsystems mit bedacht werden und so findet sich die politisch-ökonomische Antwort auf die Frage nach den Gründen für Ausdifferenzierung doch auch in nunmehr „klassischer“ Differenzierungstheorie.

Rudolf Stichweh untersucht, angelehnt an die Überlegungen von Mayntz, die Differenzierung des Wissenschaftssystems (Stichweh 1988). Durch die Wiederholung des Prozesses der Systembildung im System werden hier stetig Subsysteme gebildet, wofür System/Umwelt-Differenzen entscheidend sind. Die orientierungsrelevante innerwissenschaftliche Umwelt erzeugt im Wesentlichen allerdings auch Forderungen: „Eine intern differenzierte Wissenschaft kennt mehr voneinander unabhängige Quellen der Innovation, und damit entsteht auch häufiger der Zwang zur Anpassung an andernorts vorfallendes wissenschaftliches Geschehen“ (a a O, S. 86). Stichweh geht davon aus, dass Wissenschaft dann die Form einer Organisation annimmt, wenn sie in einer Schule (oder Universität oder ähnliches) *gelehrt* wird und „Lehre ist nicht einfach Kontinuierung der Wissenschaft durch Weitergabe an die nächste Generation; sie hat zunächst einmal mit der *Erziehung von Personen* zu tun“ (a. a. O., S. 57, Hervorh. i. O.), wofür sich Religion, Politik und Adel keinesfalls weniger interessierten bzw. es noch tun. In der Universität sieht er bis in die Gegenwart „die wichtigste rollenförmige und organisatorische Infrastruktur der Wissenschaft“ (a. a. O., S. 62), macht aber auch wissenschaftliche Kommunikationszusammenhänge aus, die weder über Anwesenheit (Interaktionssysteme) oder Mitgliedschaft (Organisationen) bestimmt werden können, und zwar die ‚Scientific Communities‘ die besonders mit der Einführung von Fachzeitschriften an Bedeutung gewannen. Es sind somit sowohl die Interaktionssysteme und die Mitgliedschaften als auch die darüberhinausgehende Kommunikation in den scientific communities von Bedeutung für wissenschaftliche Diskurse.

Wie eingangs erwähnt, unterscheidet sich Institutionentheorie auch dahingehend, welche Bedeutung dem einzelnen Akteur oder der jeweiligen Organisation zugeschrieben wird. Stellt man nun die Frage, warum sich welche Wahrheit in diesem wissenschaftlichen System durchsetzt lässt sich vorwegnehmen, dass die Notwendigkeit der äußeren Legitimation, der Zwang zur Anpassung eines Systems auch hierfür entscheidend sein muss und sich durch die notwendige (und manchmal behäbige) Festschreibung in der Lehre langfristig stets jene ‚Wahrheit‘ institutionalisieren wird, die diesen Anpassungsprozess erfolgreich überstanden hat.

Eine exakte Bestimmung, was die Gewichtung von Einfluss des einzelnen Akteurs und der jeweiligen Institution betrifft kann meines Erachtens nicht allgemeingültig erfolgen. Neben der Existenz diverser, teils gegenläufiger, Rationalitäten stehen aus einer psychoanalytischen Perspektive ja auch noch diverse, teils gegenläufige Irrationalitäten. Organisationen, das stellt

Fritz B. Simon heraus, abstrahieren sowohl vom menschlichen Körper, als auch von vielen psychischen Fähigkeiten, Möglichkeiten und Bedürfnissen ihrer Mitglieder. Eine Theorie der Organisation ließe sich daher auch als Theorie der ‚Entfremdung‘ lesen („wenn dieser Begriff nicht so aus der Mode gekommen wäre“, Simon 2007, S. 123). Durch ein hohes Abstraktionsniveau sei es wiederum möglich, „eine psychologiefreie Theorie der Organisation zu formulieren“ (ebd.). Es ist logisch, dass mit steigendem Abstraktionsniveau der Einfluss jener psychischen Fähigkeiten auf die Organisation und ihre Abläufe sinkt, allerdings ist wissenschaftliche Wissens(re)produktion nicht ausschließlich daran gekoppelt, sondern hat mit Stichweh zum einen mehrere Bühnen (bspw. unterschiedliche Publikationsorgane) und ist zum anderen durch den zugehörigen Forschungsprozess individuell ausgestaltbar und insofern neben den gegebenen institutionellen Bedingungen und Ressourcen hochgradig abhängig von Geist und Psyche der jeweiligen Akteure.

Aus einer psychoanalytischen Sicht, auf anderem Abstraktionsniveau als in einer Theorie der Organisation, stellt auch Simon fest, dass Organisationen vor allem eine narzisstische Herausforderung für ihre tatsächlichen oder potenziellen Mitglieder darstellen. Das Erfordernis der Einfügung in eine fremdbestimmte Ordnung sowie eigenes Handeln an ebenfalls fremdbestimmten Entscheidungsprämissen zu orientieren, führt zu einem Autonomieverlust. Dieser ist eine solche narzisstische Kränkung, dass es der Abspaltung bestimmter Emotionen bedarf um sie zu bewältigen, um eine persönliche „Indifferenzzone“ zu entwickeln und dies ist weitaus einfacher, wenn die Identifikation mit der Organisation möglich ist: „Dann kann die Mitgliedschaft als ‚Aufgehen‘ in einem größeren ‚Wir-Selbst‘ durchaus auch das individuelle Selbst narzisstisch aufblähen“ (a. a. O., S. 123f.). Das Versprechen eines Größenselbst, Simon bezeichnet es als ein „Aufpumpen des eigenen Egos“, ist die andere Seite der drohenden narzisstischen Kränkung. Organisationen bieten somit scheinbar die Chance, den eigenen Größenwahn zu realisieren und die Leistung der koordinierten Arbeit ihrer Mitglieder sich selbst zuzurechnen, wofür allerdings besagte Identifikation notwendig ist.

Auch Kühl (2011) geht in seiner Einführung zu Organisationen davon aus, dass Organisationen nicht nur eine Schauseite nach außen, sondern auch eine nach innen haben. In diesem Zusammenhang würde das bedeuten, dass sowohl die ‚Manipulation‘ der einzelnen Mitglieder auf bestimmte als besonders funktional empfundene Ziele als auch die Schließung disfunktionaler Freiräume zur Aufgabe der Organisation gehören. Dies wird möglich durch die Produktion eines von den realen Vorgängen möglichst unabhängigen Identifikationspotenzials mit der Organisation – was auch eine Rationalisierung der Steuerung von unbewussten Ebenen innerhalb der Organisation unter der Prämisse nicht reflexiv zugänglicher Ziele bedeuten würde. Durch eine somit nicht-rationale Rationalisierung nach innen schließen sich reflektierte Möglichkeiten der Veränderung. Auch wissenschaftliche Organisationen bringen aus dieser Perspektive strukturell bedingt Dogmen hervor, die sich gegen Reflexion sperren und lediglich

an ihrer Repräsentativität und Vermittelbarkeit nach außen sowie ihrer personell unabhängigen Reproduktion nach innen gemessen werden, nicht aber an ihrer Funktionalität.

Für den Institutionalisierungsprozess der Psychosomatik lassen sich aus diesen Überlegungen nun einige zentrale Punkte extrahieren: Die psychosomatische Institution ist in starkem Maße abhängig von ihrer Umgebung, was auch auf die theoretischen Grundannahmen Einfluss nehmen muss. Sie existiert, Mayntz sowie Hasse und Krücke folgend, nicht als unabhängiges Teilsystem. Die Bedeutung einzelner Akteure nimmt dabei tendenziell mit Verfestigung der Institution ab und die Bedeutung (oftmals stillschweigend) vorausgesetzter Grundannahmen zu, wobei stets den äußeren Rationalitätserwartungen, den ‚Mythen‘, entsprochen werden muss. Auf die berechtigte Frage nach kollektiven Irrationalitäten oder dergleichen haben diese Theorien allerdings keine Antwort, wobei Simon zumindest jenes ‚Aufpumpen des eigenen Egos‘ benennt, wofür die Identifikation mit der jeweiligen Organisation notwendig ist. Über die kritische Auseinandersetzung mit den äußeren Rationalitätserwartungen kann sich diesen möglichen Irrationalitäten allerdings angenähert werden. Zudem sind, besonders in einem Gesundheitssystem unter Austeritätsregime, immer Verteilungskämpfe mitzudenken. Die Institution ist dabei nicht als zementiertes ‚Gebäude‘ zu begreifen, im Wissenschaftsbereich sind besonders die ‚Scientific Communities‘ für den Diskurs um Theorieentwicklung bedeutsam. Diesem Aspekt wird in Kapitel 6 besondere Beachtung entgegengebracht, an dieser Stelle ist entscheidend festzuhalten, dass die in einer wissenschaftlichen Institution produzierten ‚Wahrheiten‘ stets dem Paradigma der Institution gehorchen müssen, um Legitimation zu erfahren. Da die Psychosomatik einst als Gegendiskurs zu den herrschenden ‚Rationalitätserwartungen‘ angetreten war, steht zu vermuten, dass eine Anpassung stattfand – die Details und das Ausmaß sind hier von Bedeutung und diese werden im Folgenden, angelehnt an die Phaseneinteilung von Tolbert und Zucker unter Berücksichtigung der oben genannten zentralen Punkte, herausgearbeitet.

5.3 Institutionelle Pionierleistungen

Bereits in den ersten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts fanden erste Institutionalisierungsbestrebungen psychoanalytischer Psychosomatik statt, auch über theoretische Überlegungen und Mitgliedschaften in verschiedenen Vereinigungen hinaus. Der Zweite Weltkrieg bedeutete hier nahezu absolute Zäsur. Diese institutionellen Pionierleistungen können daher nicht unmittelbar als ‚Vorläufer‘ der Entwicklung in der Bundesrepublik betrachtet werden, sie zeigen allerdings originelle und erfolgreiche Möglichkeiten auf, psychosomatische Medizin selbstverständlich in größerem Rahmen zu betreiben. Die erste Institution in der nachweislich und (mehr oder weniger) systematisch psychoanalytische Psychosomatik betrieben wurde ist Georg Groddecks Sanatorium auf der Marienhöhe.

5.3.1 *Das Sanatorium auf der Marienhöhe*

1900 eröffnete Groddeck in Baden-Baden ein in der Tradition Schweningers stehendes Privatsanatorium mit 15 Betten, durch die Popularität seines Lehrmeisters und dessen Kontakte hatte Groddecks Sanatorium schnell zahlungskräftige Kundschaft – die Bezahlung erfolgte nach individuellem Vermögen, es konnte auch vorkommen, dass Patient_innen gänzlich umsonst behandelt wurden, während das vermögendere Klientel durchaus ansehnliche Summen fließen lassen musste (vgl. Möhle 2010, S. 34f.). Das Sanatorium überstand den Ersten Weltkrieg, Groddeck wurde nicht eingezogen (vgl. Martynkewitz 1997, S. 262f.). Groddeck behandelte dort organische Erkrankungen, vornehmlich chronisch Kranke. Sein Erfolg gründete sich von Anfang an darauf, dass er fast ausschließlich schulmedizinisch atherapierte Patient_innen behandelte, bei denen er mit seiner radikal auf den Einzelfall zugeschnittenen Medizin erstaunliche Erfolge erzielte (vgl. Möhle 2010, S. 40f.). Er verordnete auf den ersten Blick nichts Außergewöhnliches: Bäder, Massagen, Diät. Dabei gab er seine Patient_innen jedoch nicht aus der Hand. Er nahm ihnen gegenüber eine alles andere als distanzierte Haltung ein, er präsentierte sich als aktiv eingreifende Person, dabei betrachtete er die Ärzteschaft gerade nicht als diejenigen, der die über die_den Patient_in hereinbrechende Krankheit bekämpfen sollte, vielmehr sollten die ohnehin von der Natur bereitgestellten Gesundungsprozesse unterstützt werden. Noch bevor er in Kontakt mit den Schriften Freuds geriet, war er selbst anhand einer Patientin auf die Bedeutung der kindlichen Sexualität für bestimmte Krankheitssymptome und die damit einhergehende Symbolik gestoßen, entscheidende therapeutische Aspekte der Arzt-Patient-Beziehung, unter anderem Übertragung und Widerstand, erkannte er selbst in der weiteren Behandlung, musste allerdings feststellen, dass diese Entdeckungen vor ihm schon jemand anders gemacht hatte (vgl. zu Groddecks ‚Fräulein G.‘ Danzer und Albrecht 1994, 230f.). Etwa 1916 lenkten sich seine Ideen durch das Eigenstudium von Freuds Werk zunehmend in die Richtung der Psychoanalyse (vgl. Möhle 2010, S. 36). Mit (finanziellen) Höhen und Tiefen, in härteren Zeiten unterstützt von dankbaren und wohlhabenden ehemaligen Klient_innen, überstand das Sanatorium mit zwischenzeitlichen Schließungen und zuletzt in prekärem finanziellem Zustand bis zu Groddecks Tod im Juni 1934 (vgl. Martynkewitz 1997). Groddecks methodischer Zugang zu seinen Patient_innen lässt sich dabei nicht in ein vermittelbares theoretisches System umsetzen, seine Zielsetzung war auch eine andere. Er wollte gar kein besseres theoretisches System entwickeln, sondern weniger Theorie, die dafür mehr und umfassendere Praxis ermöglichen sollte (vgl. Will 1984, S. 195).

5.3.2 *Die Poliklinik für psychoanalytische Behandlung nervöser Krankheiten*

Ein exponierter Vertreter der Reformer des Gesundheitswesens in der Weimarer Republik war Simmel. Er engagierte sich in den Bereichen Sozialmedizin, Gesundheitspolitik, Psychoanalyse und Psychosomatische Medizin, wollte therapeutische Hilfe auch für arme

Bevölkerungsschichten umgesetzt wissen und setzte sich für diesbezügliche Gesundheitsreformen ein. Er war bereits 1913 Gründungsmitglied des *Sozialdemokratischen Ärztevereins*, der 1924 in den *Verein sozialistischer Ärzte* umbenannt und 1933 aufgelöst wurde. Simmel gehörte bis zur Auflösung zum Vorstand. Die Aufmerksamkeit auf die Zusammenhänge von Massenelend und Krankheit zu legen war somit stets eines von Simmels Hauptanliegen (vgl. Staar 2016).

Zusammen mit Max Eitingon gründete Simmel 1920 die erste *Poliklinik für psychoanalytische Behandlung nervöser Krankheiten*. Freud hatte bereits 1918 in Budapest sowohl die geringe Zahl ausgebildeter Therapeut_innen als auch die bis dahin eingeschränkte Ausrichtung auf die wohlhabenden Oberschichten der Gesellschaft beklagt und zugleich ein Übermaß an allgemeinem neurotischen Elend auch in den breiten Volksschichten festgestellt (vgl. Pohl 2000, S. 241). Simmel nahm sich, eingebunden ins Berliner Psychoanalytische Institut, mit dieser Klinikgründung einer Verbesserung dieser Situation an – auch Freud sah als wichtige Aufgabe für die Zukunft die Einrichtung therapeutischer Anstalten sowohl im ambulanten als auch stationären Bereich und die Professionalisierung der psychoanalytischen Ausbildung von Ärzten und Laien (vgl. ebd. mit Verweis auf Freud 1919a). In besagter Poliklinik gab es die Möglichkeit der Gratisbehandlungen, Simmel betrachtet rückblickend als grundlegendes Ziel dieser Klinik „die psychoanalytische Behandlung gerade denen zugänglich zu machen, die an ihrer Neurose ganz besonders schwer infolge der gleichzeitig bestehenden wirtschaftlichen Not litten oder gerade infolge ihrer neurotischen (Simmel 1930, S. 132f.) Gehemmtheit ganz besonders der materiellen Verelendung preisgegeben waren“ (ebd.). Dass dies in einer Zeit „wirtschaftlichen Zusammenbruchs“ ein gewagtes Unternehmen war, war offenbar. Die Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen blieb aus und so musste die proletarische Klientel letztlich doch mehr und mehr den zahlungsfähigen Angehörigen der kleinbürgerlichen und bürgerlich-intellektuellen Schichten weichen. Die psychoanalytische Ausbildung wurde hier systematisiert und verbindlichen Richtlinien unterworfen, in der Poliklinik wurde letztlich der Grundstein für die internationalen und bis heute gültigen Ausbildungsregeln gelegt (Lehranalyse, theoretische Lehrgänge, kontrollierte Patientenbehandlung) (vgl. Pohl 2000, S. 242f.).

5.3.3 Das *Sanatorium Schloss Tegel*

Die Poliklinik, an und in der Simmel so intensiv mitgearbeitet hatte, nahm unter der Leitung von Eitingon eine positive Entwicklung. Simmels eigene Vision einer psychoanalytischen Patientenversorgung verwirklichte er 1927, mit der Psychoanalytischen Klinik *Sanatorium Schloß Tegel GmbH* eröffnete er am 10.04.1927 die erste psychosomatische Klinik der Welt, das erste Modell einer Integration psychosomatischer Versorgung in Klinik, Forschung und Ausbildung (vgl. Hermanns und Schultz-Venrath 1993). Im Gegensatz zu Groddecks Sanatorium war sie mit deutlich höherer Bettenzahl und festem, psychoanalytisch geschultem,

Pflegepersonal ausgestattet. Alle Versuche Simmels, Gelder für dieses Projekt zu generieren scheiterten trotz seines gewachsenen Einflusses als Vorsitzender der sich neu konstituierten Deutschen Psychoanalytischen Gesellschaft und des 1924 gegründeten Vereins Sozialistischer Ärzte. Der zuständige Berliner Staatsminister hatte die Gründung zwar begrüßt und Gelder in Aussicht gestellt, aber auch die Ablehnung durch die Medizinische Fakultät der Universität verhinderte dies, ebenso wurde die mögliche Integration in die Berliner Medizinische Universität abgelehnt.²⁹ Simmel blieb nichts anderes, als die Klinik als privates Geschäftsunternehmen gründen.

Die Klinik sollte die Möglichkeit eröffnen, auch Patient_innen zu behandeln, „die infolge der Schwere und Ausdehnung ihres neurotischen Symptombildes ambulant entweder gar nicht behandelt werden können, oder bei denen sich die ambulante Behandlung allein als unzureichend erweist“ (Simmel 1927, S. 245f.) Die Klinik sollte ein explizit psychosomatisches Gepräge haben, ein besonderer Schwerpunkt lag unter anderem auf hysterischen Erkrankungen, funktionellen Organstörungen, Störungen im Affekthaushalt (Regulationsstörungen des vegetativen Nervensystems, Stoffwechselstörungen, Dysfunktion der endokrinen Drüsentätigkeit) oder Persönlichkeiten mit allgemeiner Insuffizienz (nach Möhle nach heutiger Klassifikation am ehesten mit Burn-Out-Syndrom oder akuter Lebenskrise gleichzusetzen). In der Klinik sollte „eine nach psychoanalytischen Gesichtspunkten orientierte *systematische Psychotherapie organischer Krankheiten* ihre Stätte finden“ (Simmel 1928, S. 84, Hervorh. i. O.). Darüber hinaus wurden auch in klassischer Weise nicht-körperliche Psychoneurosen, sowie Süchte und Charakterfehlbildungen bei Kindern und Jugendlichen behandelt (die beiden letzteren spiegelten sein soziales Verständnis der Einrichtung wieder). Es wurden bei guter Auslastung 25-30 Patient_innen therapiert, neben den täglichen analytischen Einzelsitzungen waren Beschäftigungs- und Bädertherapie zentrale Elemente, die die Freisetzung von Phantasien und Assoziationen fördern sollten. Die gesamte Situation in der Klinik als Ganzes sollte ermöglichen, den neurotischen Prozess der Patient_innen zu reaktivieren – indem sie die zugrundeliegende Familiensituation widerspiegelte. So kam dem Personal ein besonderes Gewicht zu; unter der Leitung einer Hausmutter agierten psychoanalytisch ausgebildete Assistenten und psychoanalytisch geschultes Pflegepersonal. Der Hausmutter, den Therapeuten und den Mitpatienten kam eine Bedeutung im Sinne von Familienangehörigen zu, das Milieu war vollkommen auf die Analyse fixiert, das Pflegepersonal diente in diesem Prozess quasi als erweitertes Sinnesorgan des Analytikers und es fanden täglich Besprechungen statt, in denen behandelnde Analytiker und Pflegepersonal den Fortschritt jedes einzelnen Patienten besprachen: „Das Pflegepersonal wird fortlaufend allgemein psychoanalytisch wie über die speziellen Übertragungssituationen der Pflinglinge orientiert und ist gehalten, bei allem Takt sich vom Patienten nichts gefallen zu

²⁹ Der neu ernannte Direktor der Zweiten Medizinischen Klinik der Charité war Gustav von Bergmann, selbst Verfechter psychosomatischer Medizin und der Psychoanalyse gegenüber positiv eingestellt – er lehnte 1929 die Bitte um Unterstützung dennoch ab.

lassen und ihn immer und immer wieder, ohne persönliches Beleidigtsein, an den behandelnden Arzt zu verweisen“ (Simmel 1928, S. 91). Alle Beobachtungen sollten zu gegebener Zeit in der Analyse selbst mit verwandt werden, ein Novum welches in der Besonderheit der Kliniksituation wurzelte. In diesem klinischen Setting hatte jedes Agieren auch eine programmatische Bedeutung, es war für ihn ein allgegenwärtiges Phänomen, da sich körperliche Erkrankungen und asoziales Verhalten wechselseitig bedingen könnten und die körperliche Erkrankung quasi selbst ein ‚leibliches Agieren‘ darstellte (Hermanns und Schultz-Venrath 1993, S. 13).

Die „*Isolierung aus dem bisherigen Milieu*“ (Simmel 1928, S. 89, Hervorh. i. O.) war dabei wichtiger Faktor für die Produktivität der Analyse. Mit Bezug auf Freud sollte die Behandlung „im Stadium der Versagung“ durchgeführt werden, also gegen das Lustprinzip orientiert sein „und dem Kranken, fortschreitend mit der Aufdeckung seiner unbewußten Triebansprüche, den Genuß eines primären und sekundären Krankheitsgewinnes [benehmen]“ (ebd.). „Die *prinzipielle* Tendenz des analytischen Verfahrens“, so Simmel, „ist also auch in der Klinik vollständig gewahrt: Die Kur ist *gegen* das Lustprinzip orientiert, und zwar im strengsten Sinne der Freudschen Forderung gegen alle infantile Lust, die aus Ersatzbefriedigungen stammt. Die Reallust am Leben aber lassen wir unangetastet, um unbewußte Schuldabbußen zu vermeiden“ (a. a. O., S. 92, Hervorh. i. O.).

Dies war auch Teil der Antwort Simmels auf ein zentrales theoretisches Gegenargument für eine psychoanalytisch ausgerichtete Klinik: „In der Klinik aber ist dem Patienten das wichtigste Gegenstück seiner Neurose, die Realität, gänzlich abgenommen. Soll darum die wichtigste Funktion der Analyse, die auf Realitätsanpassung hinzielt, nicht geleistet werden können?“ (a. a. O., S. 86). Dem war in Simmels Argumentation natürlich nicht so – die Klinik, so Simmel, könne dem Kranken ohnehin nichts nehmen, „was er *von selbst* längst aufgegeben hat: das Leben in der *realen* Gegenwart“ (ebd., Hervorh. i. O.). Um die analytisch-therapeutischen Korrekturen auch in der Realität außerhalb der Klinik integrieren zu können, wurden die Patient_innen in Abschnitten der Behandlung für Tage oder Wochen in Familie und/oder Beruf entlassen und nach dem Klinikaufenthalt in der Ambulanz weiterversorgt.

Simmel fasste die Erkrankungen seiner Patient_innen als das Exponent einer „Kollektivneurose“ auf, womit er „ein innovatives Konzept eines gewissermaßen frühen familiendynamischen Krankheitsmodells“ vertrat (Möhle 2010, S. 102). Die Personen des familiären Umfeldes haben demnach „aus homologer Komplexbedingtheit oder in Reaktion auf den unbewussten Inhalt eines sich jahrelang auswirkenden Symptombildes eine, wenn auch latente, Komplementärneurose entwickelt“ (Simmel 1928, S. 84).

Er benennt einen „negativ-therapeutischen Effekt“, „und zwar bei den Anderen [...] als Reaktion auf Heilvorgänge bei dem in unserer ambulanten Behandlung stehenden Patienten. Solche Angehörigen werden sich auf Grund ihres überwertigen Schuld- bzw. Mitschuldgefühls nicht genug darin tun können, die Psychoanalyse ihres leidenden Familienmitgliedes unter allen möglichen und

unmöglichen Vorwänden zu stören; denn sie haben in Wirklichkeit Angst vor seiner Gesundheit“ (a. a. O., S. 85).

In diesem Zusammenhang spricht Simmel von notwendiger „psychischer Diätetik“, die den Patienten vor Reizen aus dessen Innenleben schützen sollte, die durch das persönliche Umfeld provoziert werden könnten. Der Kontakt zum persönlichen Umfeld fand entweder gar nicht oder stark eingeschränkt statt (vgl. Möhle 2010, S. 102). Simmel war in seinem therapeutischen Setting, wohl stark bedingt durch die Kriegserfahrungen, flexibel und innovativ, was der Entwicklung und Umsetzung dieses völlig neuartigen Konzeptes sicherlich förderlich war, zudem hatte Simmel in der Poliklinik Erfahrungen mit modernster psychoanalytischer Therapie sammeln können. Die Grenzen der klassischen Psychoanalyse dabei zu wahren war ihm dabei stetes Anliegen. Auf dem Boden dieser Erfahrungen war es ihm möglich, ein individuelles stationäres Konzept zur Patientenversorgung zu entwickeln, welches abhängig vom individuellen Bedarf zwischen Kurzzeitbehandlungstechniken und kompletter psychoanalytischer Langzeitbehandlung erstreckte. So konnte die Analyse den Bedingungen angepasst, beispielsweise das Tempo der Analyse gemildert werden, „namentlich auch, um passagere Organerkrankungen, die ich einigemal als Resultat eines (negativen) Übertragungswiderstandes beobachten konnte, zu vermeiden“ (Simmel 1929, S. 98).

Im Ganzen betrachtet, das merkt auch Möhle an, stellte sich diese Behandlungsweise als sehr erfolgreich dar, Staar betrachtet Simmels Konzept der stationären psychoanalytischen Behandlung als einen Vorläufer der Milieuthérapie (vgl. Staar 2016, S. 113-133). Durch die Besonderheit der Klinik wurden großteils schwer gestörte Patient_innen aufgenommen: „... wir tragen hier eine viel höhere Verantwortung für das Allgemeinverhalten unserer Patienten als in der Ambulanz. Die Krankheit *unserer* Neurotiker ist gefährlicher, die Selbstmordgefahr meist eine ernstere“ (Simmel 1928, S. 93). Die Patient_innen verblieben komplett ohne Bewachung und abgeschlossene Türen in der Klinik, gehalten durch jene „innere Fesselung, die das Band der *Übertragung* bietet“ (ebd., Hervorh. i. O.). Es gab in der Klinik dennoch keine schlimmeren Zwischenfälle und sie hatte großen therapeutischen Erfolg. Der Anwendung der psychoanalytischen Methode auf organische Erkrankungen, der in Tegel ja besondere Beachtung geschenkt wurde, stand auch Freud ausgesprochen positiv gegenüber, der dort gern gesehener Gast war (vor allem der Ruhe und schönen Umgebung wegen) (vgl. Simmel 1937, S. 174).

Infolge der Weltwirtschaftskrise musste das Sanatorium 1931 geschlossen werden, trotz von Freud unterzeichnetem privaten Spendenaufruf und bester Belegung der Klinik. Es existierte nur 4 ½ Jahre lang und wurde, so Simmel rückblickend, „die ganze Zeit über durch die fortschreitende politische Zerstörung Deutschlands stark behindert“ (a. a. O., S. 166). Simmel nennt es eine „schmerzhaft Notwendigkeit“ (ebd.), das Sanatorium letztlich im Herbst 1931 zu schließen.

In der kurzen Zeit bis zu seiner Emigration wendete Simmel seine Erfahrungen noch im Sanatorium Westend unter Georg Schlomer auf einer eigenen psychoanalytischen Station an, auch seine ehemaligen Assistenten kamen hier unter. Das Klinik-Konzept überlebte zunächst in den USA, Anfang der 1930er-Jahre übernahm dort Carl Friedrich Menninger, ehemals Lehranalytiker von Franz Alexander, eine psychiatrische Klinik in Topeka/Kansas. Dort wurden sowohl Einzel- als auch Gruppentherapien durchgeführt, Simmel, der bereits im Vorfeld als Mitarbeiter angefragt wurde, dies allerdings ablehnte, war bei einem Besuch Mitte der 1930er-Jahre begeistert von Konzept und Durchführung:

„Das, was ich hatte entwickeln wollen, konnte ich dort sehen – eine echte, systematische, klinische Psychotherapie auf psychoanalytischer Basis –, ja mehr als das, ich fand sogar verwirklicht, was ich immer für die höchste Errungenschaft einer psychoanalytischen Klinik gehalten hatte, nämlich eine spezielle Abteilung für schwergestörte Kinder. [...] Ich denke, daß es eine besondere Genugtuung für Freud bedeuten würde, wenn er hören könnte, wie hier der praktizierende Psychoanalytiker, der Internist, der Neurologe, ja sogar der Bakteriologe und der Pathologe zusammen die Triebstruktur der Fälle diskutieren und versuchen, sie im Zusammenhang mit den Problemen von Angst und Schuld, von Eros und Destruktionstrieb zu verstehen“ (a. a. O., S. 167).

Zudem war er angetan von der weit fortgeschrittenen Kategorisierung und den entsprechenden Versuchen, Handlungsanweisungen für das Personal zu standardisieren. Dieses Konzept der Menninger-Klinik ‚reimportierte‘ Günter Ammon mit dem Konzept der dynamischen Psychiatrie. Eine in dieser Tradition stehende Klinik ist beispielsweise die *Klinik Mengerschwaige* in Bayern. Diese Klinik wurde 1979 als Fachkrankenhaus für stationäre Psychiatrie, Psychotherapie und Psychoanalyse von Ammon und seinen Mitarbeiter_innen gegründet und 1980 mit 56 Betten in den Krankenhausbedarfsplan des Freistaates Bayern aufgenommen, seither übernehmen die gesetzlichen und privaten Krankenkassen die Behandlungskosten. Im Fokus des Behandlungskonzeptes stehen das Gruppenkonzept und die Milieutherapie. Bemerkenswert ist die auch 2019 klar artikulierte Zentrierung auf den unbewussten Konflikt: „Damit unsere PatientInnen neue und konstruktive Lösungen finden, bedarf es der Bewusstwerdung und Einsicht in die bisherige Lebensgeschichte mit ihrer unbewussten Konflikt- und Beziehungsdynamik“ (Klinik Mengerschwaige 2019). Gesellschaftskritische Überlegungen finden sich in der Selbstdarstellung nicht. Da diese Klinik keine universitäre Einrichtung ist, wird sie in der folgenden Analyse des Institutionalisierungsprozesses nicht mehr eingehend diskutiert, ihre Existenz mag aber bereits hier darauf verweisen, dass ein solcher Behandlungsschwerpunkt durchaus noch möglich ist.

5.4 Die Erkenntnis des Problems (Habitualisierung)

Orientiert an den von Tolbert und Zucker (1996) herausgearbeiteten Phasen von Institutionalisierungsprozessen, setzte die Habitualisierung Psychosomatischer Medizin (erneut) nach dem Zweiten Weltkrieg ein. Die Bemühungen und Erkenntnisse aus den

Jahrzehnten zuvor waren nicht mehr präsent im Nachkriegsdeutschland, die ersten psychoanalytisch-psychosomatischen Kliniken hatten den Krieg nicht überdauert. Psychosomatische Krankheitsbehandlung bekamen in der Nachkriegszeit neues Gewicht und exponierte Fürsprecher_innen.

5.4.1 Psychoanalyse in Berlin

Am 14.05.1945, zwölf Tage nach der Kapitulation der Stadt und sechs Tage nach dem offiziellen Kriegsende wurde in Berlin das *Institut für Psychopathologie und Psychotherapie* neu gegründet, nachfolgend dem vollkommen zerstörten *Deutschen Institut für Psychologische Forschung und Psychotherapie*. Möhle betrachtet dies als Ausgangspunkt für eine Entwicklung, die Deutschland innerhalb von 25 Jahren in eine Vorbildrolle im Bereich der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie bringen sollte (vgl. Möhle 2010, S. 139). Die psychoanalytische Patientenversorgung direkt nach Kriegsende in Berlin, mit einer basalen psychosomatischen Infrastruktur, wurde dadurch ermöglicht, dass eine psychoanalytische Gruppe erhalten geblieben war. Diese war in den sieben Jahren zuvor strukturell an jenes *Deutsche Institut für Psychologische Forschung und Psychotherapie* assimiliert gewesen und hatte sich den politischen Gegebenheiten angepasst (vgl. Abschnitt 3.5). Es war also eine Gruppe erfahrener Analytiker_innen erhalten geblieben, die Aufbau und Ausbildung einer Nachwuchsgeneration in Angriff nehmen konnte. Diese Entwicklung soll hier nur angerissen und die Entwicklung an den Universitäten, eng verbunden mit dem Namen Alexander Mitscherlich, etwas ausführlicher behandelt werden (vgl. für die Ausführungen zur Entwicklung in Berlin Möhle 2010, S. 139ff.).

Es war vor allem Harald Schultz-Hencke, der die Jahre am *Deutschen Institut für psychologische Forschung und Psychotherapie* (DIPFP) (vgl. Abschnitt 3.5) geprägt hatte und in der unmittelbaren Nachkriegszeit großen Einfluss ausübte. Mit Werner Kemper, der die Poliklinik des DIPFP in den letzten Kriegsjahren geleitet hatte und Führer der freudianischen Fraktion war, war er auch verantwortlich für die Gründung des neuen Instituts.³⁰ Im neuen *Institut für Psychopathologie und Psychotherapie* waren neben der neoanalytischen Gruppe um Schultz-Hencke ganz selbstverständlich auch freudianisch orientierte Mitarbeiter tätig, auch Müller-Braunschweig und Felix Boehm.³¹ Etwa ein dreiviertel Jahr herrschte provisorischer und unbezahlter Betrieb bis die *Versicherungsanstalt Berlin* (Die

³⁰ Schultz-Hencke war am noch selbstständigen Berliner Psychoanalytischen Institut die Lehrerlaubnis aufgrund seines von der klassischen Psychoanalyse zu sehr abweichenden Standpunktes wieder entzogen worden. Am DIPFP konnte er seinen eigenen Ansichten dann voll entwickeln, zumal dort eine starke freudianisch-psychoanalytische Opposition fehlte. Deren Protagonisten wiederum, Müller-Braunschweig und Böhm, hatten Lehrverbot erhalten. Schultz-Henckes „neopschoanalytischer“ Standpunkt wurde von ihm selbst als eine Präzisierung der klassischen Psychoanalyse verstanden und der wichtigste psychosomatische Aspekt war ein Spezifitätsmodell der Symptomenentstehung, bezogen auf die Bewältigung der frühkindlichen Entwicklungsphasen, ähnlich jenem, welches Franz Alexander in den USA für intrapsychische Konflikte entwickelt hatte.

³¹ Zu möglichen rassistischen Vorurteilen Boehms vgl. Peglau 2013, S. 444f.

Einheitsversicherung der Stadt Berlin in der Nachkriegszeit) die Einrichtung übernahm, im Frühjahr 1946. Sie hieß nun *Zentralinstitut für psychogene Erkrankungen* und konnte, als Versicherungsleistung, Psychotherapie in größerem Maßstab der Bevölkerung zugänglich machen. Direktor dieser Poliklinik wurde Kemper, Leiter der wissenschaftlichen Abteilung einschließlich Prophylaxe Schultz-Hencke. Somit hatte er die nicht unwichtige Aufgabe der katamnesticen Untersuchungen am wachsenden Patientenmaterial. Daraus sollten diagnostische und prognostische Kriterien erarbeitet werden, um die Psychotherapie auf eine empirische Basis zu stellen – kurzfristig vor allem entscheidend für die Existenzberechtigung des Instituts, besonders da die Finanzmittel in der Nachkriegszeit knapp waren. 1946 war auch die DPG wieder gegründet und kurz darauf ein unabhängiges Ausbildungsinstitut (*Institut für Psychotherapie*) begründet worden, welches gleichzeitig die Berufsinteressen der tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapeut_innen vertreten sollte. Nach personeller Fluktuation wurde Schultz-Hencke die Leitung beider Institute angetragen. Bis 1949 arbeiteten alle vertretenen Gruppen zusammen, dann kam es zum Eklat und dessen Folgen beeinflussen die Psychoanalyse in Deutschland bis heute. Wenn sie sich auch nicht unmittelbar auf die Entwicklung innerhalb der Psychosomatik als ausdifferenzierte Disziplin beziehen, sind sie für die Psychoanalyse als entscheidende Grundlage doch erheblich. Auf dem *Internationalen Psychoanalytischen Kongress* in Zürich hielt Schultz-Hencke einen Vortrag, in dem er seine Neoanalyse erörterte, dieser war mit allen Berliner tiefenpsychologischen Gruppen abgestimmt. Das daran anschließende, Schultz-Hencke als Abweichler stark kritisierende, Referat von Müller-Braunschweig hatte dieser ohne das Wissen der DPG direkt bei der *International Psychoanalytic Association* (IPA) angemeldet. Die beantragte Aufnahme der DPG in die IPA wurde in der Folge abgelehnt und der Streit zwischen den beiden Protagonisten setzte sich fort, 1950 verließ Müller-Braunschweig die DPG mit sieben weiteren Mitgliedern, der Großteil der Analytiker_innen verblieb dort (14 auswärtige und elf Berliner Mitglieder). Die *Deutsche Psychoanalytische Vereinigung* (DPV) war bereits zum Zeitpunkt des Austritts inoffiziell gegründet worden, wobei es besonders am *Zentralinstitut für psychogene Erkrankungen* weiterhin personelle Überschneidungen gab. Die DPV wurde 1951 in die IPA aufgenommen, der Antrag der DPG erneut abgelehnt. Schultz-Hencke verstarb unerwartet 1953. Die von ihm eingeführten katamnesticen Untersuchungen sollten langfristig den Institutionalisierungsprozess der Psychoanalyse stabilisieren, sie sicherten der analytischen Psychotherapie die Einführung als Kassenleistung in das Versicherungssystem der BRD. Seine neopsychoanalytische Richtung hat allerdings weder internationalen Stellenwert erreicht, noch Bedeutung für die heutige Psychoanalyse – die Spaltung der beiden psychoanalytischen Gesellschaften hält bis heute an (vgl. Möhle 2010, S. 142). Schultz-Henckes Zentralinstitut wurde 1958 von der Allgemeinen Ortskrankenkasse übernommen und unter dem Namen *Institut für psychogene Erkrankungen der AOK* geführt. Die Leitung übernahm ab 1965 Annemarie Dührssen. 1962 veröffentlichte sie die Studie *Katamnestiche Ergebnisse bei 1004 Patienten nach analytischer Psychotherapie* (Dührssen 1962) zudem andere, vergleichbare

Studien zusammen mit Eduard Jorswieck. Der hier im großen Rahmen nachgewiesene therapeutische Nutzen der Psychoanalyse schuf das Fundament für die Einführung der analytischen Psychotherapie in die gesetzliche Krankenversicherung im gesamten Bundesgebiet (1968), nachdem bereits 1957 die Zusatzbezeichnung *Psychotherapie* in die ärztliche Weiterbildung eingeführt worden war. Das entsprechende Schema der Untersuchungen und Gutachten fußte auf den Diagnose- und Prognose-Kriterien des ehemaligen *Zentralinstituts für psychogene Erkrankungen*. Die Ersatzkassen schlossen sich Anfang der 1970er-Jahre an. Diese Entwicklungen in Berlin und auch die inhaltlichen Arbeitsschwerpunkte der Protagonist_innen trugen somit entscheidend zu diesem Schritt bei, der natürlich enorme Ressourcen zur Verfügung stellte.

Neben den Eröffnungen privater psychoanalytisch orientierter Institutionen, in Berlin dem Vorläufer der *Wiegmann-Klinik* im Herbst 1948 und dem *Landeskrankenhaus Tiefenbrunn* im Göttinger Raum 1949 (vgl. genauer Möhle, S. 143) war die wesentlichste Neugründung in diesen Nachkriegsjahren die der ersten psychosomatischen Klinik an einer Universität in Heidelberg.

5.4.2 Psychosomatische Medizin in Heidelberg

Mit der Psychosomatischen Klinik in Heidelberg begründete Alexander Mitscherlich eine Institution, die von der Berliner Psychoanalyse gänzlich unabhängig war und aus der Tradition der Heidelberger Internistenschule erwuchs, die seit Ludolf von Krehl zu Beginn des zwanzigsten Jahrhunderts psychosomatisch orientiert war und sich bemühte, das Subjekt im Patienten zu erkennen. Von Weizsäckers medizinische Anthropologie mit psychoanalytischem Einfluss (siehe Abschnitt 4.6) hatte diese Schule quasi berühmt gemacht. Mitscherlich hatte seit 1938 sein Medizinstudium bei ihm fortgesetzt und nach dem Krieg hatten Mitscherlich und von Weizsäcker sowohl persönlich als auch beruflich regen Kontakt in der psychosomatisch-anthropologischen *Abteilung für Allgemeine Klinische Medizin* der internistischen *Ludolf-Krehl-Klinik* (vgl. auch Möhle, S. 143f.). Die Idee für ein eigenständiges, psychoanalytisch orientiertes Institut für Psychotherapie an einer Universität wurde hier geboren.

Die Wiedereröffnung der Heidelberger Universität fiel in denselben Zeitraum wie Mitscherlichs Begleitung des Nürnberger Ärzteprozesses (vgl. Abschnitt 4.7). Mitscherlichs hier scharf geäußerte Kritik an der Anpassung der Medizin an das nationalsozialistische System bis hin zu Folter und Mord ist grundlegend für spätere psychoanalytische, sozialpsychologische und psychosomatische Überlegungen. Am 3. Mai 1946, zwei Monate nachdem sein Habilitationsverfahren abgeschlossen war, schlug Mitscherlich der medizinischen Fakultät vor, ein Institut für Psychotherapie zu errichten. Von Weizsäcker hatte bereits beim Kultusministerium vorgefühlt und Mitscherlich sich der Unterstützung einiger Professoren versichert. Die Stellungnahmen innerhalb der Fakultät waren mehrheitlich positiv. Kurt Schneider, der Inhaber des Lehrstuhls für Psychiatrie, lehnte den Vorschlag allerdings ab. Er

wollte keine Psychoanalyse an der Universität haben und fürchtete um sein eigenes Forschungsfeld. Zur Klärung der Einzelheiten wurde ein Ausschuss eingesetzt, dem auch von Weizsäcker angehörte, der sich in einer Stellungnahme beim Dekan für Mitscherlich einsetzte und die historische Bedeutung der Entscheidung der Fakultät betonte: Die Einverleibung der Psychotherapie könne der Beginn einer neuen Epoche werden (vgl. Benzenhöfer 2007). Fakultät und Senat konnten keine Einigung erzielen, Karl Jaspers wurde um ein Gutachten gebeten. Dieses war entscheidend. Jaspers lehnte die Psychoanalyse strikt ab, einen Wirkungsraum für Mitscherlich befürwortete er allerdings, Jaspers machte einen Kompromissvorschlag. Die Fakultät beschloss am 3. Oktober 1946 die Einrichtung einer *Abteilung für Allgemeine Medizin*, die an von Weizsäckers Lehrstuhl angegliedert wurde (vgl. Dehli 2007 S. 219; Benzenhöfer 2007 S. 195f.) Vom Beschluss bis zum Arbeitsbeginn verstrichen allerdings über zwei Jahre.

Mitscherlich empfand sich selbst als von Feinden umstellt, Gegner seiner Bemühungen seien vor allem die Ordinarien der Universität gewesen. In seiner Autobiographie schreibt er, er habe sich auch nach der Gründung 1950 in einer Außenseiterposition befunden. Lohmann übernimmt diese Interpretation und stellt fest, dass ein Zusammenhang zur Berichterstattung über den Ärzteprozess „nicht völlig von der Hand zu weisen“ sei (Mitscherlich 1980, S. 134; Freimüller 2007, S. 134; Lohmann 1987, S. 69). In dieser Berichterstattung hatte Mitscherlich ja, zunächst gemeinsam mit Mielke, scharf herausgestellt, was die Medizin als affirmative Wissenschaft anzurichten vermag und wie sie sich vollkommen unkritisch missbrauchen ließ: „Die Fülle der Zeugnisse unserer Zeit, nicht nur der Dokumente dieses Prozesses, beweist dem, der sehen will, zur Genüge, daß ein bedenklicher Grad von mitmenschlicher Fühllosigkeit und von selbstverlorenem Egoismus gerade unter dem Deckmantel exakter, objektiver Forschung in der Medizin erreicht wurde, und daß es nur noch eines bestimmten Maßes von äußerer Zumutung bedurfte, damit das Verhängnis, kaum irgendwo wirkungsvoll aufgehalten, seinen Lauf nehmen konnte“ (Mitscherlich und Mielke 1947b, S. 172). Wie bereits in Abschnitt 4.7 diskutiert, hatten Mitscherlich und Mielke sich mit dieser Berichterstattung innerhalb der ärztlichen Zunft wenig Freunde gemacht und viele auch im Nationalsozialismus verstrickte Ärzte waren an die Universitäten zurückgekehrt.

Die Gründung der psychosomatischen Klinik kann allerdings auch und gerade vor diesem Hintergrund als Erfolgsgeschichte interpretiert werden, Freimüller ist der Ansicht, dass bis 1946 „von einer systematischen Benachteiligung Mitscherlichs in Heidelberg keine Rede sein“ kann (Freimüller 2007, S. 143). Mitscherlich hatte als junger Privatdozent eine eigene Abteilung genehmigt bekommen, ein Jahr nachdem er seine erste Denkschrift abgefasst hatte. Die Universität Heidelberg befand sich zudem in einer finanziell ungünstigen Lage (vgl. Henkelmann 1992, S. 183). Die tatsächliche Institutsgründung verzögerte sich allerdings enorm, was unter anderem daran lag, dass die Bauarbeiten in den vorgesehenen Räumlichkeiten sich sehr in die Länge zogen. Auffällig ist, dass diese Verzögerung parallel

zum Erscheinen von *Das Diktat der Menschenverachtung* einsetzte (Frühjahr 1947). Kurt Schneider war zudem inzwischen zum Dekan der Medizinischen Fakultät gewählt worden (Freimüller 2007, S. 144). Im Winter 1948/49 war die Finanzierungsfrage das entscheidende Hindernis, betreffend der Räumlichkeiten zeichnete sich langsam eine Lösung ab. Erst als Carlo Schmid, Staatsminister im württembergischen Kultusministerium, sich einschaltete, wurde in Heidelberg der Weg für die Klinikgründung frei. Mitscherlich hatte ihn über die Verschleppung informiert, woraufhin Schmid einen scharfen Brief an den Heidelberger Rektor Geiler verfasste („Ich möchte nicht verfehlen, darauf hinzuweisen, daß Herr Dr. Mitscherlich einer der wenigen Dozenten ist, denen ihre Haltung im Dritten Reich Gefängnisstrafen eingebracht hat.“) Der Rektor stellte Bauer (den Dekan der medizinischen Fakultät) zur Rede. Binnen weniger Monate standen Gelder und Räume zur Verfügung. Zum Sommersemester 1949 nahm Mitscherlich seine Lehrtätigkeit auf. Die neue Abteilung öffnete 1950, Mitscherlich und von Weizsäcker strebten sogleich die Expansion an, da die *Rockefeller-Stiftung*³² Gelder zur Verfügung gestellt hatte. Da sie sich direkt an das Kultusministerium wandten, fühlte die medizinische Fakultät sich übergangen und wies das Vorhaben zunächst zurück. Nach einigem Hin und Her trugen schließlich die *Notgemeinschaft der deutschen Wissenschaft* und die westdeutsche Ärztekammer neben der *Rockefeller-Stiftung* zur Komplementärfinanzierung bei. Mitscherlich stellte einen weiteren Antrag an das Kultusministerium, in dem er die Finanzierung durch diese drei Institutionen als Argument für einen weiteren Ausbau der Abteilung machte (vgl. Freimüller 2007, S. 145ff.). Er konnte seine Abteilung erweitern, 1953 waren dort außer Mitscherlich bereits elf wissenschaftliche Mitarbeiter beschäftigt, gegenüber vier zu Beginn. Zudem konnte er in Mannheim, mit Geldern der Stadt und amerikanischer Unterstützung, eine Außenstelle zur psychotherapeutischen Beratung von Kindern und Jugendlichen eröffnen (vgl. Dehli 2007, S. 221).

In Heidelberg standen Mitscherlich sechs Behandlungszimmer und sechs Betten zur Verfügung, die Abteilung funktionierte im Wesentlichen als Ambulanz. Über den gesamten Zeitraum der Therapie wurden die Patienten selten stationär aufgenommen, eher zu Beginn oder bei Rückfällen während der Behandlung. Es waren überwiegend körperliche Beschwerden und Organneurosen, an denen die Patienten litten, reine Psychoneurosen wurden selten behandelt. Therapieform war die Psychoanalyse, die Dauer der Behandlung variierte zwischen wenigen Monaten und mehreren Jahren. Ab 1958 wurden auch so genannte Fokaltherapien erprobt, Kurzbehandlungen, die eine analytische Durcharbeitung eines begrenzten Konfliktes zum Ziel haben (vgl. ebd.) „Im Rückblick“ so Freimüller, „scheint es, als habe er mit der Klinikgründung, bruchlos an seine wissenschaftliche Biographie anknüpfend, die Keimzelle einer modernen psychosomatischen Medizin in der Bundesrepublik gelegt“ (Freimüller 2007, S. 152). Mitscherlichs Interpretation – das Institut musste gegen eine

³² Mitscherlich stand in Verhandlungen mit der Rockefeller-Stiftung, die seit Herbst 1947 in Deutschland Möglichkeiten der Forschungsförderung sondierte und bereits vor dem Krieg in die sich in Heidelberg entwickelnde anthropologische Medizin investiert hatte.

feindliche Fakultät durchgesetzt werden – muss wohl differenziert werden. Die Ereignisse um den Nürnberger Ärzteprozess trugen sicherlich zu einer reservierten Haltung seitens Teilen der Fakultät gegenüber der Planung bei. Diese Planungen waren allerdings sehr weitgehend, zudem einer Wissenschaftsrichtung ohne Bewährungsprobe verpflichtet, so dass Widerstände nicht erstaunen.

Mitscherlichs ausgezeichnete Kontakte ins Ausland waren für die deutsche Psychoanalyse in diesem Prozess von großer Bedeutung. Er selbst, als aktiver Gegner des Nationalsozialismus, konnte seinen Nachwuchsanalytiker_innen den Weg zu und den Anschluss an eine internationale Psychoanalyse ebnen, die den (verbliebenen) Deutschen gegenüber aus nachvollziehbaren Gründen skeptisch eingestellt war. Wie alle seine wissenschaftspolitischen Projekte verfolgte Mitscherlich die Klinikgründung mit kämpferischem Einsatz. Eben solches Engagement brachte er der Gründung des *Sigmund-Freud-Instituts* (SFI) in Frankfurt entgegen. Wenn auch nicht unmittelbar für die universitäre Psychosomatik entscheidend, so ist dessen Gründung für die weitere Entwicklung der Psychoanalyse von Bedeutung und einige der in Kapitel 4 dieser Arbeit untersuchten Modellvorstellungen haben dort ihre Wurzeln.

5.4.3 Das Sigmund-Freud-Institut

Die Vorgeschichte des *Sigmund-Freud-Instituts* lässt sich bis ins Jahr 1952 zurückverfolgen. Das Arbeitsumfeld in Heidelberg ließ zu wünschen übrig: Mitscherlich fühlte sich im Kollegium isoliert, eine fruchtbare Zusammenarbeit mit der medizinischen Fakultät empfand er als nahezu unmöglich. 1952 strich zudem die *Deutsche Forschungsgemeinschaft* überraschend ihre finanzielle Unterstützung. Mitscherlich vermutete, „daß möglicherweise auch dort gegen mich gehetzt worden ist“ (Mitscherlich 19.12.1952). Nach zwei Jahren war es also an der Zeit, sich nach Alternativen umzusehen. Er wandte sich 1952 an den Stadtrat in Frankfurt. Der Standort Frankfurt lag nahe, weil es kein Konkurrenzinstitut (wie mittlerweile in Stuttgart, München oder Berlin) gab und mit Max Horkheimer einen einflussreichen Mann, dessen Unterstützung Mitscherlich gewiss war (vgl. Hoyer 2008, S. 341f.). Horkheimer war 1949 aus dem Exil nach Frankfurt zurückgekehrt und Leiter des Instituts für Sozialforschung, zudem von 1951 bis 1953 Rektor der Universität Frankfurt. Seine Position in der Hochschullandschaft Hessens ist hier bedeutsam: Als zurückgekehrter Emigrant besaß er moralisches Prestige, zudem hatte er ein freundschaftliches Verhältnis zum sozialdemokratischen Hessischen Ministerpräsidenten Georg August Zinn und der Staatssekretärin im Kultusministerium Helene von Bila. Er war inoffizieller Berater des Hessischen Kultusministeriums in universitären Berufungsfragen, bei denen es häufig um die Frage nach dem Verhalten der Bewerber im Nationalsozialismus ging. Horkheimer, Theodor W. Adorno, Zinn, von Bila, der Frankfurter Oberbürgermeister Walter Kolb und der Bundespräsident Theodor Heuss hatten ein gemeinsames Ziel: den Einfluss jener alten Eliten zu verringern, die im Nationalsozialismus so bitter versagt hatten. Mit Mitscherlich verband

Adorno und Horkheimer zudem das Projekt der Mobilisierung der Psychoanalyse für die politische Aufklärung (vgl. Dehli 2007, S. 226). Die von Horkheimer beabsichtigte Zusammenarbeit zwischen dem Institut für Sozialforschung und der Psychoanalyse besaß dabei Tradition. Bereits im Jahr 1930, gleich nach der Eröffnung des *Instituts für Sozialforschung* hatte das Haus dem 1929 gegründeten *Frankfurter Psychoanalytischen Institut* Räumlichkeiten zur Verfügung gestellt. Bis zu der durch die Nationalsozialisten erzwungenen Auflösung beider Einrichtungen, war dort „die Grenze zwischen Psychoanalyse und Soziologie so durchlässig wie nirgendwo sonst auf der Welt“ (Hoyer 2008, S. 321). Die Mitarbeiter_innen des FPI saßen ebenso häufig in den soziologischen und philosophischen Veranstaltungen wie die Mitarbeiter_innen Horkheimers die psychoanalytischen Vorträge besuchten (vgl. ebd.).

Mitscherlichs Umzugspläne allerdings zerschlugen sich zunächst wieder, die Rockefeller Stiftung verlängerte ihre Zuschüsse für Heidelberg und die Stadt Frankfurt stand als Geldgeber nicht zur Verfügung (vgl. a. a. O., S. 342ff.). Große Hoffnungen setzte er 1955 in die *Ford Foundation*. Mit Thure von Uexküll betrieb er erneut das Projekt einer psychosomatischen Klinik in Hessen, von Uexküll war im Begriff, nach Gießen berufen zu werden. Die hessische Landesregierung sagte die Komplementärfinanzierung zu. Sie war einverstanden mit der Gründung eines psychoanalytischen Instituts, es sollte mit von Uexküll in Gießen und mit einem Ambulatorium der Frankfurter Universität kooperieren.

Zu Freuds 100. Geburtstag 1956 hatten Horkheimer und Mitscherlich eine Veranstaltungsreihe geplant, die, wenn auch nicht ohne Widrigkeiten (vgl. ausführlich zu der Einladungsproblematik: Hoyer 2008, S. 329-340), zum „triumphalen Beleg ihrer Kooperationsfähigkeit wurde“ (a. a. O., S. 329). Damit war die Psychoanalyse ein Stück mehr in der bundesdeutschen Öffentlichkeit angekommen und die mit der Veranstaltungsreihe einhergehenden internationalen Kontakte sollten weiterhin Bestand haben. Vor diesem Hintergrund kündigte Zinn die Stiftung eines auf Mitscherlich zugeschnittenen Lehrstuhls für Psychoanalyse und Psychosomatische Medizin in Frankfurt an, so lesen wir in Mitscherlichs Autobiographie (Mitscherlich 1980, S. 190). Die Reaktion der medizinischen Fakultät ist bemerkenswert: Ein solcher Lehrstuhl sei nicht erwünscht, der Dekan bat, ihn in einen Lehrstuhl für Erbgenetik zu verwandeln. „Mehr als bloßer Zynismus“ schreibt Dehli, ein solcher Lehrstuhl passte historisch betrachtet weit besser ins Profil der Fakultät: Otmar von Verschuer, führender Rassenhygieniker im Nationalsozialismus hatte dort am damaligen *Institut für Erbbiologie und Rassenhygiene* bis 1942 gelehrt, Josef Mengele war als sein Assistent angestellt. Eine Berufung Verschuers nach Münster war das einzige, was die angestrebte erneute Berufung in Frankfurt 1950 verhinderte. Auch 1956 sah die Fakultät offenbar keinen Anlass, dieses wissenschaftliche Erbe zu verschleiern (vgl. Dehli 2007, S. 238). Dass Zinn dieses Geschenk gemacht haben soll, geht ausschließlich aus Mitscherlichs Lebenserinnerungen hervor, was bei Dehli keine weitere Erwähnung findet. Hoyer weist darauf

hin, dass „alle übrigen Quellen schweigen“, unterstreicht allerdings auch, dass eine solche Stiftung zu Zinns Profil passte (Hoyer 2008, S. 341).

Mitscherlich erhielt nach längerem Warten – nicht eben seine Lieblingsbeschäftigung – eine Ablehnung der Rockefeller Foundation, die ihn tief traf. Die Landesregierung sah sich außer Stande, die Kosten allein zu tragen (vgl. a. a. O., S. 345ff.). Mitscherlich fühlte sich „fast am Nullpunkt der Verzweiflung. Am Niveau, wenn man davon überhaupt sprechen kann, der deutschen Medizin wird sich wohl zu meinen Lebzeiten wenig ändern. Man kommt sich schlechterdings fehl am Platze vor“ (Mitscherlich 07.11.1956, zit. in Freimüller 2007, S. 217). René König fand wenig trostreiche Worte: „Natürlich sind wir alle fehl am Platz. Das ist mir schon lange vollkommen klar. Denken Sie eigentlich, daß es mir Spaß macht, in einem solchen Narrenhaus wie der Deutschen Gesellschaft für Soziologie herumzuschwirren und noch dazu ihr Vizepräsident zu sein?“ „Die eigentlichen Genugtuungen unseres Lebens“, darüber sollte sich Mitscherlich klar sein, würden sie nur „ganz selten mit unseren deutschen Kollegen, sondern vielmehr anderswo, nämlich in der Welt erfahren“ (König 09.11.1956, zit. in ebd.).

Von Uexküll und Mitscherlich verabschiedeten letztlich das Modell Gießen/Frankfurt, die Widerstände in Gießen türmten sich. Neues Modell war eine in Frankfurt stationierte Ambulanz, sieben wissenschaftliche Mitarbeiter_innen, welche zugleich Ausbildungs- und Forschungszwecke erfüllen sollte. Dies sollte, wohlgemerkt, ein psychoanalytisches Ausbildungszentrum werden und keine psychosomatische Einrichtung, was die ideelle Grundsteinlegung des Sigmund-Freud-Instituts bedeutete. Im April 1958 war er in Heidelberg zum Extraordinarius ernannt und die Abteilung in eine Klinik umgewandelt worden. Das Projekt in Frankfurt wollte Mitscherlich in jedem Fall unabhängig von der Universität errichten, er hatte sich genug mit „unwilligen Fakultätskollegen“ herumgeschlagen (vgl. Hoyer 2008, S. 349ff.).

Widerstände in Frankfurt blieben nicht aus, der Finanzminister Wilhelm Conrad war nicht überzeugt. Die traditionelle Ablehnung seitens der Psychiatrie regte sich ebenfalls, Jürg Zutt, der Direktor der Frankfurter Universitäts-Nervenklinik, fühlte sich durch die Planungen in seinen Kompetenzen beschnitten.³³ Im Sommer 1959 wurde der Institutsetat von der Stadt Frankfurt verabschiedet. Die juristische Gründung des *Instituts und Ausbildungszentrum für Psychoanalyse und Psychosomatische Medizin* erfolgte am 1. Oktober 1959. Die endgültige Unterbringung regelte sich erst 1964 mit dem Umzug in einen Neubau, bis dahin führte das Institut eine Art Nomadenleben in verschiedenen Provisorien.

Die Psychosomatische Medizin wird im Richtlinienpapier mit keinem Wort mehr erwähnt, dem Doppelnamen trotzend befand sie sich in Frankfurt von Beginn an im Abseits, die Balintgruppen fanden jedoch großen Zulauf (vgl. Hoyer 2008, S. 353ff.). Das Pendeln

³³ Dehli vergleicht dies mit dem Streit um die disziplinäre Grenze zwischen Psychiatrie und Psychotherapie, „wie er zwischen Weizsäcker und der Psychiatrischen Klinik in Heidelberg während der zwanziger Jahre oder zwischen Mitscherlich und Kurt Schneider bei der Gründung seiner psychosomatischen Abteilung geführt worden war“ (2007, S. 240).

zwischen Heidelberg und Frankfurt wurde für Mitscherlich eine psychische und physische Belastung. 1967 nahm er ein Ordinariat an der Universität in Frankfurt an, dieses war der Philosophischen Fakultät angegliedert. Auf ihn wartete ein ordentlicher Lehrstuhl für Psychologie mit den Schwerpunkten Psychoanalyse und Sozialpsychologie, die Psychosomatische Medizin fehlte. Leicht fiel ihm der der Abschied aus Heidelberg und vom weißen Kittel (den er dennoch weiterhin zu tragen pflegte) nicht, dennoch zog er endgültig an den Main und gab die Leitung der Psychosomatischen Klinik in Heidelberg an Walter Bräutigam ab, was seinen Abschied von der klinischen psychosomatischen Medizin bedeutete (vgl. ausführlicher Hoyer 2008, S. 438ff.). Dem Ausbildungsinstitut war ein rasches Wachstum beschieden, am 14.10.1964 wurde es umbenannt in *Sigmund-Freud-Institut*, die Psychosomatische Medizin wurde aus der Namenszeile getilgt. Mitscherlich nahm die Konjunktur der Psychoanalyse nicht ohne Gehässigkeit zur Kenntnis: „Das SFI wächst ganz friedlich“, schrieb er 1974 an Tobias Brocher. „Zuweilen dringt aus der Universität ein Stück Verwesung zu uns herüber“ (Mitscherlich 27.02.1974), zit. in Hoyer 2008, S. 365). Die strukturelle Entwicklung des SFI wurde von Mitscherlichs Faible für weite Horizonte, die gerne Fachgrenzen überschritten, im Übrigen verhältnismäßig wenig geprägt. 1970 bestand die Einrichtung aus vier Arbeitsbereichen: einer Ambulanz-Abteilung, einer Klinisch-Psychologischen Abteilung, einer Abteilung für die Methodenlehre der Psychoanalyse und einer Sozialpsychologischen Abteilung. In der Sozialpsychologie sollten sich eigentlich jenes inhaltliche Repertoire niederschlagen, das Mitscherlich berühmt gemacht hatte: Fragen der angewandten Psychoanalyse, der Politischen Psychologie, der Friedens- und Konfliktforschung, der gesellschaftlichen Entwicklung. Hoyer bilanziert allerdings: „Ausgerechnet diese Abteilung aber nahm am Aufschwung, den die Psychoanalyse und das Institut erlebten, kaum teil. Sie hatte vielmehr Mühe, sich im Schatten der expandierenden klinischen und psychologischen Arbeitsfelder zu entwickeln“ (Hoyer 2008, S. 373). Einige Überlegungen von Mitgliedern des SFI wurden in Kapitel 4 bereits diskutiert. Im Folgenden geht es um die Entwicklung der Psychosomatik an den Universitäten, da hier die ‚Suchrichtung‘ (Mitscherlich) in starkem Maße festgelegt wird

5.4.4 Ausbau an den Universitäten

Abteilungen an Universitätskliniken leisten grundsätzlich Schwerpunkt- und spezialisierte Versorgung sowie Grundlagen- und klinische Forschung und Lehre. Sie tragen daher in großem Maße zur Generierung von Wissen und zu dessen Verbreitung bei. Im gesamten Bundesgebiet entstanden in den 1960er-Jahren psychosomatische Fachbereiche, meist waren diese psychoanalytisch orientiert (vgl. Möhle 2010, S. 146f.). Zudem gab es an einigen Universitäten psychosomatische Fachbereiche, die ähnlich wie Gustav von Bergmann oder Georg Klemperer in der Inneren Medizin verankert waren, ebenso wie Mitscherlichs Sprungbrett in die Psychosomatik, die Heidelberger Internistenschule. Bereits 1946 hatte Friedrich Curtius in

Lübeck die außeruniversitäre internistische Klinik mit einem psychosomatisch-psychotherapeutischen Schwerpunkt versehen. Arthur Jores, der die Hamburger Universitätsklinik für Innere Medizin leitete, gliederte dieser 1950 eine Privatklinik für stationäre Psychosomatische Medizin an, Ludwig Heilmeyer begründete 1957 in Freiburg eine psychosomatische Abteilung seiner internistischen Klinik. 1966 erfolgte eine Besetzung, die für die weitere Entwicklung der Psychosomatik eine sehr entscheidende Bedeutung haben sollte, auf den neu gegründeten Lehrstuhl für Innere Medizin und Psychosomatik der Reformuniversität Ulm wurde von Uexküll berufen (vgl. Möhle 2010, S. 145f.).

Mitscherlich nutzte seine mit Gründung des SFI gewonnenen Einflüsse und Kontakte auch weiterhin im universitären Bereich. An der Universität Gießen wurde 1962, mit Mitscherlichs Unterstützung, ein Lehrstuhl für Psychoanalyse und Psychosomatische Medizin eingerichtet und mit Horst-Eberhard Richter besetzt (ebenso wie Mitscherlich mittlerweile DPV-Analytiker). Die sich hier entwickelnde Gießener Schule gewann in den folgenden Jahren an Bedeutung, auch Mitscherlich hatte ja sein Interesse in Richtung der Sozialwissenschaften verlagert und trat 1967 jenen für ihn gegründeten Lehrstuhl für Psychoanalyse an der philosophischen Fakultät der Universität Frankfurt an.

In Gießen entwickelte sich eine rege interdisziplinäre Zusammenarbeit und Forschung. Von Uexküll war Leiter der medizinischen Poliklinik, Johannes Cremerius gemeinsamer Mitarbeiter beider Kliniken. Letzterer hatte zuvor in München die seit 1951 neu eingerichtete psychosomatische Beratungsstelle geleitet (angegliedert an die Medizinische Poliklinik der Ludwig-Maximilians-Universität). Richters Abteilung wuchs dabei stetig, 1969 wurde sie in drei Abteilungen aufgeteilt: Klinik, Medizinische Soziologie/Psychoanalyse und Klinische Psychologie. Ein Jahr später wurde diese Aufteilung zum Vorbild für die neue Approbationsordnung, in der der psychosomatische Fachbereich in Vorklinik und klinischen Abschnitt des Medizinstudiums der BRD eingeführt wurde (vgl. a. a. O., S. 143f.).

Heidelberg und Gießen kristallisierten sich so als zwei von Berlin unabhängige Zentren heraus, die institutionell unbelastet waren von einer nationalsozialistischen Vergangenheit. Mit Horst-Eberhard Richter gab es einen weiteren Psychosomatiker, der, wie auch Alexander und Margarete Mitscherlich, Stellung bezog zum Zeitgeschehen und sich besonders in der Friedensbewegung engagierte. In Gießen rückte die Arzt-Patient-Beziehung zunehmend in den Fokus, zudem analytische Paar- und Familientherapie und Familienforschung, was in den psychoanalytischen Instituten zunächst wenig Resonanz fand. Zudem war man in Gießen schon sehr früh bemüht, auch das Wissen der empirischen Sozialwissenschaften zu integrieren – die Grundorientierung der Klinik war seit ihrer Gründung psychoanalytisch geprägt, die Ausrichtung nicht ideologisch (vgl. ausführlicher zu Gießen und Horst-Eberhard Richter Beckmann 2012; Gieler et al. 2012). Aufbau und Ausbildung einer nächsten Generation psychoanalytischer Psychosomatiker_innen konnte so gewährleistet werden und es wurde schon früh gezielte psychosomatische Forschung betrieben (vgl. Möhle 2010, S. 145).

Mit diesen Neugründungen wurde die Psychosomatik aus den psychoanalytischen Institutionen heraus an die bundesdeutschen Universitäten geholt und damit auch für psychologische Theorien und therapeutische Ansätze geöffnet, die nicht der Psychoanalyse verpflichtet waren, sondern Medizin und Behaviorismus näher standen. Dass diese Gründungsprozesse keinesfalls immer reibungslos abliefen und mit starkem Gegenwind aus verschiedenen Richtungen gerechnet werden musste zeigt die Geschichte der Heidelberger Abteilung deutlich. Wie viele Versuche es in diese Richtung gab, die letztlich nicht zum Erfolg führten ist dabei eine bislang unbeantwortete Frage und muss auch hier offenbleiben. Mittlerweile, so kann hier vorweg genommen werden, existieren 26 Universitätskliniken und Lehrstühle, zudem einige hier eng angegliederte Fachkliniken mit dem Fachgebiet der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie, die größtenteils ‚multimodal‘ ausgerichtet sind (vgl. DGPM 2019b).

5.4.5 Zusatzbezeichnung und Psychotherapie-Richtlinien

Über diese Institutsgründungen hinaus hat auch die Frage, ob die Psychotherapie ein Gebiet der ärztlichen Weiterbildung sein kann, eine lange Geschichte die unlängst detailliert von Paul L. Janssen aufgearbeitet wurde. Die erste Phase dieser Entwicklung datiert er bis 1970, also bis zur Einführung des Faches Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in die ärztliche Approbationsordnung. Eine Diskussion um eine Gebietsbezeichnung war bereits 1954/55 von der Dachorganisation der psychoanalytischen Psychotherapeuten, der *Deutschen Gesellschaft für Psychotherapie und Tiefenpsychologie* (DGPT), begonnen worden. Auch innerhalb der *Allgemeinen Ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie* (AÄGP) war bereits 1926 von J. H. Schultz ein Facharzt für Psychotherapie gefordert worden. Auf dem Deutschen Ärztetag 1957 wurde zunächst die bereits erwähnte Zusatzbezeichnung *Psychotherapie* beschlossen. Neben der DGPT und der AÄGP hatte sich auch noch die *Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde* (DGPN) auf den Antrag geeinigt. Auch wenn es im Vorfeld eine heftige Diskussion mit Alexander Mitscherlich gab, akzeptierte die DGPT die verhältnismäßig niedrige Stundenzahl der Selbsterfahrung. Im Curriculum wurden zwei Jahre Weiterbildung in Psychotherapie und ein Jahr Psychiatrie festgeschrieben, für eine Zusatzbezeichnung relativ lange Zeiträume. Diese Zusatzbezeichnung blieb bis Mitte der 1960er-Jahre unangetastet, bis in der DGPT eine erneute Diskussion stattfand. 1969 legte Rudolf Haarstrick die Begründung für die Einführung eines Facharztes für analytische Psychotherapie vor – dieses Unterfangen scheiterte am mächtigen Gegenwind seitens der DGPN und des Berufsverbandes der Nervenärzte wegen einseitiger psychoanalytischer Orientierung und auch in den psychoanalytischen Instituten regte sich nicht unerheblicher Widerstand, da sich diese bei einer Facharztregelung in ihrer Entscheidungsfreiheit in Ausbildungsfragen eingeschränkt gesehen hätten. Parallel zur ärztlichen Weiterbildungsordnung entwickelten sich die sogenannten *Psychotherapie-Richtlinien*, genauer *Richtlinien über die analytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie* in der kassen- und vertragsärztlichen Versorgung, die 1967 vom

Ausschuss Ärzte und Krankenkassen verabschiedet wurden. Diese Richtlinien beeinflussen bis heute die Weiterbildung an den psychoanalytischen Instituten für Ärzte und Diplompsychologen (vgl. Janssen 2017, S. 81ff.). Somit verblieb ein Großteil der Macht über Ausbildungsinhalte an den psychoanalytischen Instituten, der Versuch, einen explizit analytisch ausgerichteten Facharzt einzuführen scheiterte. Wie dieser genau ausgestaltet gewesen wäre und inwiefern er der Psychoanalyse zu mehr Breitenwirkung im Medizinalsystem verholfen oder sich letzterem angeglichen hätte muss hier eine offene Frage bleiben.

Diese Phase der Klinik-Neugründungen, des ersten institutionellen Wachstums, des ersten Niederschlags zumindest der Psychotherapie im ärztlichen Curriculum kann bereits als Übergang von der Habitualisierung zur Objektivierung begriffen werden. Die Idee Psychosomatischer Medizin gewann zunehmend an sozialer Verbreitung und Akzeptanz.

5.5 Das Interesse am Problem (Objektivierung)

5.5.1 Zur Approbationsordnung

1970, noch immer war die Hälfte aller Psychotherapeuten in Deutschland ursprünglich in Berlin ausgebildet (vgl. Möhle 2010, S. 142), wurde das Fach Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in die ärztliche Approbationsordnung eingeführt. Von Uexküll nahm entscheidenden Einfluss auf diese Approbationsordnung, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sind somit seit 1970 Pflichtfach an den bundesdeutschen Universitäten. Diese Neufassung stellt einen entscheidenden Wendepunkt dar, da sie der Psychosomatik und der Psychotherapie einen zentralen Raum in der medizinischen Ausbildung zuweist, womit eine Schnittmengen-Disziplin entstand, und zwar aus Psychoanalyse, Psychiatrie und Innerer Medizin (a. a. O., S. 146). Die neu eingeführten Pflichtfächer waren medizinische Psychologie, medizinische Soziologie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Die Kurse hatten allerdings eine Randstellung und waren eher gering ausgestattet, sind also nie in die Kerngebiete der Medizin vorgedrungen. Dennoch wirkten sie jahrelang in der Ausbildung, bis zur Novellierung der ärztlichen Approbationsordnung 1996. Hier sollte die naturwissenschaftliche Dominanz verstärkt und der (ohnehin eher marginale) psychosoziale Aspekt gestrichen werden, die vorgesehenen Lehrveranstaltungen wurden im ersten ministeriellen Entwurf der Bundesärzteordnung und der AO drastisch minimalisiert. Die psychosozialen Fachgesellschaften kritisierten dies, schlugen Korrekturen vor und konnten sich schließlich durchsetzen. Bislang wurde die Bedeutung des Faches nicht mehr in Frage gestellt (vgl. Janssen 2017, S. 161ff.). Die in den 1970er-Jahren neu geschaffenen Lehrstühle wurden mit psychoanalytisch geprägten Organmedizinern besetzt, etwa zwei Drittel Psychiater und ein Drittel Internisten (vgl. Möhle 2010, S. 146). Diese Lehrstühle waren der Medizin zugeordnet, damit existierte eine erste breitere institutionalisierte Patient_innenversorgung mit überwiegend psychoanalytischem Hintergrund. Damit wurde die Psychoanalyse, zumindest im

Zusammenhang mit der Psychosomatik, institutionell der Medizin zugeordnet. Diese Entwicklung erinnert an Parins Überlegungen zu einem ‚Medicozentrismus‘ der Psychoanalyse. Rückblickend war dies eine entscheidende Wegmarke, die Psychoanalyse zu einem Therapieverfahren, einer ‚Psychotechnik‘ neben lerntheoretischen Verfahren zu degradieren.

5.5.2 Die Diskussion um Namensgebung und Schwerpunktsetzung

Mit der Änderung der Approbationsordnung von 1970 wurde die Entwicklung eingeläutet, die letztlich die Einführung des Facharztes bedingte. Psychoanalytiker_innen, beispielsweise Horst-Eberhard Richter, forderten die Einführung eines Gebietes Psychotherapie/Psychosomatik (vgl. Janssen 2017, S. 81ff.). Richters Zielsetzung war dabei sicher auch (berufs)politisch motiviert – das Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie wollte er als eigenständiges Fachgebiet, unabhängig von Psychiatrie aber auch Innerer Medizin, etabliert wissen. Obwohl er selber auch Psychiater war (oder vielleicht gerade deshalb) war er offensichtlich der Überzeugung, dass die Psychoanalyse in der Psychiatrie nicht besonders gut aufgehoben wäre (vgl. Janssen 2017, S. 83; Haland-Wirth et al. 1998).

Janssen beschreibt zwei konträre Positionen unter den analytischen Psychotherapeuten: „Viele Vertreter der psychoanalytischen Institute hielten die vertragsärztlichen Regelungen für ausreichend“, so resümiert er, „Hochschullehrer und Kliniker hingegen wollten über eine neues Gebiet in der ärztlichen Weiterbildungsordnung sowohl die Position der ärztlichen Psychotherapie im Kanon der medizinischen Fächer festigen wie auch die Position des Pflichtfaches in der medizinischen Ausbildung verbessern“ (Janssen 2017, S. 83). 1974 wurde seitens der Hochschullehrer die Facharztdebatte wieder aufgenommen, diese favorisierten den Titel *Psychotherapie und Psychosomatik*, entsprechend der Approbationsordnung. Die DGPT einigte sich mit der AÄGP darauf, einen *Facharzt für psychoanalytische Medizin* zu beantragen, auch dieser zweite Anlauf, in der Namensgebung die Psychoanalyse festzuschreiben, scheiterte, ebenso ein Gebiet für *Psychoanalyse und tiefenpsychologische Medizin* auf dem Ärztetag 1978. Das Hauptargument dagegen war, dass „eine Methode wie die Psychoanalyse nicht zu einem Gebiet erhoben werden sollte“ (a. a. O., S. 85), was wiederum einem Beschluss der *Arbeitsgemeinschaft medizinisch-wissenschaftlicher Fachgesellschaften* (AWMF) entsprach. 1979 forderten die Hochschullehrer, ähnlich dem Vorschlag fünf Jahre zuvor, eine Gebietsbezeichnung *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*. Innerhalb der DGPT regte sich erneut Widerstand und zwar primär aus der Gefahr heraus, dass sich ein solches Gebiet zu weit einer ‚verwässernden‘ Psychotherapie öffnen könnte. Ein verhältnismäßig neuer Akteur in dieser Debatte war das *Deutsche Kollegium für Psychosomatische Medizin* (DKPM), 1973 gegründet. Dieses vertrat einen integrativen Ansatz Psychosomatischer Medizin, eng verknüpft mit von Uexküll (vgl. Abschnitt 4.9) und lehnte einen Facharzt, der den Begriff *Psychosomatische Medizin* im Titel trug aus dieser Perspektive

ab (vgl. a. a. O., S. 86). Auch in dieser Auseinandersetzung spiegeln sich zwei grundsätzliche Strömungen – eine am ehesten als psychogenetisch zu bezeichnende Herangehensweise und eine holistische Tradition, wobei letztere einen subjektzentrierten Perspektivwechsel in der gesamten Medizin intendiert, während erstere, durchaus auch aus pragmatischen Gründen, psychosomatische Spezialisierung befürwortet (einen solchen Paradigmenwechsel allerdings höchstwahrscheinlich nicht ablehnen würde).

Zwei weitere Akteure in diesem Feld sind die *Kassenärztliche Bundesvereinigung* (KBV) und die *Gremien der Bundesärztekammer* (BÄK), die in diesem Fall an einer weiteren Debatte um die Gebietsbezeichnung kein Interesse zeigten. Die KBV verfügte mit den Psychotherapie-Richtlinien über ein Instrument um die ärztlichen Qualifikationen zu verändern und nahm 1980 die Verhaltenstherapie darin auf (vgl. Janssen 2017, S. 86). Diese sozialrechtliche Anerkennung der Verhaltenstherapie führte zum Verlust der Monopolstellung psychoanalytisch begründeter Verfahren in der psychotherapeutischen Krankenversorgung (vgl. Springer et al. 2007, S. 10).

Die Gebietsbezeichnungsdiskussion wurde innerhalb der DGPT und der AÄGP weitergeführt, auf der Mitgliederversammlung des DKPM im Herbst 1984 plädierte Janssen, auch um dem integrativen Aspekt der Psychosomatischen Medizin Rechnung zu tragen, für ein ‚Drei-Ebenen-Modell‘ für den psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgungsbereich: Stufe eins, die Primärversorgung, stellte eine psychosomatische Grundversorgung dar. Auf der zweiten Stufe war die bereits vorhandene Zusatzbezeichnung *Psychotherapie* gekoppelt mit einer Weiterbildung im Gebiet angesiedelt, so qualifizierte Ärzt_innen sollten die Möglichkeit haben, eine begrenzte Anzahl der Patient_innen ihres Fachgebietes psychotherapeutisch zu behandeln. Der Arzt für Psychosomatische Medizin schließlich stellte die dritte Stufe dar: „Er sollte sowohl somatische wie auch psychotherapeutische Kenntnisse und Erfahrungen haben und sein Behandlungsangebot sollte alle tiefenpsychologisch-psychodynamischen wie auch verhaltenstherapeutische Verfahren umfassen. Er sollte ein Garant für die spezialistische psychosomatische, psychotherapeutische Versorgung bestimmter Patientengruppen wie für die wissenschaftliche Fortentwicklung der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie sein“ (vgl. Janssen 2017, S. 86f.; Zitat S. 87). Als ausschlaggebend für diese Argumentation für einen Gebietsarzt war zum einen die Lage der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie an den Universitäten, eine „unzureichende Normierung dieses Bereiches in der Weiterbildungsordnung“ (ebd.) und schließlich der Bedarf an psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgungsleistungen. Dieses Modell wurde schließlich 1992, acht Jahre später, realisiert.

5.5.3 Die Einführung Psychosomatischer Grundversorgung

Über die Psychotherapie-Richtlinien ist die Psychosomatische Grundversorgung 1987 in die vertragsärztliche Versorgung eingeführt worden und 1992 auch über die ärztliche

Musterweiterbildungsordnung. In der Psychosomatischen Grundversorgung spiegelt sich auch heute noch ihre „doppelte“ Herkunft aus der integrativen Psychosomatischen Medizin und der Psychoanalyse, sowohl eine psychogenetische Betrachtungsweise als auch holistische/integrative Ansätze. Der Einführung gingen natürlich verbandsin- sowie externe Diskussionen voraus, die Janssen (vgl. 2017, S. 89ff.) ausführlich schildert. So gab es schon vor der Formulierung der psychosomatischen Grundversorgung niedergelassen Ärzt_innen, vornehmlich Allgemeinmediziner_innen, die die_den Ärzt_in als Interakteur in der konkreten Arzt-Patient-Beziehung begriffen und ihre Patient_innen nicht als Objekt betrachtet wissen wollten. Das DKPM vertrat einen holistischen, allerdings nicht detailliert definierten, biopsychosozialen Ansatz und den der Psychoanalyse nahen Überlegungen beispielsweise von Weizsäckers oder Michael Balints fühlte sich auch manche_r Allgemeinmediziner_in verbunden. Janssen beschreibt ein „Unbehagen in der Ärzteschaft“ (a. a. O., S. 90), Ende der 1980er-Jahre, resultierend aus Technisierung, Subspezialisierung und Patientenferne, darüber hinaus war eine Zunahme psychosomatischer Krankheiten zu verzeichnen und die naturwissenschaftlich-biologische Medizin war offenbar nicht fähig, mit diesen Krankheiten umzugehen. Mit der Balintgruppen-Bewegung (siehe Abschnitt 4.8) bekam die psychosoziale Dimension von Erkrankung, vornehmlich auf Ebene der Arzt-Patient-Beziehung, größere Bedeutung. Widerstände gegen eine offizielle Qualifikation gab es zur Genüge: „Zum einen verhinderte die Position, dass jeder Arzt mit dem Patienten spreche und psychosoziale Gesichtspunkte berücksichtige, die Formulierung von Qualifikationsanforderungen für die psychosomatisch arbeitenden Ärzte, zum anderen beanspruchten die Psychiater als ‚Seelenärzte‘ die Seele als ihre Domäne“ (a. a. O., S. 91). Wollten Ärzt_innen psychosozialen Gesichtspunkten in ihrer Praxis mehr Gewicht verleihen, so blieb nur der Erwerb jener Zusatzbezeichnung *Psychotherapie*. Diese führte zu Konflikten mit den Fachpsychotherapeut_innen, insbesondere Vertreter_innen der Psychoanalyse, da die geforderte minimale Qualifikation in dieser Primärversorgung kaum den Ansprüchen einer psychotherapeutischen Ausbildung aus Perspektive der Psychoanalyse gerecht werden konnte. Letztlich wurden unter dem Begriff der *Psychosomatischen Grundversorgung*, in die vertragsärztliche Versorgung 1990 über die Psychotherapie-Richtlinien eingeführt, die supportive Psychotherapie, suggestive wie übende Verfahren und verbale Interventionen gefasst. Ärzt_innen, die diese Qualifikation erwerben, sollen ursächliche Beteiligung psychischer Faktoren am komplexen Krankheitsgeschehen erkennen und sowohl psychische als auch somatische Krankheitsfaktoren gewichten können, wobei auch die „Ausführungen zu verbalen Interventionen [...] die psychoanalytische Herkunft“ (a. a. O., S. 94) zeigen (bspw. systematische, die Introspektion fördernde Gesprächsführung; Einsicht in die Bedeutung pathogener Beziehungen; Nutzung von Übertragung und Gegenübertragung). Auch wenn sie von Fachpsychotherapeut_innen und Psychosomatiker_innen ambivalent aufgenommen wurde, hat sie, so Janssens Resümee, „den ärztlichen Alltag erobert“ (a. a. O., S. 95). Skeptische Argumente waren beispielsweise, ob es möglich sei, Prinzipien der

Beziehungstherapie aus der Psychoanalyse auf die allgemein-psychotherapeutische Intervention zu übertragen. Nach den neuesten Zahlen sind es um die 66.000 Ärzte, die sich in Psychosomatischer Grundversorgung qualifiziert haben (vgl. Janssen 2017, S. 95, bezieht sich auf Janssen und Menzel 2012). Retrospektiv bezeichnet Janssen, maßgeblich an der Entstehung beteiligt, den Beginn der Psychosomatischen Grundversorgung als ein „Experiment zur Veränderung der ärztlichen Haltung auf der Basis psychoanalytischer Konzepte der Beziehungsmedizin“ (Janssen 2017, S. 96). Die Auswirkung auf die ärztliche Praxis ist noch nicht hinreichend untersucht und wird sich vornehmlich im ambulanten Bereich zeigen, wobei sich die Honorierungen sehr geändert haben und durchaus zu einem „Ausverkauf“ dieser Psychosomatischen Grundversorgung führen könnten (ebd.). Inwiefern die Skepsis sich in der Praxis als berechtigt erweist muss hier offen bleiben und harrt der Erforschung.

Die Psychosomatische Grundversorgung stellt die zweite Stufe im von Janssen intendierten und letztlich umgesetzten Konzept der Psychosomatischen Versorgung dar, die folgende Einführung des Facharztes ist dessen dritte Stufe.

Betrachtet man die Entwicklung der Psychosomatik im internationalen Vergleich, so beschriftet sie in der BRD tatsächlich einen Sonderweg. Sie entwickelte sich zu einem (relativ) unabhängigen Fachbereich, sowohl von der Psychoanalyse als auch der Psychiatrie. In den meisten Ländern mit vergleichbaren Strukturen ist sie der Psychiatrie angegliedert. Die Verankerung der Psychosomatischen Grundversorgung in der Approbationsordnung und die Kassenzulassung für psychoanalytische Verfahren kann durchaus als internationale Vorbildrolle gewertet werden. An den neu eingerichteten Universitätsabteilungen entwickelte sich entsprechende Forschungstätigkeit, die Zahl der niedergelassenen Psychotherapeuten wuchs, ebenso die der psychosomatischen Fachkliniken (vgl. Möhle 2010, S. 148). Dieser Entwicklung Rechnung tragend konnte 1992 ein weiterer entscheidender Schritt im Institutionalisierungsprozess gegangen werden und die Fachrichtung wurde mit Einführung des Facharztes im gesamten medizinischen Versorgungssystem festgeschrieben. Damit war das Fach, institutionentheoretisch gesprochen, endgültig sedimentiert.

5.6 Die Hartnäckigkeit des Problems (Sedimentierung)

Mit der im folgenden dargestellten Einführung des Facharztes wurde aus der ‚Idee‘ Psychosomatik ein soziales Faktum: Im Mai 1992, der 95. Deutsche Ärztetag fand in Köln statt, stimmten die Delegierten für die Einführung des Gebietes *Psychotherapeutische Medizin*. Das Stimmenverhältnis (133:105) zeigt deutlich die Ambivalenz innerhalb der Ärzteschaft was die Gebietseinführung betraf. Dies war zugleich vorläufiger Abschluss und Resultat einer jahrzehntelangen Debatte über die Stellung von Psychotherapie, Psychoanalyse und Psychosomatik in der Medizin. Dass auf dem gleichen Ärztetag auch ein Gebiet für *Psychiatrie und Psychotherapie* geschaffen wurde, wertet Janssen (2017, S. 97) als Beitrag zum Abschluss dieser Diskussion. Der Vorschlag einer Gebietsbezeichnung *Psychosomatische Medizin und*

Psychotherapie im Vorfeld war kontrovers diskutiert und letztlich verworfen worden wegen der besonders seitens der Allgemeinmediziner vertretenen Auffassung, Psychosomatik gehöre eigentlich in jedes Fachgebiet.

5.6.1 Die Einführung des Gebietes *Psychotherapeutische Medizin*

Die Argumente und Notwendigkeiten für die Einführung des Gebietes sind auf mehreren Ebenen angesiedelt. Der größte Teil der Delegierten des Ärztetages war der Ansicht, dass über eine neue Weiterbildungsordnung der Spezialisierung innerhalb der Medizin Rechnung getragen werden konnte. Zudem galt es, die Weiterbildungsordnungen der alten und neuen Bundesländer anzugleichen, die Entsprechung in der ehemaligen DDR war der *Arzt für Psychotherapie*. Darüber hinaus war der Bedarf erheblich. Es gab zum Zeitpunkt der Einführung bereits etwa 4000 Ärzt_innen, die fachpsychotherapeutisch tätig waren, sowohl die Nachfrage der Patient_innen als auch epidemiologische Studien zeugten von eben diesem Bedarf. Bis dahin wurde die psychotherapeutische Tätigkeit auf Basis der Zusatzbezeichnung Psychotherapie und/oder Psychoanalyse aufgebaut, die bereits eine Art Facharztersatz darstellte.

In den damals etwa 100 psychotherapeutisch-psychosomatischen Fachkliniken mit einer Gesamtbettenzahl von etwa 8500 Betten war eine Weiterbildung nur zur Zusatzbezeichnung Psychotherapie möglich, obwohl die tatsächliche Qualifizierung oftmals darüber hinausging: „Eine andere Qualifikation konnten wir damals den engagierten Ärzten, die fast alle in psychoanalytischer Ausbildung waren, nicht anbieten. Wenn ich nun [...] die Daten zusammenstellte, [...] dann sah ich das Mehrfache erfüllt im Vergleich zu den Anforderungen für die berufsbegleitend zu erwerbende Zusatzbezeichnung ‚Psychotherapie‘“ (Janssen 2017, S. 99).

Zudem stellte die Einführung des Fachgebietes und damit die Differenzierung der Qualifikationen für die Behandlung psychisch und psychosomatisch Kranker eine mögliche Lösung für Versorgungsprobleme in der Psychiatrie dar. Dass gerade die Psychiatrie die Einführung dieses neuen Gebietes in großen Teilen ablehnte, ist nicht überraschend (vgl. auch Bauer und Kächele 2005).

So schreibt Janssen in seiner Darstellung der Debatten im Vorfeld der Einführung der Gebietsbezeichnung: „Auf den Widerstand, der seit vielen Jahren von den psychiatrischen Kollegen ausging, waren wir eingestellt“ (2017, S. 103). Deren Bestreben war es, die Psychotherapie in die Psychiatrie zurückzuholen. Einige der Argumente begleiten die Auseinandersetzung um den Fachbereich bis heute.³⁴

³⁴ Eigene Darstellung, Argumentation nach Janssen 2017, S. 104

Einführung des Gebietes <i>Psychotherapeutische Medizin</i>	
Contra	Pro
Die ‚Zweistrangigkeit‘ diene nicht der Differenzierung der Versorgung, sondern würde zu einer ‚Zwei-Klassen-Psychiatrie‘ führen.	Zwei Klassen sind mit der Differenzierung nicht geschaffen. Die neurotischen und psychosomatisch kranken Menschen profitieren nachweislich von den psychotherapeutisch-psychosomatischen Behandlungsmodellen, sowohl in der Klinik wie in der Praxis.
Die Psychosomatik und Psychotherapie würde nur leicht Erkrankte behandeln und die Psychiatrie die schwer Erkrankten.	Psychosomatisch Kranke können ebenfalls schwer erkrankt sein.
Die Psychosomatik würde zur Stigmatisierung der Patienten in der Psychiatrie beitragen.	Die Stigmatisierung betrifft auch die psychosomatisch-psychotherapeutischen Patienten.
Psychosomatische Kliniken hätten keine regionale Versorgungsverpflichtung und zögen die leichter Kranken an.	Psychosomatisch Kranke können ebenfalls schwer erkrankt sein.
Deutschland gehe mit der Zweistrangigkeit einen europäischen und internationalen Sonderweg.	Der Facharzt ist ein Modell für Europa.

Die Zuordnung psychosomatischer Erkrankungen zur Psychosomatik wird damit seitens der Psychiatrie entscheidend in Frage gestellt. Grundlegend ist, neben dem auch ökonomischen Interesse an genügend Patient_innen, ein andersartiges Verständnis psychischer Erkrankungen, „in welchem nicht mehr von einer Wechselwirkung körperlicher, psychischer und sozialer Faktoren die Rede ist, sondern in dem biologische Veränderungen nicht als Folge, sondern im Wesentlichen als Ausgangspunkt der Erkrankung verstanden werden“ (Zepf 2006 III, S. 193). Auch die psychoanalytischen Verbände waren keinesfalls überzeugt von der Einführung eines neuen Gebietes, was auf den ersten Blick überraschender anmuten mag als die Skepsis seitens der Psychiatrie. Janssen hatte diese „Widerstände gegen Veränderungen in den eigenen Reihen [...] jedenfalls total unterschätzt“ (Janssen 2017, S. 104f.). Die Diskussionen innerhalb der psychoanalytischen Verbände waren in seiner Erinnerung sehr emotional, sie sahen eine Gefahr für die psychoanalytische Ausbildung an den Instituten. Zudem stand die Befürchtung im Raum, dass die Psychoanalyse unter das Diktat der für die Gebietsweiterbildung befugten Ärzte gerate. Janssens Ansicht nach war die ablehnende Position großer Teile der psychoanalytischen Verbände nicht rational aus den tatsächlichen Entwürfen für das Gebiet heraus erklärbar, wobei eine eingehende Aufarbeitung dieser Debatte noch aussteht (a. a. O., S. 97f.). Die grundlegende Befürchtung, die Psychoanalyse könne durch ihre Medizinalisierung ihre Selbständigkeit einbüßen ist allerdings, auch im internationalen Vergleich, durchaus nachvollziehbar. Die Überlegungen zur Medicozentrierung der Psychoanalyse von Parin und Parin-Matthèy (1986) beschrieben dieses Szenario. Dieser Befürchtung standen faktische Entwicklungen gegenüber, auf die reagiert werden musste. Die

Psychotherapie hatte sich quantitativ ausgeweitet und zeigte mittlerweile methodische Pluralität, auch andere Psychotherapie-Richtungen partizipierten am stationären psychotherapeutischen Versorgungsbereich. „Diese Entwicklung“, so Janssen, „musste im ärztlichen Bereich in ein Gebiet münden, das den Bedingungen der psychotherapeutischen Versorgung, die nicht unbedingt die Bedingungen der Psychoanalyse sind, Rechnung trug“ (a. a. O., S. 108). Diese methodische Pluralität wurde letztlich festgeschrieben, was allerdings nicht zwingend so hätte sein ‚müssen‘, sondern sich aus berufspolitischen Kämpfen herauskristallisierte.

5.6.2 Zum Psychotherapeutengesetz

Einen entscheidenden Anstoß zu einer Entscheidung der BÄK, die sich hinsichtlich der Gebietsbezeichnung jahrelang zögerlich verhalten hatte, war die erneute Diskussion um ein Psychotherapeutengesetz für Diplompsychologen. Durch die Richtlinien-Psychotherapie waren Diplom-Psychologen über ein Beauftragungsverfahren an der psychotherapeutischen Versorgung beteiligt und denen wollte die BÄK das Feld offenbar nicht einfach überlassen. Darüber hinaus, dass es ein großer Verlust für die psychosozialen Aspekte der ärztlichen Versorgung gewesen wäre, die Psychotherapie auszugliedern, „war der BÄK-Vorstand der Auffassung, aus ordnungspolitischen Gesichtspunkten müsse der zunehmenden Tendenz seitens der Krankenkassen, Diplompsychologen mit unklarer Qualifikation über das Erstattungsverfahren an der psychotherapeutischen Versorgung zu beteiligen, entgegengewirkt werden“ (Janssen 2017, S. 100). Besagter Vorstand erkannte somit die Bedeutung der Psychotherapie für die medizinische Versorgung und sprach sich für eine Bereichseinführung aus.

Mit dem Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes 1999 wurde letztlich der Beruf des psychologischen Psychotherapeuten geregelt und die Berufsbezeichnung *Psychotherapeut* geschützt, womit die Integration der Psychoanalyse in die Heilkunde vollzogen ist. Allerdings ist damit nicht in erster Linie gemeint, dass psychoanalytische Behandlungen Teil der Maßnahmenkataloge sind, auf die alle Versicherten bei vorliegender Indikation einen Anspruch haben. Mit Inkrafttreten des Gesetzes ist eher endgültig festgelegt, wer Psychoanalyse ausüben darf ohne sich strafbar zu machen: nur Ärzt_innen und Psychologische Psychotherapeut_innen (Psycholog_innen mit abgeschlossenem Studium und Weiterbildung im Bereich Psychotherapie), sowie Kinder- und Jugendpsychotherapeut_innen dürfen als Psychoanalytiker_innen praktizieren. Von geringfügigen Ausnahmen abgesehen ermächtigt also ausschließlich eine Approbation zur straffreien Ausübung dieser Heilkunde (vgl. Hardt 2007, S. 250), was Gesellschafts-, Sozial-, Kultur- und Geisteswissenschaften von diesem Zugang ausschließt. Wirth stellt für die Wissenschaft der Psychoanalyse fest, sie sei spätestens seit der Verabschiedung dieses Psychotherapeutengesetzes „von der euphorischen Gründungsphase ins Stadium der Normalwissenschaft eingetreten. Die tägliche Kärrnerarbeit

in der Praxis der empirischen Forschung bestimmt den Alltag der Psychoanalytiker“ (Wirth 2012). Mit dem anschließenden Anwachsen der psychologischen Psychotherapeuten in der psychotherapeutischen Versorgung war die Angst aufgekommen, ob die ärztliche Psychotherapie verdrängt werden würde. Die Zugangswege jedenfalls sind nun eingeeengt. „Der Vorrang der klinischen Psychologie als positiver Wissenschaft mit mathematisch-naturwissenschaftlicher Axiomatik“ so Walz-Pawlita und Müller (2010, S. 583), „verdrängt das hermeneutische Verstehen unbewusster Prozesse, das für die Psychoanalyse als wissenschaftliche Methode und Behandlungsverfahren zentral ist.“ Diese Frage spielt in der Debatte nicht die größte Rolle, vielmehr machte diese Diskussion erkennbar, „dass fachliche Überlegungen angesichts der Kompetenz- und Verteilungskonflikte im Gesundheitsbereich in den Hintergrund geraten“ (a. a. O., S. 578). Walz-Pawlita und Müller zeichnen dies detailliert anhand der Rezeptionsgeschichte des Forschungsgutachtens zu dem Thema nach. Zudem ist es eine bislang unbeantwortete Frage, ob eine Direktausbildung an den psychologischen Fakultäten überhaupt zu realisieren wäre, da eine praktische patientenbezogene Ausbildung dort bislang schwer zu gewährleisten war, was einen ernsthaften intrinsischen Bildungsprozess verunmöglicht. Auch diese Diskussion zieht sich seit längerem hin, der Ärztetag 2016 befasste sich erneut mit einer möglichen Direktausbildung und hielt für den Arztberuf das integrierte biopsychosoziale Modell für unverzichtbar. Dieser Prozess ist noch in der Diskussion (vgl. Janssen 2017, S. 176ff.; Willutzki et al. 2015). Die Psychoanalyse, so zeichnet es sich ab, wird nach einer offiziellen Integration in die Ausbildung auch hier wieder aus den Universitäten hinausgedrängt. In einer Bundestagspetition vom November 2018 wehren sich Studierende der Psychologie gegen den Ausschluss wichtiger Lehrinhalte, und zwar tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie. Da an den psychosomatischen Instituten häufig auch psychologische Psychotherapeut_innen arbeiten, hat ein Ausschluss dieser Lehrinhalte auch für die psychosomatische Medizin enorme Folgen. Ingrid Moeslein-Teising, zu diesem Zeitpunkt Vorsitzende der DGPT (mittlerweile *Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e. V.*), betont in dieser Petition den „Missstand in den psychologischen Fachbereichen“, der sich „in den letzten 20 Jahren drastisch verschärft hat“. Die Zahlen sprechen für sich, was die Verbreitung und Wertschätzung psychoanalytisch orientierter Verfahren betrifft: „59 von 60 Lehrstühlen der klinischen Psychologie und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie in den Psychologischen Universitätsinstituten sind mittlerweile mit Verhaltenstherapeuten besetzt. Wichtige Lehrinhalte anderer Psychotherapieverfahren werden aus dem Studium ausgegrenzt“ (Bundestagspetition 78903). Dies führt zu eingeschränkter Wahlmöglichkeit sowohl für die Studierenden als auch für die Patient_innen.

Eine ähnliche Entwicklung zeichnet sich auch für die psychosomatische Medizin ab, auch dieses Fachgebiet wurde, mit hohem Zeitaufwand und unter „vielen emotionalen Verwerfungen“ (Janssen 2017, S. 108) fußend auf diesen beiden komplementären wissenschaftlichen Grundorientierungen formuliert, in der Weiterbildung werden

schwerpunktmäßig sowohl Psychoanalyse als auch Verhaltenstherapie vertieft. Die Ausbildung zum Facharzt nimmt insgesamt zwölf Jahre in Anspruch und der Erwerb der Bereichsbezeichnung Psychoanalyse kann zwar in die Facharztweiterbildung integriert werden, ist aber nicht zwingender Bestandteil (vgl. auch Ermann 2016).

5.6.3 Die Deutsche Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin

Nach dem Ärztetag 1992 wurde über eine Vereinsgründung beraten, da der neue Facharzt von einer Fachgesellschaft vertreten werden sollte. Auch diesen Prozess stellt Janssen detailliert dar (2017, S. 119ff.). Im Juni 1992 wurde die *Deutsche Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin* (DGPM) gegründet. In der Satzung wurde eine Doppelfunktion niedergeschrieben, der Verein war zugleich wissenschaftliche Fachgesellschaft und berufspolitischer Verband, ungewöhnlich für den ärztlichen Verbandsbereich. Für diesen neuen Bereich erschien es sinnvoll, berufspolitische und wissenschaftliche Aktivitäten zu vernetzen. Da immer mehr Ärzt_innen die Umwandlung der ehemaligen Zusatzbezeichnung *Psychotherapie* in die neue Gebietsbezeichnung beantragten, wuchs die Mitgliederzahl (32 bei Gründung) schnell an, von 1994 schon 300 auf 2004 954 Mitglieder (vgl. a. a. O., S. 122). 2002 wurde eine Erhebung zum Mitgliederprofil durchgeführt, 62 Prozent kamen aus dem Bereich der Psychiatrie und Neurologie, 33 Prozent aus dem Bereich der Inneren Medizin und Allgemeinmedizin, zwei Prozent waren Kinder- und Jugendmediziner und etwa drei Prozent hatten eine andere Facharztbezeichnung. Der Facharzt für Psychotherapeutische Medizin wurde in der Regel als Zweitfacharzt geführt. 54 Prozent der Mitglieder führten die Zusatzbezeichnung Psychoanalyse, was doch auch die Nähe der beiden Fachrichtungen unterstreicht. Weitere Zusatzbezeichnungen waren spezielle Schmerztherapie, Sozialmedizin und Rehabilitationswesen. Psychoanalytiker_innen waren in der DGPM somit stark vertreten, was sich auch an den Angaben zu den Schwerpunkten der klinischen Arbeit zeigte: 88 Prozent arbeiteten tiefenpsychologisch, 48 Prozent psychoanalytisch, 50 Prozent gruppenpsychotherapeutisch und verhaltenstherapeutisch nur elf Prozent. Somit war ein Großteil der Mitglieder tiefenpsychologisch und/oder psychoanalytisch orientiert, der Facharzt war offensichtlich auf Basis der Zusatzbezeichnungen beantragt worden.

Das Fachorgan der DGPM wurde die (in Kapitel 6 dieser Arbeit untersuchte) *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, im Anhang konnte regelmäßig über berufspolitische und fachpolitische Themen berichtet werden.

Neben der DGPM existierten nach wie vor weitere Verbände, unter anderem jenes 1974 unter der Federführung von von Uexküll gegründete DKPM. Beide Organisationen verband ein gemeinsames Krankheitsverständnis, das biopsychosoziale Modell sowie das gemeinsame Modell eines psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgungsbereiches. Die DGPM hatte dabei stärker den Bezug zur spezialisierten Krankenversorgung, während das DKPM sich mehr auf integrative Psychosomatische Medizin fokussierte, seit 2006 gibt es jährliche

gemeinsame Kongresse der beiden Verbände. Die AÄGP arbeitete zunächst zurückhalten mit der DGPM zusammen, sie hatte etwa 1000 Mitglieder und vertrat die gesamte ärztliche Psychotherapie, zur Psychoanalyse nahm sie eine, so Janssen, „eher reservierte Stellung ein, manche entwerteten sie auch“ (a. a. O., S. 128, zur schwierigen Entwicklung der AÄGP im Nationalsozialismus vgl. Winkler 2002). Die Beziehungen zu den psychoanalytischen Fachgesellschaften (DGPT, DPV, DPG) wiederum „blieben auf persönlicher Ebene freundlich“ (Janssen 2017, S. 132), es gab aber auf einer verbandspolitischen Ebene kaum Kooperationen.

Die gemeinsamen Aktivitäten von DGPM und AÄGP nahmen im Lauf der Jahre zu, im März 2006 schließlich kam es zur Verschmelzung der beiden Gesellschaften. Die DGPM vertritt seither auch die Zusatzbezeichnung *Psychotherapie* und die Träger_innen der Zusatzbezeichnungen können auch ohne Facharztanerkennung Mitglied werden. Mit etwa 1400 Mitgliedern ist die DGPM seither die größte Interessenvertretung psychosomatisch und psychotherapeutisch tätiger Ärzt_innen in Deutschland (vgl. DGPM 2019c).

5.7 Zur aktuellen Lage des Gebietes *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*

Die Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer von 1992, die das Gebiet *Psychotherapeutische Medizin* einführte, wurde 2003 und 2010 novelliert. Mit der erstmaligen Verabschiedung der Musterweiterbildungsordnung hörten die Konflikte aber keinesfalls auf. Das Gebiet der Psychotherapeutischen Medizin wurde vom Ärztetag im Mai 2003 in *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* umbenannt, die entsprechende Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer wurde seitdem von sämtlichen Landesärztekammern übernommen (vgl. Schauenburg et al. 2007, S. 10).

Heute existieren in Deutschland 26 eigenständige Kliniken/Abteilungen für Psychosomatische Medizin an 38 medizinischen Fakultäten, teilweise mit enger Kooperation zu entsprechenden Fachkrankenhäusern. 1974 erfolgte die Gründung des *Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin* (DKPM), u.a. durch Thure von Uexküll, Peter Hahn und Adolf Ernst Meyer. Das DKPM versteht sich als interdisziplinäre wissenschaftliche Fachgesellschaft und führt seit 2005 das Qualifizierungsprogramm Klinische Forschung in der Psychosomatik zur Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses durch (vgl. DGPM 2019a).

5.7.1 Zum Verhältnis von Psychiatrie und Psychosomatik

Die ersten zehn Jahre nach Einführung des Gebietes waren natürlich entscheidend für dessen Etablierung und insbesondere die DGPPN „gab sich nicht zufrieden mit der Ausweitung ihres Faches in ‚Psychiatrie und Psychotherapie‘, sondern wollte den scheinbaren Konkurrenten, die Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin, inkorporieren oder auslöschen“ (Janssen 2017, S. 134). Das sind klare Worte für die Situation. Versucht wurde dies auf mehreren Ebenen, auf der Ebene der Weiterbildungsordnung, der Krankenhausplanung und der

Hochschulpolitik. Die Psychiatrie versteht sich dabei bis heute als Basisfacharzt, der sowohl die Psychosomatik als auch die Psychotherapie integrieren will (a. a. O., S. 134ff.). Die Argumente sind stets ähnlich denen, die bereits in der Debatte um Einführung des Gebietes geliefert wurden, sie sind allerdings schnell widerlegbar. Etwa 11% der Allgemeinbevölkerung weisen krankheitswertige, voll ausgeprägte somatoforme Störungen auf, der Bedarf ist deutlich (nach Wittchen und Jacobi 2002, zit. in Zepf 2006 III, S. 193). Zudem ist die therapeutische Besonderheit des Facharztes seine primär psychotherapeutische Orientierung. In psychiatrischen Kliniken wurde und wird beispielsweise bei Depressionen in einem Großteil der Fälle (nach Härter et al. 2004 etwa 93%) mit Psychopharmaka behandelt, etwa ein Drittel der Patient_innen erhielt weder Einzel- noch Gruppentherapie. Argumentativ und epidemiologisch sind die Argumente seitens der Psychiatrie nicht haltbar, wie die Argumentation der DGPM zeigt und wie auch Zepf darlegt (2006 III, S. 192ff.). Bei dieser Auseinandersetzung, das benennt Zepf klarer als Janssen, geht es nicht um sachlogische Differenzen oder Patient_innenwohl, die Argumente der Psychiatrie sollen eher die eigentliche Motivation ‚verschleiern‘ – die Sicherung der Honorare (ebd.). So nennt Berger den Grund beiläufig beim Namen: „Dass 52% aller Kosten für Leistungen bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen für Richtlinienpsychotherapie ausgegeben“ werden betrachtet er als Ursache dafür, dass in psychiatrischen Praxen pro Patient_in weniger Geld als für Psychotherapiepatient_innen zur Verfügung steht (Berger 2004b, zit. in Zepf 2006 III, S. 195). Deutlich ist hier das Bestreben, die Psychotherapie aus ökonomischen Eigeninteressen abzuschaffen.

Auf der Mitgliederversammlung der DGPM in Hamburg 2001 fiel jedenfalls, als Ergebnis einer fünfjährigen Diskussion, letztlich der Beschluss, das Gebiet *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* zu nennen und als Weiterbildungsgebiet eigenständig in der Versorgung zu bleiben. Mit der Umbenennung sollte eine Angleichung an die ohnehin geläufigen Bezeichnungen in der Ausbildung und in der Versorgung geleistet werden (vgl. Janssen 2017, S. 139; vgl. auch Janssen 2002). Die DGPM beharrte auf der Eigenständigkeit des Gebiets und schlug die neue Bezeichnung zusammen mit einer stärkeren Ausrichtung auf die somatische Medizin vor. Sie setzte sich letztlich durch, da die BÄK nicht gegen ihr Votum entscheiden wollte (vgl. Janssen 2017, S. 140).

Die Inhalte wurden spezifiziert und weiterentwickelt. Stand 2010 umfasst das Gebiet „die Erkennung, psychotherapeutische Behandlung, Prävention und Rehabilitation von Krankheiten und Leidenszuständen, an deren Verursachung psychosoziale und psychosomatische Faktoren einschließlich dadurch bedingter körperlicher/seelischer Wechselwirkungen maßgeblich beteiligt sind“ (Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer Stand 2010, zit. in Herzog et al. 2012, S. 95). Die psychotherapeutische Versorgung in Deutschland fußt dabei auf drei Säulen, der psychosomatisch-psychotherapeutischen, der psychiatrisch-psychotherapeutischen und der psychologisch-psychotherapeutischen.

Die Vorbereitung zur Novellierung der Gebührenordnung Ärzte (GOÄ) beschreibt Janssen als einen „sehr schwierige[n] und lang sich hinziehende[n] Prozess, der ebenfalls gesundheitspolitische Grundauffassungen berührt“ (Janssen 2017, S. 178). Die BÄK hatte Paul Janssen 2010 gebeten, an dem Entwurf des GOÄ-Verzeichnisses der Gebiete Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie mitzuwirken, mit den entsprechenden Fachgesellschaften und Berufsverbänden wurden also Legenden erarbeitet, wobei sich der Streit um die Integration des Psychologischen Psychotherapeuten erneut zeigte. Verhandlungen mit den Krankenkassenverbänden folgten. Dieser Prozess ist noch zu keinem Abschluss gekommen, was die neue GOÄ aber im Sinne der DGPM ausdrückt, „ist die Gleichstellung von Psychiatrie und Psychosomatischer Medizin, Psychotherapie und Kinder- und Jugendpsychiatrie“ (a. a. O., S. 180). Dass die Praxen hier sehr verschieden sind ist unumstößlich, Janssen geht es darum, dass die Leistungen im Grunde gleichzustellen und gleich zu bewerten sind. Dieser Prozess ist noch in der Diskussion.

5.7.2 Lehre und Facharztweiterbildung

Was die Ausbildung betrifft, verfügt der Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie über „die intensivste und differenzierteste psychotherapeutische und psychosomatische Qualifikation“ (Herzog et al. 2012, S. 55). Die Weiterbildung beruht auf den vier zentralen Säulen: Theorievermittlung, eigenständige psychosomatisch-psychotherapeutische Diagnostik, eigenständige Durchführung von psychosomatischen Interventionen und Psychotherapien unter Supervision und Selbsterfahrung. Die Therapien sind, wie oben bereits erwähnt, entweder in psychodynamisch oder in lernpsychologisch begründeten Verfahren angesiedelt, es müssen aber Kenntnisse in der jeweils anderen Grundorientierung erworben werden (a. a. O., S. 96).

Der Schwerpunkt in Diagnostik und Behandlung liegt in den psychosomatischen Krankheiten, den funktionellen (somatoformen) Störungen, den Neurosen und Persönlichkeitsstörungen und den somato-psychischen Erkrankungen sowie den psychischen Krankheitsverarbeitungsprozessen. Die Weiterbildung erfolgt in der ersten Weiterbildungsordnung, wegen des Schwerpunktes bei den psychosomatischen Erkrankungen, im Gebiet der Inneren Medizin (ein Jahr), in der Psychiatrie und Psychotherapie (ein Jahr) und in dem Gebiet der Psychotherapeutischen Medizin (drei Jahre, davon zwei im Stationsdienst). Kernmerkmal der Ausbildung ist eine hohe und breit gefächerte psychotherapeutische Kompetenz, zudem wurde, revolutionär für eine Gebietsarztweiterbildung, die Selbsterfahrung festgeschrieben und damit der die Ärzt_in als Person, als Wirkfaktor, anerkannt. Im Konzept der ersten Fassung spiegeln sich zwei Entwicklungen wieder, zum einen die Vermutung, dass psychodynamische und verhaltenstherapeutische Verfahren sich annähern würden (was tendenziell der Fall ist, wobei allerdings besonders für die Psychoanalyse mit Verlusten zu rechnen ist) und zum anderen die Auffassung, dass „die Multimodalität der

psychotherapeutischen Interventionen“ (Janssen 2017, S. 111) Eingang finden sollte. Einzel-, Gruppen-, Paar-, Familientherapie, Kurzzeit- und Langzeitbehandlung müssen ihren Niederschlag in der Ausbildung finden. Für Langzeitbehandlung konzipierte analytische Psychotherapie wurde nicht integriert, hierzu ist ein anderes Weiterbildungsmodell notwendig (a. a. O., S. 109ff.). Die Novellierung der Weiterbildungsordnung von 2003 führte zudem die „gebietsbezogene Arzneimitteltherapie unter besonderer Berücksichtigung der Risiken des Arzneimittelmissbrauchs“ mit ein (Herzog et al. 2012, S. 96). Die dritte Novellierung von 2010, der wiederum eine detailreiche Diskussion vorausging, verstärkt den psychosomatischen Anteil im engeren Sinne, wobei die Anforderungen an den psychotherapeutischen Behandlungsteil nicht verringert wurden, neu aufgenommen wurde folgender Passus: „Erkennung und Behandlung seelisch-körperlicher Wechselwirkungen bei chronischen Erkrankungen, z. B. onkologischen, neurologischen, kardiologischen, orthopädischen und rheumatischen Erkrankungen sowie Stoffwechsel- und Autoimmunerkrankungen“ (Janssen 2017, S. 145). Dieser Beschluss ist insofern richtungsweisend, als dass der Facharzt sich offenbar mehr „auf die psychosozialen Behandlungen bei somatischen Erkrankungen mit psychischer Komorbidität und mit der Wechselwirkung von Psyche und Soma konzentrieren“ soll (ebd.). Der sich an diese Novellierung anschließende Prozess für eine komplette Neufassung der MWBO ist, Stand 2017, noch nicht abgeschlossen. Die Diskussionen im Vorfeld werden von Janssen eingehend geschildert, die Diskussionen in BÄK, den Fachgesellschaften und Berufsverbänden dauern noch an. „Nach der Novellierung“, so Janssen, „ist vor der Novellierung“ (a. a. O., S. 145ff.).

5.7.3 Der klinische Bereich

Von der Einführung des DRG-Systems 2001 (die Finanzierung der Krankenhäuser nach *Diagnostic Related Groups*) seitens der Bundesregierung sind Psychiatrie und Psychosomatik bislang ausgenommen. 2016 wurde nach langen Beratungen ein neues Finanzierungsmodell eingeführt, was im Vergleich zu den DRGs kein Preis- sondern ein Budgetsystem ist, was letztlich bedeutet, dass Leistungs- und Personalaspekte bei der Finanzierung mehr Berücksichtigung finden. Die Krankenhausplanung orientiert sich an dem Spektrum der Gebietsbezeichnungen, zudem ist sie Ländersache. Um nun die spezielle stationäre psychotherapeutische Behandlung in der Krankenhausplanung zu etablieren, bemühte die DGPM sich nach Einführung des Gebietes intensiv um Vorstellungstermine in den zuständigen Ministerien (vgl. Janssen 2017, S. 149ff.). Krankenhausplanung soll nach Möglichkeit dem Bedarf angepasst sein, so wurde dieser für jedes Bundesland einzeln auf Grundlage der vorhandenen Studien errechnet, diskutiert, korrigiert mit dem Ergebnis, dass im Jahr 2009 in Deutschlands Krankenhäusern 163 Fachabteilungen für Psychosomatik und Psychotherapie bzw. Psychotherapeutische Medizin mit insgesamt 6481 Betten existierten, die Abteilungen an Universitätskliniken sind hier mit eingerechnet. In diesem Jahr wurden in den Fachabteilungen

insgesamt 55.428 Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen behandelt, die durchschnittliche Verweildauer lag bei 39,5 Tagen (Herzog et al. 2012, S. 62, Quelle Statistisches Bundesamt 2011). 2016 sind es nach den Angaben des Statistischen Bundesamtes 84.600 Patient_innen mit einer durchschnittlichen Verweildauer von 42,7 Tagen, wobei hier die Abteilungen für Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik neben denen für Psychiatrie und Psychotherapie aufgeführt sind. Die 55.976 Betten dort verweisen auf die weiterhin bestehende Differenz. Die Psychosomatik ist deutlich gewachsen, prozentual ist der Anteil psychosomatischer Versorgung nach wie vor gering. Bei 498.718 Betten in der Bundesrepublik (einschließlich Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen) ergeben die 10.857 Betten in Psychotherapeutischer Medizin und Psychosomatik 2,18% der Versorgung (vgl. (Statistisches Bundesamt 2018a, 2018b). Dieses Zahlenspiel lässt sich sicher noch differenzierter fassen, das Verhältnis ist allerdings deutlich.

An den Universitäten, denen in Forschung und Lehre und somit in der Festlegung der ‚Suchrichtung‘ (Mitscherlich) eine große Bedeutung zukommt, existieren mittlerweile über dreißig Universitäten und Lehrstühle mit dem Fachgebiet der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie. Nach Angaben der DGPM sind dies Folgende, unter Ausschluss der Krankenhäuser, die nicht eindeutig den Universitäten zugeordnet werden konnten:

- Universitätsklinikum Carl Gustav Carus – Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, 01307 Dresden
- Universitätsklinikum Leipzig – Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 04103 Leipzig
- Charité Campus Mitte – Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik, 10117 Berlin
- Charité-Universitätsmedizin Berlin Campus Benjamin Franklin – Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 12200 Berlin
- Medizinische Fakultät der Universität Rostock – Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin, 18147 Rostock
- Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf – Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 20246 Hamburg
- Zentrum für Integrative Psychiatrie – ZIP gGmbH – Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, 24105 Kiel (Tochtergesellschaft des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, enge Kooperation mit der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel und der Universität Lübeck)
- Medizinische Hochschule Hannover – Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, 30625 Hannover
- Universitätsklinikum Gießen und Marburg (UKGM) – Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, 35043 Marburg
- Universitätsklinikum Gießen und Marburg (UKGM) – Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, 35392 Gießen
- Universitätsmedizin Göttingen – Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 37075 Göttingen
- Universitätsklinikum Magdeburg – Klinik für Psychosomatische Medizin, 39120 Magdeburg

- Universitätsklinikum Düsseldorf – Klinisches Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 40629 Düsseldorf
- LWL-Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum – Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 44791 Bochum
- LVR-Klinikum Essen – Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 45147 Essen
- Universitätsklinikum Münster – Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, 48129 Münster
- Uniklinik Köln – Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, 50931 Köln
- Medizinische Fakultät der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn – Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, 53105 Bonn
- Universitätsklinik Mainz – Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 55131 Mainz
- Zentralinstitut für Seelische Gesundheit – Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin, 68159 Mannheim
- Universitätsklinikum Heidelberg – Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychotherapie, 69120 Heidelberg
- Universitätsklinik Tübingen – Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 72076 Tübingen
- Universitätsklinikum Freiburg – Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 79104 Freiburg
- Technische Universität München – Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und Medizinische Psychologie, 81675 München
- Universitätsklinikum Ulm – Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 89081 Ulm
- Universitätsklinikum Erlangen – Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 91054 Erlangen
- Klinik Donaustauf – Zentrum für Pneumologie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 93053 Regensburg (enge Kooperation mit dem Klinikum der Universität Regensburg)
- Universitätsklinikum Regensburg – Abteilung für Psychosomatik, 93053 Regensburg
- Universität Würzburg – Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie, 97070 Würzburg

Der Großteil dieser Institutionen arbeitet nach eigenen Angaben multimodal, ist somit beiden in der Ausbildung zum Facharzt vorgesehenen therapeutischen Richtungen verpflichtet. Ein Abgleich mit einer auf der Homepage der DPV veröffentlichten Liste psychoanalytischer Hochschullehrer_innen (DPV 2019) mit diesen Kliniken ergibt im März 2019 zwei Übereinstimmungen in leitender Funktion: Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Manfred E. Beutel ist Psychoanalytiker und Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Mainz und Prof. Dr. med. Burkhard Brosig ist Oberarzt am Zentrum für Kinderheilkunde der JLU Gießen in der Familienpsychosomatik. Wenn auch sicher einige Mitarbeiter_innen an diesen Abteilungen einen psychoanalytischen Schwerpunkt verfolgen, ist die Tendenz der Herausdrängung der Psychoanalyse aus den Universitäten doch auch hier offensichtlich (vgl. auch Abschnitt 5.6.2).

5.7.4 Der ambulante Bereich

Über den Klinikbereich hinaus erfolgt die psychosomatisch-psychotherapeutische Versorgung in weiten Bereichen ambulant. Die Zahl der hier tätigen Fachärzte ist von 1999 bis 2011 von 1809 auf über 3000 Fachärzte gestiegen. Zusammen mit den somatischen Fachärzten mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie übernehmen sie den überwiegenden Teil der ambulanten ärztlichen psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgung (Herzog et al. 2012, S. 55). Die Schwierigkeiten der Niederlassung – nach Einführung des Gebietes galt der Facharzt zunächst als ‚Titel ohne Mittel‘ – sind bei Janssen umrissen. Aus Sicht der DGPM ist die Honorierung der niedergelassenen Fachärzte, abgesehen von der Richtlinien-Psychotherapie, nach wie vor unzureichend (vgl. Janssen 2017, S. 157ff.). Jährlich werden ca. 190.000 Patienten ambulant von dieser Facharztgruppe versorgt, wobei Depressive Störungen, Angststörungen und Anpassungsstörungen am häufigsten diagnostiziert werden (vgl. Herzog et al. 2012, S. 57). Interessant ist auch die Häufigkeit der Therapieformen, der überwiegende Teil der Patient_innen erhält eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, verhaltenstherapeutische Interventionen erhalten etwa 5%, analytische Psychotherapie 9%.³⁵ Ebenso wie die Psychosomatik im Krankenhaus und der ambulante Bereich sind auch Konsiliar-/Liaisondienste ein wachsendes Feld, bedingt durch Nachfrage und Gesetzgebung. Ebenso verhält es sich mit Rehabilitationseinrichtungen (Herzog et al. 2012 geben hier gute Übersichten, vgl. S. 68ff.; S. 74ff.).

5.8 Diskussion: Institutionelle Ausdehnung und Anpassung der Psychosomatik

...und seltsam ist nur, daß wir, die wir mitten in diesem Strom stehen, die gesellschaftlichen Kräfte, die uns formen, kaum gewahren und uns in unseren Meinungen und Handlungen frei fühlen.
Schaefer und Blohmke 1978, S. 92

Im Wesentlichen hat die Psychosomatik mittlerweile zwei institutionell gefestigte Bedeutungen: Erstens eine wissenschaftlich komplexe, integrierende Strömung der Medizin, die Natur-, Human- und Sozialwissenschaften zu ihren Standbeinen zählt (über die Psychosomatische Grundversorgung), und zweitens „ein klinisches Sonderfach, welches modellhaft diesen komplexen Ansatz in Diagnose und Therapie zu verwirklichen trachtet“ (Pieringer et al., S. 488), konkret den Fachbereich der Psychosomatik und Psychotherapie.

Diese institutionelle Entwicklung der Psychosomatischen Medizin als Fachdisziplin ist zunächst eine Erfolgsgeschichte – nach dem Zweiten Weltkrieg gab es sie nicht und mittlerweile ist sie fest verankert in der Institutionenlandschaft, einschließlich der Approbationsordnung. Aus einer neoinstitutionalistischen Perspektive hat sie somit das

³⁵ Tiefenpsychologisch fundierte Einzelpsychotherapie als Kurzzeitpsychotherapie 32,8%, 18,2% selbiges als Langzeittherapie. 13% erhalten ein psychotherapeutisches Gespräch entsprechend dem Facharztkapitel und 21,5% probatorische Sitzungen. Vgl. Herzog et al. 2012, S. 58.

höchste Level der Institutionalisierung, die Sedimentierung, erreicht. Auch in dieser Theorie wird davon ausgegangen, dass Institutionen aus Diskursen hervorgehen, indem sie zunächst vorhandene Probleme lösen, Entstehen und Überleben hängt von der gesellschaftlichen Legitimität ab, wobei Legitimität Konformität mit den in der gesellschaftlichen Umwelt institutionalisierten Erwartungen bedeutet.

Dass sich dabei im Laufe der Entwicklung zur (post)industriellen Gesellschaft die Eigenart der bereits bestehenden wie auch der neu entstehenden gesellschaftlichen Teilsysteme „generell in Richtung zunehmender *Leistungsbezüge*“ (Mayntz 1988, S. 41) geändert hat muss hier nicht weiter diskutiert werden, die Kommerzialisierung ist gewachsen und das gilt auch für den Wissenschaftsbereich. Von der Ressourcenfrage abgesehen erzeugt die für jede wissenschaftliche Disziplin orientierungsrelevante innerwissenschaftliche Umwelt weitere Forderungen: „Eine intern differenzierte Wissenschaft kennt mehr voneinander unabhängige Quellen der Innovation, und damit entsteht auch häufiger der Zwang zur Anpassung an andernorts vorfallendes wissenschaftliches Geschehen“ (Stichweh 1988, S. 86). Mit Einführung des Facharztes ist die Psychosomatik endgültig ein (intern differenzierter) Teil der Medizin.

Um deren Anerkennung und Legitimation zu erlangen, hat die Psychosomatik sich im Institutionalisierungsprozess dem Referenzrahmen (in Ausbildung und Anbindung der Institute und Abteilungen) der naturwissenschaftlich ausgerichteten Medizin hingegeben einschließlich ihrer Methoden. Und wenn „die Mitgliedschaft [in einer Organisation] als ‚Aufgehen‘ in einem größeren ‚Wir-Selbst‘ durchaus auch das individuelle Selbst narzisstisch aufblähen“ (Simon 2007, S. 123f.) kann, so unterstützt dies die ohnehin geforderte Identifikation mit den bereits legitimierten Vorstellungen ungemein. So vermischen sich institutionelle und innere Mechanismen, greifen ineinander und haben den Erhalt der Institution im System zum Ziel. Damit tritt die Gefahr eines Medicozentrismus der Psychosomatik deutlich hervor, die institutionelle Sedimentierung ist immer mit dem Preis der Anpassung verbunden. Die „Ausrichtung auf ein Denken in Begriffen von Krankheit, Gesundheit, Heilung und Normalität“, die Parin und Parin-Matthèy (1986, S. 62) als ein Element der Medicozentrierung der Psychoanalyse ausmachen, wird allein durch die medizinische Grundausbildung auch die Psychosomatik prägen. Dieser Medicozentrismus wirkt „wie ein Gewebe von Vorurteilen, das dem Erkenntnisinteresse da und dort im Wege steht“ (ebd.). Fraglos gibt es davon Abweichungen und jede_r Akteur_in/jede Akteursgruppe findet unterschiedlichen Umgang mit den gegebenen Bedingungen, auch was Akzeptanz derselben betrifft. Je überschaubarer eine Institution ist, besonders bevor sie die Sedimentierungsphase erreicht hat, umso mehr wird sie geprägt von individuellen Bestrebungen. So ist auch die Psychosomatik als Disziplin zunächst aus den Überzeugungen ihrer ersten Protagonist_innen erwachsen.

Die oben dargestellten Entwicklungen in Berlin in der Nachkriegszeit und die daraus resultierende Zulassung psychoanalytischer Therapie als Kassenleistung fußen auf dem

Bemühen verhältnismäßig weniger Beteiligter. Bereits hier zeigt sich der Legitimationsdruck, die katamnestischen Untersuchungen Annemarie Dührssens und anderer trugen maßgeblich dazu bei, entscheidender sicherlich als es die intensive Darstellung einzelner Fallgeschichten getan hätte („Novellen“ sind im empirisch-analytisch orientierten Wissenschaftsbetrieb selten ein Argument für die großflächige Akzeptanz deren Inhalts). Für die erste Klinik in Heidelberg mussten enorme Widerstände überwunden werden und ohne von Weizsäcker wäre es meiner Einschätzung nach nicht zur Gründung gekommen – wenn auch weit über das hinaus interessiert, was seine Zunft normalerweise vertrat, so war mit ihm natürlich Legitimation im Wissenschaftssystem verbunden. Ohne von Weizsäckers Unterstützung wären die Pläne kaum zu verwirklichen gewesen. Für Mitscherlich waren hier allerdings trotz des letztlichen Erfolges die Fronten endgültig verhärtet, er fühlte sich von seiner Zunft in zweierlei Hinsicht abgelehnt; zum einen, resultierend aus der Berichterstattung zum Nürnberger Ärzteprozess, in seiner Person, zum anderen in seiner wissenschaftlichen Arbeit seitens der traditionellen Organmedizin (vgl. Freimüller 2007, S. 134). Mit der Klinik in Heidelberg kehrte zudem zum ersten Mal die Psychoanalyse wieder an eine Universität zurück, seit der engen ersten Verbindung zwischen dem *Frankfurter Psychoanalytischen Institut* und dem *Institut für Sozialforschung* der Frankfurter Universität. Das zunächst einzige Ausbildungsinstitut in Deutschland, in Berlin, war sehr klein, so nahm die Zahl der ausgebildeten Analytiker_innen nur langsam zu. Mit den Neugründungen in Gießen und Frankfurt änderte sich diese Lage, 1963 bestanden in Westdeutschland drei psychoanalytische Ausbildungsinstitute. Cremerius sieht die Gründe für diesen verhältnismäßig raschen Fortschritt auch in der politischen Lage; die Ära Adenauer neigte sich ihrem Ende und die Sozialdemokraten wurden in immer mehr Bundesländern Regierungspartei. Und die Psychoanalyse lag damals mit der Aura von „Liberalisierung, Aufklärung, Emanzipation“ (Cremerius und c 1978c, S. 341) auf der Linie letztgenannter, während die Christdemokraten ihre Renaissance eher verhindert hatten.

Die Verzahnung von Wissenschaft (ein entscheidendes umgebendes System stellten stets die medizinischen Fakultäten dar) und Politik als weiteres System und als Spiegel für gesellschaftliche Legitimation ist besonders an der Darstellung der Gründungsversuche in Frankfurt deutlich geworden. Das Sigmund-Freud-Institut, das ja zunächst noch Psychosomatik im Namen trug, ist durch das Zusammenwirken der hessischen Landesregierung und Alexander Mitscherlich entstanden. Der gute Wille der beteiligten Politiker_innen war unabdingbar, zudem waren Mitscherlichs ausgezeichnete Kontakte ins Ausland für die deutsche Psychoanalyse in diesem Prozess von großer Bedeutung. Das SFI deutet zugleich an, wie Psychoanalyse und Psychosomatik sich institutionell entfernen – Psychosomatik wird ins Medizinalsystem integriert und für andere Methoden geöffnet, während die Psychoanalyse besonders an den Universitäten stets ein prekäres Dasein fristet.

Mit den Neugründungen an den Universitäten wurde die Psychosomatik also aus den psychoanalytischen Institutionen heraus an die bundesdeutschen Universitäten geholt und

damit auch für Elemente geöffnet, die nicht der Psychoanalyse verpflichtet waren. Davon ausgehend, dass besonders in den Anfangszeiten einer solchen Entwicklung eben auch die Problemlösung Legitimationsgrundlage ist, waren das „Problem“ sowohl gesellschaftlich als auch, daraus resultierend, im umgebenden Medizinalsystem, Patient_innen, bei denen die gewohnten Reparaturmethoden offensichtlich versagten.

Diese Notwendigkeit, die Probleme, die so zur Ausbreitung der Psychosomatik führten, sind allerdings auch noch im Gesellschaftlichen zu suchen. Denn ohne das Erkennen eines Potenzials der Psychosomatik zur Behandlung hätte sie kaum diese Durchsetzungskraft besessen, und diese Erkenntnis mit etwas breiterer Wirkung war auch dem Zeitgeist geschuldet. Über die Unfähigkeit klassischer Behandlungsmethoden hinaus führte auch die Umbruchstimmung Ende der 1960er- und Anfang der 1970er-Jahre zu einem Erstarken der Disziplin. Approbationsordnungen ändern sich nicht von selbst und vor diesem Hintergrund wird deutlich, welche Deutungsmacht sich dahinter verbirgt. Auch die „Machtbastionen“ (Richter 1991, S. 15) des Gesundheitswesens gerieten in die Schusslinie einer radikalen antiautoritären Bewegung und die Zusammenhänge zwischen gesellschaftlichem Druck und Krankheit rückten ins Zentrum des Interesses, medizinsoziologische Untersuchungen beschäftigten sich mit Repressionen im Medizinsystem und ihren Folgen, die Psychoanalyse oder psychoanalytisch gefärbte Ansätze wurden aufgegriffen, um die krankmachende Wirkung gesellschaftlicher Faktoren aufzuspüren. Horst-Eberhard Richter beschreibt das Klima so: „Bedrängt von rebellierenden Medizinstudenten, die ihnen ihre Profite und nicht selten herrscherlichen Allüren ankreideten, sah sich die akademische Machtelite der klinischen und der theoretischen Medizin genötigt, Medizinische Psychologie, Medizinische Soziologie und Psychosomatische Medizin 1970 als Pflichtfächer in das ärztliche Studium aufzunehmen“ (ebd.). Alle westdeutschen Medizinischen Fakultäten mussten Psychosomatische Lehrstühle einrichten, psychoanalytische Ausbildungsinstitute hatten regen Zulauf und die neu entstandenen Lehrstühle wurden fast ausschließlich mit Psychoanalytiker_innen besetzt (vgl. Möhle 2010, S. 146).

Die von organischen Kliniken mehr oder weniger abgetrennten psychosomatischen Kliniken bargen, neben der vielschichtigen Frage nach ihrer konzeptuellen Unabhängigkeit (oder ‚Übernahme‘), die Gefahr einer erneuten Zementierung der altbekannten Fronten. Aus diesem Umstand ist die Perspektive zu erklären, dass die Gründung psychosomatischer Abteilungen der Idee einer psychosomatischen Medizin zuwiderläuft. Die Existenz einer psychosomatischen Medizin als Fachrichtung neben der ‚klassischen Medizin‘ bedeutet im Rückschluss, dass der Rest keinen psychosomatischen Ansatz verfolgt. Dem sollte mit Einführung der psychosomatischen Grundversorgung entgegengewirkt werden. Der Psychosomatik als Spezialdisziplin wiederum wird oftmals vorgeworfen, sich ausschließlich um die Psychogenese zu kümmern und wenig Verständnis für somatopsychische Wechselwirkungen aufzubringen. Sie hat in einem solchermaßen aufgespaltenen

Institutionensystem zudem damit zu kämpfen, dass Patient_innen meist erst durch die Überweisungsschranke zu ihr gelangen und diesen Weg häufig mit Widerstand antreten, der auch aus den Vergeblichkeiten der vorherigen Behandlungen resultieren mag (vgl. Stauber 1985, S. V). Mit den Medikalisierungstendenzen auch des Sozialen hat sich diese ‚Abwehr‘ höchstwahrscheinlich abgeschwächt, die Stigmatisierungen haben sich aber nicht vollkommen aufgelöst. Die Einführung und der Ausbau der Psychosomatischen Grundversorgung geht mit diesem Medikalisierungsprozess einher, Ende der 1960er- und Anfang der 1970er-Jahre waren diese allerdings noch von gesellschaftlicher Aufbruchsstimmung begleitet.

Nach einigen Jahren klang die Reformstimmung bekanntermaßen ohnehin ab. Mit der politischen Wende, so Richter „festigten sich bald wieder die alten Strukturen auch in der Medizin“ (Richter 1991, S. 15). Die Psychosomatik war durch die Approbationsordnung fest etabliert – „Man konnte sie nicht mehr loswerden“ (ebd.), die Kliniken existieren alle nach wie vor. Diese relativ frisch geschaffenen „Systeme“ blieben erhalten, in ihrem Inneren setzte nun Veränderung ein. Formalstruktur und Aktivitätsstruktur deuten aus institutionentheoretischer Perspektive auf den Unterschied, den Institutionen oder Organisationen bei vermeintlich gleicher Erscheinung im Wesen haben können, Richter benennt dies klar am Akteur: „Allerdings bekamen ja auch die Vertreter dieser Disziplinen den Geist der Wende als massiven Gegenwind zu spüren. Von der erlahmenden Basisbewegung im Stich gelassen, gab manch einer eingeschüchtert der Versuchung nach, seine kritische Position zugunsten konfliktvermeidender Anpassung aufzugeben“ (ebd.). Es wird in der weiteren Analyse zu zeigen sein, wie dies den Fachdiskurs prägen sollte.

Die Positionen zur Einführung einer Psychosomatischen Grundversorgung und der abschließenden Spezialisierung durch Einführung des Facharztes lassen klar hervortreten, wie viele Akteure an dieser Form der Institutionalisierung beteiligt sind – durch verbandsinterne Interessen wird gesellschaftlicher und Legitimationsdruck vermittelt, zudem geht es natürlich stets um Abrechnungsmodalitäten. Dass psychiatrische Interessen anders gelagert sind als die der psychoanalytischen Ausbildungsinstitute und Vertreter_innen einer integrativen Medizin wiederum anders argumentieren überrascht dabei nicht. Überraschend, besonders im internationalen Vergleich, ist doch eher der verhältnismäßig hohe Grad der Unabhängigkeit der Disziplin, die sich aber dennoch den Ansprüchen eines empirisch-analytischen Wissenschaftsbetriebes fügt. Sowohl was die grundsätzliche Stellung der Psychosomatik und der Psychotherapie betrifft, als auch zentrale Themen der Weiterbildung, musste sich die Psychosomatische Medizin ja auch gegen die Einverleibungsversuche seitens der Psychiatrie wehren. Dass es der ‚kleinen und jungen DGPM‘ gelungen ist, der ‚großen und altehrwürdigen DGPPN‘ standzuhalten, die sowohl politisch als auch ministeriell weitaus besser vernetzt war, ist, so Janssen, „schon ein Wunder“ (Janssen 2017, S. 161). Ein Großteil der Macht über Ausbildungsinhalte verblieb an den psychoanalytischen Instituten, der Versuch, innerhalb dieses Medizinalsystems einen explizit psychoanalytisch ausgerichteten Facharzt einzuführen,

scheiterte. Wie dieser genau ausgestaltet gewesen wäre und inwiefern er der Psychoanalyse zu mehr Schlagkraft verholfen oder er durch zwangsläufige Anpassung zum ‚autopoetischen‘ Selbsterhalt ausgeblieben wäre, kann hier nur spekuliert werden. Die Entwicklung der Psychoanalyse zu einem ‚technischen‘ Therapieverfahren hatte jedenfalls bereits Freud befürchtet und vor der Erniedrigung der Psychoanalyse zu einer „Dienstmagd der Psychiatrie“ gewarnt (vgl. Parin 1990, S. 192).

Bei einer Betrachtung der Entwicklung hin zum Bereich Psychosomatische Medizin ist im Übrigen der Energieaufwand augenfällig (wenn auch nicht überraschend), der notwendig war, um diesen zu etablieren. Durch die Integration der Psychosomatik in die Medizin sind die Akteure vervielfacht worden und Umstrukturierungen dementsprechend schwerfälliger, wie es jeder größeren Organisation eigen ist. Diese hohe Stufe der Institutionalisierung, die ja Stabilität verspricht, wird mit einer gewissen Flexibilität bezahlt. Für die Anerkennung des Bereichs im Medizinsystem wäre eine Häufung ‚spekulativer‘ Überlegungen und ein munteres Ausprobieren wie in den 1920er-Jahren höchstwahrscheinlich wenig hilfreich gewesen und eine methodische Annäherung für eine Anerkennung unumgänglich.

Es geht in Institutionalisierungsprozessen eben „nicht um den *einen besten Weg*, ein Ziel zu erreichen (den gibt es nicht), sondern darum, in der *Auseinandersetzung mit relevanten Umwelten* [...] *gangbare* Handlungsweisen zu finden, die mit dem Überleben vereinbar sind“ (Simon 2007, S. 32). Diese gangbare Handlungsweise für die Psychosomatik war die beschriebene Entwicklung: Letztlich bleibt der Facharzt, also die institutionell sedimentierte Form Psychosomatischer Medizin, ein Spezialgebiet innerhalb einer weiterhin vornehmlich am naturwissenschaftlichen Menschenbild des 19. Jahrhunderts orientierten Medizinlandschaft, welches durch die Psychosomatische Grundversorgung vielleicht an den Rändern aufgeweicht wird, zugleich passt sich allerdings auch die Psychosomatik an. Im Zuge dieser Professionalisierung hat sich der ‚Denkstil‘ (vgl. Fleck 1983) jenem Paradigma angeglichen, welches in den mächtigeren medizinischen Institutionen vorherrscht. Der Weg, den die Psychosomatik einschlug, hat breite Folgen für Inhalte und Konzeptionen. Mitscherlich bezeichnete 1954 die positive Seite des damaligen Zustands der Psychosomatik folgendermaßen: „Wissenschaften nämlich, die nicht institutionell gefesselt sind, müssen auch keine institutionellen Interessen vertreten, sind infolgedessen wirklich unabhängig“ (Mitscherlich 1954, S. 221). Die Kehrseite, unter anderem mangelnde Forschungsmittel und Anerkennung, stellt er auch fest. Die Unabhängigkeit hat die psychosomatische Medizin zusammen mit ihren gesellschaftskritischen Wurzeln in Folge des Institutionalisierungsprozesses eingebüßt, dafür an institutioneller Macht gewonnen.

Bei Betrachtung der Institution aus einer politisch-ökonomischen Perspektive, sind sie keine „dem Wirtschaftsprozeß exogene Größe [...], sondern [diesem] endogenisiert“ (Blanke 1994, S. 16). Sie „erwachsen aus dem ökonomischen Prozeß in einem spezifischen historisch-gesellschaftlichen Kontext als ‚Problemlösungsmuster‘, die fortan selbst weitere

Problemlösungen vordefinieren; zwar sind sie prinzipiell änderbar, gewinnen, einmal festgelegt, jedoch an ‚eigensinniger‘ Dynamik und Steuerungswirkung“ (a. a. O., S. 16f.). Diese Dynamik in der institutionellen Entwicklung der Psychosomatik vor dem Hintergrund und in Wechselwirkung mit den oben beschriebenen Medikalisationstendenzen hat einschneidende Konsequenzen: Die Psychosomatik ist ein medizinisches Spezialfach ohne zwingenden psychoanalytischen Bezug, ähnlich verhält es sich mit der Psychosomatischen Grundversorgung – selbst Balintgruppen werden nicht mehr überwiegend von Psychoanalytiker_innen geleitet. Mit dieser institutionell festgeschriebenen Loslösung der Psychosomatik von der Psychoanalyse verflüchtigt sich die Möglichkeit, die psychosomatische Erkrankung als eine Verleiblichung gesellschaftlicher Verhältnisse zu erkennen. Mit der Approbationsordnung von 1970 hätte unter anderen Bedingungen vielleicht ein Paradigmenwechsel innerhalb der Medizin eingeläutet werden können, in der Retrospektive erscheint sie allerdings eher als ein engagierter, aber erfolgreich gescheiterter Versuch. Die Medizin bleibt in ihren Grundzügen unverändert, dafür hat die Psychosomatik sich angepasst, indem sie sich für verhaltenstherapeutische Elemente geöffnet und Diagnoseschemata übernommen hat. Die Diagnosefrage, die nosologische Zuordnung eines Phänomens, ist besonders im Bereich von Psychosomatik und Psychiatrie abhängig von der Definition dessen, was als ‚normal‘ oder erstrebenswert gilt. Die ‚psychosoziale Anpassungsstörung‘ kann hier gut als plakatives Beispiel fungieren, Kollbrunner (2010, S. 42) bezeichnet sie als „richtige Wundertüte“. Umgangssprachlich sagt diese Diagnose: „Er passt sich nicht so an, wie er sollte und wie es ihm gut täte.“ Wer aber, fragt auch Kollbrunner, bestimmt wann diese Anpassung gesund ist? Sein Vorschlag der dementsprechenden Kategorie der „psychosozialen Rebellionsstörung“ („er rebelliert nicht so, wie er sollte und wie es ihm gut täte) ist einerseits mit einem Augenzwinkern zu verstehen – zeigt andererseits deutlich wie über diese nosologische Einteilung ‚mangelnde‘ Anpassung in den Bereich der Medizin überführt wird, die Frage einer ‚mangelnden‘ Rebellion beispielsweise überhaupt nicht mehr ins Bewusstsein der Disziplin rückt. Im Allgemeinen haben diese gängigen Diagnosemodelle den Anspruch der Ätiologiefreiheit und sind an Symptomen oder Symptomkomplexen orientiert. Für akute Erkrankungen ist das sicher in vielen Fällen notwendig und hilfreich, langfristig und besonders für psychische Erkrankung besteht damit allerdings die Gefahr der Biologisierung und einer „Favorisierung psychopharmakologischer Therapieansätze“ (Schneider 2013, S. 223). Diese beiden Aspekte stehen in deutlichem Widerspruch zu der ursprünglichen Intention der Psychosomatik als einer sprechenden, verstehenden Medizin.

Mit der Einführung des Fachgebietes 1992, das schon in dieser domestizierten Form enorme Widerstände überwinden musste, ist für die Psychosomatik ein medicozentriertes Paradigma sedimentiert worden. Zugleich wird das ‚Leiden an der Gesellschaft‘ durch Medikalisationprozesse in den Verantwortungsbereich der Medizin überführt, die sich allerdings erfolgreich selbst der Möglichkeit beschneidet, hier sinnvolle Antworten geben zu können. Dafür, so die Vermutung, stellt sie auf der Basis dieser Entwicklung die falschen

Fragen. Es besteht allerdings nach wie vor die *Möglichkeit*, einen psychoanalytischen Schwerpunkt zu setzen (was eine Medicozentrierung bedeuten *kann*, aber nicht *muss*) und, wenn auch schwer ‚objektiv beweisbar‘, sind Überlegungen zum Zusammenhang von Psyche, Körper und Gesellschaft nicht ausdrücklich unerwünscht. Mit dem biopsychosozialen Modell ist ja sogar zumindest eine Einbeziehung der sozialen Ebene auf dem ‚Aushängeschild‘ genannt.

Um diese Überlegungen zu untermauern und exemplarisch zu untersuchen, wie sich diese Entwicklungen ganz konkret im Fachdiskurs niederschlagen, habe ich einen diskursanalytischen Zugang auf wissenschaftliche Fachartikel angewandt. Der ‚wissenschaftliche‘ Text entsteht unter den je spezifischen institutionellen Gegebenheiten. Auch ist er stets sozial und historisch kontextualisiert, indem er sich auf frühere Ergebnisse bezieht. Zudem ist die Institution in Abhängigkeit von gesellschaftlichen Verhältnissen, Erwartungen und Denktraditionen zu sehen. Der so produzierte wissenschaftliche Text und somit auch die wissenschaftliche Erkenntnis können, besonders wenn es sich um so komplexe Themen wie Wechselwirkungen von Körper, Psyche und Gesellschaft handelt, kaum ‚objektiv‘ sein. Die entscheidende Frage ist vielmehr, welche ‚Wahrheiten‘ sich im Laufe des Entstehungsprozesses psychosomatischer Medizin *durchgesetzt* haben. Dieser Frage gehe ich im folgenden Kapitel nach um zu unterstreichen, wie die zunehmend enge Bindung der Psychosomatik an den medizinischen Fachdiskurs Fragen nach den Schnittstellen von Körper, Psyche und Gesellschaft in den Hintergrund treten ließ.

6. Analyse

...spricht der Darm in allen psychoanalytischen Behandlungen mit...

Simmel 1924, S. 45

Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse sind zu Beginn des 20. Jahrhunderts nahezu eins. Auch direkt nach dem Zweiten Weltkrieg sind es Fragen nach unbewussten Konflikten, nach Tribschicksalen (also Lebensschicksalen) und der Wechselwirkung von Individuum und Gesellschaft, die die junge Disziplin prägen und sie als mögliche ‚Gegenmacht‘ erscheinen lassen zur vorherrschenden Perspektive auf Patient_innen als seelen- und geschichtslose ‚Werkstücke‘ (Mitscherlich 1978). In Kapitel 4 ist dieser Diskursstrang anhand jener Modellvorstellungen nachgezeichnet und diskutiert worden, die sich einer solchen Perspektive verschrieben haben. Es zeigt sich bereits hier, dass dieser hohe Anspruch bei genauerem Hinsehen nicht immer eingelöst wird (so beispielsweise bei von Uexküll und in den heute dominierenden Stressmodellen). Gemeinsam ist den hier diskutierten Modellvorstellungen Grundannahme, dass die Lebensgeschichte der Patient_innen von Bedeutung für die Erkrankung ist, dass sich (unerträgliche) Konflikte auf verschiedenen Ebenen ausdrücken

können. Als gesellschaftskritische Psychosomatiker_innen nach dem Zweiten Weltkrieg (im Sinne der Frage, welche Einflüsse die gesellschaftlichen Verhältnisse in der psychosomatischen Erkrankung entfalten) sind vornehmlich Alexander Mitscherlich, Karola Brede, Horst-Eberhard Richter und Siegfried Zepf zu nennen. Nichtsdestotrotz verbirgt sich auch in den weiteren dargestellten Ansätzen ein Potenzial zur Erhellung verinnerlichter Zwänge und Mechanismen: Die psychoanalytischen Ansätze sehen die zentrale Bedeutung des unbewussten Konflikts und suchen die auslösende Konfliktsituation, prominenter Vertreter ist hier Franz Alexander. Die internistischen Ansätze, hier vertreten durch Viktor von Weizsäcker und Thure von Uexküll, suchen zwar nicht systematisch nach Tribschicksalen, gehen jedoch auch in ihrer selektiven Rezeption der Psychoanalyse von unbewussten Beweggründen und inneren Konflikten aus, bei von Weizsäcker beschrieben durch die verschiedenen Ansprüche der ‚pathischen Kategorien‘. Und die Überlegungen Alfred Lorenzers zielen, wenn auch nicht ausdrücklich für die Psychosomatik, ganz explizit auf die durch gesellschaftliche Praxis geprägte Subjektkonstitution.

Die Betrachtung des Institutionalisierungsprozesses zeigt deutlich: Die Psychosomatik hat an institutioneller Macht gewonnen und ist mittlerweile fest in das Institutionengefüge der Medizin integriert, die Psychoanalyse ist kein notwendiger Bestandteil der Ausbildung mehr. Diese Zugehörigkeit ist unangefochten, die Medikalisierung der Psychosomatik ein institutionalisierter Fakt, eine Selbstverständlichkeit, eine Verortung psychosomatischer Institute an beispielsweise gesellschaftswissenschaftlich orientierten Fakultäten wurde während des Institutionalisierungsprozesses nicht ernsthaft diskutiert. Hier lässt sich mit Foucault fragen, ob das Selbstverständliche selbstverständlich sein muss (vgl. Jäger und Jäger 2007, S. 7). Die kritischen Fundamente der Psychosomatik konnten von der institutionellen Rahmgebung nicht unberührt bleiben. Welche Deutung, also auch gesellschaftliche Bedeutung, psychosomatischer Erkrankung beherrscht aber aktuell den Diskurs? Um empirisch zu unterstreichen, dass Überlegungen sowohl zu gesellschaftlichen Fragen als auch zur Dimension des Unbewussten dem Professionalisierungsprozess der Disziplin zum Opfer fielen, habe ich ein diskursanalytisch orientiertes Untersuchungsdesign gewählt. Erkenntnisleitend ist die Frage, wie sich das emanzipatorische Potenzial psychosomatischer Medizin im Fachdiskurs niederschlägt. Dafür von entscheidender Bedeutung war es, zunächst detailliert herauszuarbeiten, welches Potenzial der Psychosomatik innewohnt, um sich dann auf die Suche nach diesen möglichen Ansätzen im Spezialdiskurs begeben zu können.

Um das befreiende und gesellschaftskritische Potenzial Psychosomatischer Medizin diskursanalytisch zu rekonstruieren, orientiere ich mich an der Kritischen Diskursanalyse (KDA). Unter anderem Siegfried Jäger und Jürgen Link entwickelten diese an Michel Foucault angelehnte Herangehensweise am Duisburger Institut für Sprach- und Sozialforschung (vgl. Winter 2013, S. 144f.).

6.1 Zur methodischen Orientierung

Die Kritische Diskursanalyse betrachtet einzelne Texte als die Objektivationen von Diskurssträngen, Texte sind immer sozial und historisch rückgebunden (vgl. Winter 2013, S. 144). Der KDA geht es um die Geschichtlichkeit des Wissens, Diskurse sind zudem institutionalisiert und durch ihren Einfluss auf das Handeln der Menschen mit Machtwirkung ausgestattet. In Bezug auf öffentliche Diskurse ist der Begriff der „Wirkung“ wesentlich. Der Diskurs hat eine Wirkung auf das individuelle und das Massenbewusstsein, dass durch ihn geprägt wird. Dies hat Folgen für „das subjektive Handeln in und die kollektive Gestaltung von gesellschaftlicher Wirklichkeit, die ja beide Bewusstseinswirkungen zur Voraussetzung haben“ (Jäger 2015, S. 52). Ebenso hat jeder Diskurs innerhalb einer wissenschaftlichen Disziplin Einfluss auf das subjektive Handeln der Beteiligten und die „Wahrheitsproduktion“ dieser Wissenschaft, die wiederum auch in die umgebende Gesellschaft hineinragt. So entfaltet auch der innerwissenschaftliche Diskurs der Psychosomatik Macht, er prägt das Handeln der Beteiligten mit unmittelbaren Auswirkungen auf das konkrete Leiden der Patient_innen. Die KDA widmet sich häufiger gesellschaftlich brisanten Themen und ‚öffentlicheren‘ Konfliktdiskursen als wissenschaftlichen Spezialdiskursen, das Konzept der KDA eignet sich allerdings auch für die Analyse von Wissenschaft (vgl. Jäger und Jäger 2007, S. 16f.).

Dabei geht es der KDA nicht nur um die „Beschreibung von Sachverhalten“, diese diskursiven „Sachverhalte“ sollen auch wohlbegründet bewertet und kritisiert werden (vgl. zur Frage der Kritik Jäger 2015, S. 150f.). Der Beschreibung kommt allerdings bereits eine große Bedeutung zu.

„Denn“, so Jäger (2015, S. 150), „bereits die sachliche Beschreibung kann Mystifizierungen aufdecken, auf Widersprüche hinweisen, Interessen bloßzulegen [sic] und Unterschiede freilegen zwischen z.B. Aussagen und in ihnen enthaltenen Nahelegungen, Implikationen etc. So ist das Verfahren der KDA als solches bereits kritisch, da es herauszuarbeiten geeignet ist, was in unseren Gesellschaften als Wahrheit durchgesetzt wird und mit welchen Mitteln dies geschieht.“

Inwiefern die KDA an sich bereits eine solchermaßen ‚kritische‘ Methode darstellt oder erst abhängig von Thema, Gegenstand und Fragestellung, als eine solche genutzt werden *kann*, soll an dieser Stelle nicht diskutiert werden.

Die KDA betont die Bedeutung des Gesamtdiskurses, nicht der einzelnen individuellen Texte, aus denen sich dieser zusammensetzt. Alle Autor_innen bewegen sich im Denken und Schreiben innerhalb bestimmter Diskurse, eignen „sich ihre Momente aber immer auch individuell und widersprüchlich an“ (Winter 2013, S. 144). Erst der Diskurs erzielt *nachhaltige* Wirkung, er bildet und verfestigt „Wissenskerne“ (Jäger und Jäger 2007, S. 32), mit Fleck (1983) lässt sich formulieren, dass der innerwissenschaftliche Diskurs den *Denkstil* bestimmt. „Wissen/ feste Bewusstseins-elemente entstehen erst durch die Rezeption von Diskursen, d. h. durch dauerhafte und sich über lange Zeiträume erstreckende Konfrontation mit immer den

gleichen oder doch sehr ähnlichen Aussagen. Erst diese Rekursivität führt zu ihrer Verankerung im Bewusstsein der Subjekte“ (Jäger und Jäger 2007, S. 22).

Die KDA geht davon aus, dass Wirklichkeit ‚gedeutet‘ und nicht ‚erkannt‘ wird. Diese Deutungen variieren je nach „Interessenlage, nach Zielvorstellungen, Traditionen und unterschiedlicher Geschichte“ (Jäger und Jäger 2007, S. f.). Im Wissenschaftsbereich gilt dies für die ‚Gesellschaftswissenschaften‘ sicher in anderem Maß als für die ‚Naturwissenschaften‘, wobei auch bei letzteren jene tradierten Wissenskerne von Bedeutung sind (vgl. Kuhn 2003; Jäger 2004, für die Medizin als Wissenschaft auch Fleck 1983). In der Psychosomatik hat ja gerade die Deutung der Erkrankung (bzw. des Symptoms) einen äußerst zentralen Stellenwert und unmittelbaren Einfluss auf Diagnosestellung und Therapie. Durch diesen zentralen Stellenwert kommt einer diskursanalytischen Perspektive auf diese Deutungsmuster eine große Bedeutung zu.

Über das Wesen eines Diskurses kann nur durch die Untersuchung adäquater Schlüsseltexte etwas herausgefunden werden, deren Auswahl muss daher angemessen und sorgfältig erfolgen.

6.2 Materialauswahl

Zentrales Moment für jede Diskursanalyse ist die Auswahl der zu untersuchenden Schlüsseltexte. Einzelne Texte haben sowohl im Rahmen einer kritischen als auch einer wissenssoziologischen Diskursanalyse (WDA) – von Keller explizit als Forschungsperspektive betrachtet, nicht als spezifische Methode (vgl. Keller 2011, S. 140) – immer den Status von Diskursfragmenten, was eine entscheidende Differenz zu den Grundannahmen beispielsweise der *Objektiven Hermeneutik* darstellt. Es wird nicht davon ausgegangen, dass in einem Diskursfragment nur ein einziger Diskurs und dieser noch dazu vollständig repräsentiert ist. „Vielmehr“, so Keller, „muß der Stellenwert der analysierten Dokumente im Hinblick auf den Diskurs begründet werden“ (a. a. O., S. 150). Und um diese Auswahl zu treffen, „ist eine gründliche Kenntnis des gesamten untersuchten (enger oder weiter umgrenzten) Diskursstranges notwendig“ (Winter 2013, S. 144f.). In den vorangegangenen Kapiteln ist gründlich herausgearbeitet worden, welche Bedeutung die Verbindung von Körper, Psyche und Gesellschaft für die Psychosomatik hat und wie zentral diese Dimensionen in ihrer Anfangszeit gewesen sind. Die Dimension des Unbewussten und ein Konfliktverständnis, das auch unbewusste Konflikte einschließt, sind davon nicht zu trennen. Zudem ist das institutionelle Feld, indem dieser Diskurs stattfand und -findet, umrissen worden. Um nun empirisch zu unterstreichen, was mit diesen zentralen Momenten psychosomatischer Medizin im Verlauf ihrer Professionalisierungsgeschichte geschah, werden diese angelehnt an die KDA verfolgt.

Aufgrund der Fülle an möglichem Quellenmaterial (beispielsweise weitere fachspezifische Zeitschriften, andere Krankheitsbilder, Lehrbücher, Tagungsberichte etc.) muss exemplarisch ausgewählt werden. Die hier vorgenommene Analyse fokussiert notwendigerweise auf einen bestimmten, engen Diskursstrang und betrachtet diesen über einen Zeitraum von 60 Jahren. Da

es sich bei der Psychosomatik um eine Schnittmengen-Disziplin handelt, wird die auflagenstärkste Fachzeitschrift eben dieser Schnittmengen-Disziplin untersucht, die *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*. Die Zeitschrift erscheint unter verschiedenen Namen seit 1954 und ist eines der größten Fachorgane der Fachrichtung. Wissenschaftliche Zeitschriften dienen auch der Professionalisierung der jeweiligen Fachbereiche, wobei Meinungen sowohl gespiegelt als auch generiert werden können (vgl. Stöckel 2009), hier findet ein großer Teil des wissenschaftlichen Diskurses statt. Auch Stichweh (1988) verweist in seinen Überlegungen zur Ausdifferenzierung von Wissenschaft auf die große Bedeutung der ‚Scientific Communities‘, die besonders mit der Einführung von Fachzeitschriften an Bedeutung gewannen, die wiederum ein Forum für die ‚Selbstvergewisserung‘ der Wissenschaft darstellen. Die *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* (meist abgekürzt: Z Psychosom Med Psys) vermittelt dem eigenen Anspruch nach einen systematischen Überblick über das Gesamtgebiet der Psychosomatischen Medizin und ist das Organ der *Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und ärztliche Psychotherapie e.V.* (DGPM). Sie erscheint im Verlag Vandenhoeck & Ruprecht und versteht sich „als Diskussionsforum für den interdisziplinären Erfahrungsaustausch mit dem Ziel, die wissenschaftlichen Einsichten über das Zusammenwirken von psychischen und somatischen Faktoren im Krankheitsgeschehen zu fördern, psychoanalytisches Wissen zu vertiefen [!] und zur Erschließung neuer therapeutischer Möglichkeiten beizutragen“ (Vandenhoeck & Ruprecht 2019). Eingereichte Arbeiten durchlaufen ein Peerreview-Verfahren, womit sich in der Tendenz eine Art ‚kollektive‘ Meinung widerspiegelt. Es erscheinen jährlich 4 Hefte. Durch die kontinuierliche Publikation seit 1954 ist diese Zeitschrift eine Art Zeitzeugin der professionalisierten Psychosomatischen Medizin in der Bundesrepublik. Im Januar 2019 betrug die Auflage etwa 1.700 Exemplare, über die Entwicklung der Auflagenhöhe in den letzten Jahrzehnten konnte der Verlag leider keine Auskunft geben (persönliche Mitteilung des Verlages per Email vom 19.01.2019). Es kann eingewendet werden, dass auch andere Zeitschriften aus dem Feld hätten untersucht werden können, angeboten hätte sich etwa die *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* (PPmP). Diese erscheint mit einer Druckauflage von 820 Exemplaren und ist das Organ des DKPM (vgl. Thiemeverlag 2019). Von 1951-1974 erschien sie unter dem Namen *Zeitschrift für Psychotherapie und medizinische Psychologie*, von 1974-1979 hieß sie *Psychotherapie, medizinische Psychologie*. Bis dahin war sie das Organ der *Allgemeinen Ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie* und der *Österreichischen Ärztesgesellschaft für Psychotherapie*. Sie hätte sich sicher auch für die hier vorliegende Fragestellung geeignet, die *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* ist allerdings die naheliegendste Wahl, da sie vom ersten Erscheinen an ganz explizit auf die Psychosomatik ausgerichtet war und die hier vorliegende Untersuchung auf die Bundesrepublik eingegrenzt ist. Zudem erscheint sie in höherer Auflage, was eine stärkere Diskurposition mit sich bringt. Ebenso ist bei der Materialauswahl zu berücksichtigen, dass der

Diskurs sich auf einen anderen Schauplatz verlagern könnte, in eine eigens aus kritischer Perspektive heraus gegründete Zeitschrift für Psychosomatik beispielsweise. Die Zeitschrift *Dr. med. Mabuse* verfolgt einen kritischen Anspruch, richtet sich allerdings an alle Gesundheitsberufe und nicht explizit an die Psychosomatik. Es geht in dieser Untersuchung ja gerade darum, die Entwicklungen auch in Rückkopplung mit dem Institutionalisierungsprozess zu betrachten, daher ist die Bindung des hier zu untersuchenden Materials an dieses institutionelle Feld von Bedeutung. Diese ist durch die Bindung der ausgewählten Zeitschrift an die DGPM gegeben. Zudem erfüllt sie das Kriterium eines Erscheinungszeitraumes seit Beginn der 1950-er Jahre.

Zugleich machte dieser lange Erscheinungszeitraum eine Eingrenzung des Materials notwendig. Die engere Auswahl der Aufsätze erfolgte unter folgenden Gesichtspunkten: Es musste erstens eine thematische Orientierung erfolgen, die sich im gesamten Untersuchungszeitraum findet, zweitens mussten sich Veränderungen in den Konzeptdebatten niederschlagen und drittens musste die Materialmenge zu bewältigen sein. Eine Orientierung an bestimmten Autor_innen kam nicht in Frage, da hier wiederum die Materialmenge nicht groß genug gewesen wäre und zudem ja gerade aufgezeigt werden sollte, wie sich der gesamte Diskurs gestaltet. Der KDA geht es darum, anhand von Äußerungen zentrale Aussagen zu ermitteln. Um die diskursiven Veränderungen in diesen Aussagen aufzeigen zu können, so grundlegende Überlegung, kann der Diskurs exemplarisch anhand eines Krankheitsbildes analysiert werden, da sich hier am konkreten Fall die ‚Anwendung‘ paradigmatischer Grundannahmen offenbart. Da die Diagnostik über den gesamten Untersuchungszeitraum an Symptomen orientiert ist und diese körperlichen ‚Krankheitssymptome‘ sich nicht grundlegend verändern, sollten sich daran die diskursiven Entwicklungen deutlich zeigen lassen. Die Wahl fiel schließlich auf Erkrankungen des Verdauungssystems. Magen-Darm-Erkrankungen sind bereits in Alexanders ‚Holy Seven‘ vertreten und wurden seither immer wieder auch aus psychosomatischer Perspektive untersucht. Mittlerweile sind die funktionellen gastrointestinalen Störungen (FGIS) und die chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED) zudem die nach dem biopsychosozialen Modell meist erforschten Darmerkrankungen, am intensivsten untersucht wurde das Reizdarmsyndrom (vgl. Moser 2006). Diese Erkrankungen gehen häufig mit starker Einschränkung der Lebensqualität und verminderter Arbeitsfähigkeit einher, zumal die Betroffenen nicht selten jahre- oder jahrzehntelang darunter leiden. Als medizinisch ‚besiegt‘ können auch heute weder das Reizdarmsyndrom noch die chronisch entzündlichen Darmerkrankungen betrachtet werden. Die Entdeckung des in Verbindung mit der Entstehung des Ulkusleidens stehenden Bakteriums *Helicobacter pylori* während des hier untersuchten Zeitraumes kann zudem als eine Art „diskursives Ereignis“ im Sinne der KDA begriffen werden. Exemplarisch, so die Vermutung, könnte es skizzenhaft den Umgang der Psychosomatik mit einer Entdeckung spiegeln, die jenen Vorwurf des ‚Philosophierens‘ zunächst zu unterstreichen scheint: Wo das Ulkusleiden jahrzehntelang als psychosomatisches Leiden (im Sinne einer Erkrankung ohne feststellbare organische Ursache)

gehandelt wurde, gibt es nun einen ‚objektiv‘ festzustellenden Erreger. Mittel zur Behandlung des peptischen Ulkus belegten in der Verschreibungshäufigkeit auch 2017 noch bundesweit den dritten Rang, sowohl in der Häufigkeit der verordneten Präparate, als auch der Menge der Tagesdosen (vgl. Techniker Krankenkasse 2018). Dass sich hier bereits verschiedene Auffassungen von Psychosomatik begegnen, wird weiter unten diskutiert. In dieses Korpus gingen alle von 1954-2014 in der Zeitschrift publizierten Aufsätze ein, die zum Schwerpunkt die Beschäftigung mit Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes haben, ausgenommen onkologische Erkrankungen. Zur Orientierung im Zeitverlauf und als Übersicht sind sie hier chronologisch nach Erscheinungsdatum aufgelistet:

- Schwidder, W. (1954/55): Psychische Faktoren bei Magen- und Darmerkrankungen.
- Glatzel, H. (1954/55): Zur Psychosomatik der Ulkuskrankheit. Ergebnisse einer klinischen Arbeitsrichtung.
- Glatzel, H. (1955/56): Zur Psychosomatik der Ulkuskrankheit. Antworten auf die Fragen von H. Rehder.
- Hagspihl, K. (1954/55): Das Besitzproblem im auslösenden Konflikt bei Magen- und Darmerkrankungen.
- Schellack, D. (1954/55): Neurosenpsychologische Faktoren in der Ätiologie und Pathogenese der afebrilen Colitis ulcerosa chronica.
- Garma, A. (1957/58): Psychische Faktoren bei gastrischen und Duodenalulcera.
- Schellack, D. (1958/59a): Grundsätzliches zur Psychosomatik von Darmkrankheiten, insbesondere des spastischen Colon (Teil I).
- Schellack, D. (1958/59b): Grundsätzliches zur Psychosomatik von Darmkrankheiten, insbesondere des spastischen Colon (Teil II).
- Sperling, M. (1958/59): Psychiatrische Aspekte der ulcerativen Colitis.
- Schellack, D. (1960): Grundsätzliches zur Psychosomatik von Darmkrankheiten, insbesondere des spastischen Colon (Teil III).
- Sperling, M. (1963): Psychoanalytische Studie über einen Fall von chronischer Colitis ulcerosa.
- Bourquin, M.; Kerekjarto, M. v. (1964): Mögliche Ursachen der Entstehung einer chronischen Magenerkrankung bei einem eineiigen Zwillingspaaring.
- Dreyer, H.; Görge, Th. (1964): Über die Verteilung von Magenkrankheiten auf bestimmte Belegschaftsgruppen eines westdeutschen Großbetriebes.
- Zauner, J. (1967): Beitrag zur Psychosomatik des operierten Ulkuskranken.
- Schulz, L. (1969): Über einen Fall von Colitis ulcerosa.
- Hagedorn, E. (1972): Zur Pathogenese psychosomatischer Colonerkrankungen. Beziehungen zwischen Pathophysiologie und Psychodynamik.
- Jörgens, H.; Dieckhöfer, K. (1972): Internistische und psychopathologische Aspekte zur Colitis ulcerosa. (mit kasuistischen Beiträgen).
- Eckensberger, D.; Overbeck, G.; Wolff, E. (1977): Ein objektivierendes Verfahren zur diagnostischen Untergruppenbildung von Ulkuskranken.
- Császár, G.; Juhász, E. (1979): Untersuchungen von zwei psychosomatischen Erkrankungen des gastrointestinalen Systems (Ulkus, Kolitis) mittels des Frustrationstests.
- Zepf, S.; Künsebeck, H. W.; Sittaro, N. (1981): Körperbeschwerden und narzißtische Objektbeziehung bei Patienten mit Colitis ulcerosa.

- Reindell, A.; Ferner, H.; Gmelin, K. (1981): Zur psychosomatischen Differenzierung zwischen Colitis ulcerosa und Ileitis terminalis (M Crohn).
- Kipnowski, J.; Kipnowski, A. (1981): Psychosomatischer Beitrag zur Ätiopathogenese der Colitis ulcerosa.
- Möhlen, K.; Brähler, E. (1984): Beschwerdebild und Selbstkonzept von Patienten mit Ulcus duodeni vor und 4 Jahre nach einer Operation.
- Wirsching, M. (1984): Familientherapeutische Aspekte bei Colitis ulcerosa und Morbus Crohn.
- Leibig, Th.; Wilke, E.; Feiereis, H. (1985): Zur Persönlichkeitsstruktur von Patienten mit Colitis ulcerosa und Morbus Crohn, eine testpsychologische Untersuchung während der Krankheitsremission.
- Biebl, W.; Platz, Th.; Bergant, A.; Judmaier, G. (1986): Untersuchungen zur Ulcuskrankheit. Untersuchung bei Patienten mit chronisch rezidivierenden Ulcus duodendi mit dem Versuch einer Differenzierung in Subgruppen anhand von Erkrankungsalter, psychopathologischen und biographischen Daten.
- Ahrens, St.; Deffner, G.; Feiereis, H. (1986): Zur Differenzierung von Colitis- und Morbus-Crohn-Kranken anhand psychosozialer Variablen.
- Probst, B.; Wietersheim, J. v.; Wilke, E.; Feiereis, H. (1990): Soziale Integration von Morbus-Crohn- und Colitis-ulcerosa-Patienten. Studie zur Wechselwirkung somatischer, psychischer und sozialer Faktoren.
- Deter, H.-C.; Manz, R.; Becker, M.; Gladisch, R. (1991): Soziale Unterstützung in ihrer Beziehung zu körperlichen und seelischen Befunden bei Morbus-Crohn-Patienten.
- Lieberz, K. (1991): Colitis ulcerosa. Ein Beitrag zur Verursachungsdiskussion.
- Alexander, F. (1994): Der Einfluß psychologischer Faktoren auf gastrointestinale Störungen: Ein Symposium.
- Leibing, E.; Kraul, A.; Bergter, W.; Rüger, U. (1998): Das „Irritable-Bowel-Syndrome“ (Colon irritabile).
- Gross, M.; Herrmann, Ch. (1999): Das Ulcusleiden – nur eine Infektionskrankheit?
- Haller, Ch.; Kemmler, G.; Judmair, G.; Rathner, G.; Kinzl, H.; Richter, R.; Günther, V. (2003): Soziales Netzwerk und soziale Unterstützung bei Patienten mit chronisch entzündlicher Darmerkrankung.
- Moser, G. (2006): Psychosomatik der Darmerkrankungen.
- Martens, U.; Czerwenka, S.; Schrauth, M.; Kowalski, A.; Enck, P.; Hartmann, M. (2010): Körperbild und psychische Komorbidität bei Patienten mit somatoformen autonomen Funktionsstörungen des oberen und unteren Gastrointestinaltrakts.
- Cámara, R. J. A.; Begré, St.; Känel, R. v. (2010): Der Effekt stressreduzierender Interventionen auf chronisch entzündliche Darmerkrankungen: Qualitätskontrolle von zehn therapeutischen Studien.

In diesen Aufsätzen, die den Textkorpus darstellen, können nun Aussagen ermittelt werden.

6.3 Zur Auswertung

Die Diskursanalyse zielt auf die Ermittlung von Aussagen, „indem sie Diskurs- und Dispositivfragmente gleicher Inhalte, getrennt nach Themen und Unterthemen, empirisch auflistet und deren Inhalte und Häufungen sowie ihre formalen Beschaffenheiten zu erfassen sucht und analysiert“ (Jäger 2015, S. 95). Unter Aussagen sind verhältnismäßig homogene

Inhalte zu verstehen die sich sowohl explizit als auch implizit, häufig über Kollektivsymbolik, ausdrücken. In dem hier untersuchten wissenschaftlichen Spezialdiskurs spielen Kollektivsymboliken aufgrund der Besonderheit wissenschaftlicher Textproduktion (,trockener‘ Stil, Bemühen um ,Objektivität‘) keine so herausragende Rolle wie in ,öffentlicheren‘ Diskurssträngen. Sie können hier vernachlässigt werden. Für diese Analyse sind die inhaltlich-ideologischen Aussagen entscheidend, die die Verortung der psychosomatischen Erkrankung im Spannungsfeld Körper – Psyche – Gesellschaft betreffen. Um diese Aussagen zu bestimmen, mussten die entscheidenden Diskursfragmente herausgearbeitet werden. Diskursfragmente sind Texte oder Textteile, die ein bestimmtes Thema behandeln. „Diskursfragmente verbinden sich demgemäß zu Diskurssträngen. Ihre Erfassung bildet die Grundlage für die Bestimmung von Aussagen (Jäger und Jäger 2007, S. 27). Der grundlegenden Fragestellung nach der gesellschaftlichen Dimension der Psychosomatik und der Position der Psychoanalyse, besonders der des unbewussten Konflikts, konnte nun anhand der Ermittlung von Aussagen nachgegangen werden. Aus allen Aufsätzen wurden jene Diskursfragmente in die Analyse mit einbezogen, die Äußerungen zu folgenden Themen treffen:

1. Gesellschaftliche und soziale Bezüge, 2. Status von psychoanalytischem Gedankengut (einschließlich der Dimension des Unbewussten), 3. methodische Herangehensweise, 4. Bedeutung von Persönlichkeit, Psychodynamik und Konfliktsituation, 5. Überlegungen zur Symptomverschiebung und zum primär organischen Faktor.

Die möglichen Aussagen zu diesen Themen, beziehungsweise der Umgang damit, wurden in einem ersten Analyseschritt ermittelt. Diese Aussagen werden im Folgenden für jeden Diskursstrang einzeln erläutert. Die so ermittelten zentralen Textpassagen, die das Dossier der Untersuchung bilden, werden zur besseren Nachvollziehbarkeit ausführlich zitiert und diskutiert.

6.3.1 Gesellschaftliche und soziale Bezüge

Neben den ausdrücklichen Bezügen zu gesellschaftlichen Fragestellungen war von Interesse, ob und inwieweit der Fokus auch ohne expliziten Gesellschaftsbezug hinausgeht über eine ausschließlich individuumsorientierte Perspektive. Dies findet sich auf drei Ebenen:

1. Bezüge zur Gesellschaft und der Zeitgeschichte werden erwähnt.
2. Die aktuelle Lebenssituation, einschließlich Familie und/oder Beruf, steht im Fokus.
3. Das soziale Netz bzw. die soziale Integration werden untersucht.

6.3.2 Status von psychoanalytischem Gedankengut

Der Status der Psychoanalyse betrifft unmittelbar die Dimension des Unbewussten, ebenso ist dieses für das Konfliktverständnis (siehe 6.3.4) zentral. Daher wurden diese beiden Punkte getrennt untersucht und die jeweilige Bedeutung des Unbewussten mit berücksichtigt. Für den Status von psychoanalytischem Gedankengut ergaben sich folgende Diskurspositionen:

1. Die Ergebnisse sind genuin psychoanalytisch.
2. Die Untersuchung ist an psychoanalytische Überlegungen angelehnt.
3. Die Literaturwiedergabe ist primär psychoanalytisch orientiert.
4. Die Psychoanalyse steht neben anderen Methoden.
5. Psychoanalytische Kategorien spielen keine Rolle.

Das Verhältnis von der Darstellung eigener Forschungsergebnisse und Literaturdiskussion differiert in den untersuchten Aufsätzen erwartungsgemäß sehr. Durch diese Einteilung wird deutlich, wo die Erkenntnis selbst der psychoanalytischen Arbeit entspringt und durch die Abstufungen zwischen 4. und 5. ist eine graduellere Betrachtung möglich als es eine denkbare Unterteilung in Psychoanalyse ja – nein erlauben würde. Dass wir kaum von ‚der Psychoanalyse‘ schlechthin sprechen könnten, sollte an diesem Punkt bereits deutlich geworden sein. Die Bezeichnung „psychoanalytische Kategorien“ ist daher bewusst weiträumig gefasst, so geht es hier vor allem darum, ob sich die Annahme einer unbewussten Dimension findet.

6.3.3 Die methodische Herangehensweise

Die für eine Untersuchung gewählte Methode ist besonders in dem Zusammenhang mit der Frage nach dem Verbleib der Psychoanalyse von Interesse, die Forschenden wählen über die Zeit sehr unterschiedliche methodische Zugänge. Da Methode und theoretischer Zugang sich hier zwar erwartungsgemäß häufig entsprechen, allerdings nicht immer deckungsgleich verhalten, wurden die angewendeten Forschungsmethoden separat untersucht. So kann durch das Nachzeichnen der Methodenwahl über die Zeit auch aufgezeigt werden, auf Basis welcher methodischen Ansätze die Psychosomatik ihre Erkenntnisse gewann und gewinnt. Hier wurden folgende Positionen unterschieden:

1. Psychoanalytische Fallgeschichten sind primärer Forschungsgegenstand.
2. Der Aufsatz diskutiert bereits bekannte Ergebnisse und/oder liefert einen Literaturüberblick.
3. Testpsychologische Untersuchungen und/oder standardisierte Interviews sind primärer Forschungsgegenstand.
4. Die Untersuchung ist soziologisch orientiert.

Die Zusammenfassung von testpsychologischen Untersuchungen und standardisierten Interviews unter eine Rubrik hat den Hintergrund, dass zum einen beide in der Tendenz die unbewusste Dimension kaum ohne weiteren Aufwand berücksichtigen können, zum anderen werden sie häufig in denselben Untersuchungen angewandt. Ebenso wie es innerhalb psychoanalytisch ausgerichteter Forschung große Unterschiede gibt, wäre es auch vereinfachend, jede testpsychologische Untersuchung gleichzusetzen. Die Unterschiede werden weiter unten diskutiert, für die Feststellung einer Tendenz in der Methodenwahl reicht diese Rubrik allerdings aus.

6.3.4 Bedeutung von Persönlichkeit, Psychodynamik und Konfliktsituation

Die Frage nach dem Zusammenhang zwischen bestimmten Persönlichkeitsanteilen oder bestimmten psychodynamischen Vorgängen und psychosomatischen Erkrankungen durchzieht die Literatur in verschiedener Ausprägung und Schwerpunktsetzung, meist bezeichnet mit dem Begriff der *Spezifität* psychosomatischer Erkrankungen. Zentrale Größe ist zudem vorwiegend eine auslösende Konfliktsituation. Ob diese Zusammenhänge beispielsweise in der Korrelation jeweils spezifischer psychodynamischer Vorgänge und körperlicher Symptome gesehen werden, in der Korrelation eher ‚phänotypischer‘ Persönlichkeitsmerkmale und Objektverlust oder auch in der Form der Krankheitsverarbeitung, ist unterschiedlich. Hier interessiert besonders, wie sich die psychodynamischen Vorstellungen verändert haben und inwiefern die Zusammenhänge zwischen diesen und der ‚auslösenden Lebenssituation‘ noch zentral sind. Dafür wurden die Aufsätze folgendermaßen unterteilt:

1. Suche nach spezifischen psychodynamischen Konflikten. (Neurotischer) Entwicklung wird in der Tendenz ursächliche, der Konfliktsituation auslösende Bedeutung zugesprochen.
2. Der Schwerpunkt in der Betrachtung liegt auf auslösender (Lebens-)Situation.
3. Primär wird nach auslösender Konfliktsituation und (spezifischen) Persönlichkeitsmerkmalen gesucht.
4. Die Suche nach spezifischen Persönlichkeitsmerkmalen überwiegt.
5. Persönlichkeit, Psychodynamik und Konfliktsituation spielen keine nennenswerte Rolle.

6.3.5 Symptomverschiebung und primär organischer Faktor

In den ätiologischen oder ätiopathogenetischen Überlegungen geht es immer um den möglichen Einfluss psychischer Faktoren – bis heute gilt die Ätiologie zumindest der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen und des Reizdarmsyndroms weitestgehend als ungeklärt, die Gewichtung vermuteter Einflussgrößen variiert jedoch im Detail. Die Aufsätze lassen sich daher nicht ohne weiteres nach ätiologischen Vorstellungen aufschlüsseln. Mit den vorhergehenden Kategorien wurden bereits zentrale Annahmen untersucht, die die Krankheitsursachen betreffen. Hier sollen noch gesondert drei bedeutsame Punkte hervorgehoben werden:

- A. Symptomverschiebung wird diskutiert.
- B. Somatisches Entgegenkommen oder entsprechende Faktoren werden diskutiert.
- C. Primär organische Ursache wird explizit angenommen.

Die Diskussion und Untersuchung möglicher Symptomverschiebungen (beispielsweise im Falle der chirurgischen Entfernung bestimmter Darmabschnitte) zeugt von der primären Noxe, dass der (innere) Konflikt eine zentrale Rolle in der Krankheitsentstehung und -entwicklung einnimmt. So wird mit Punkt A. auf eine Perspektive verwiesen, die über möglicherweise nur kurzzeitige symptomatisch orientierte ‚Heilerfolge‘ hinausreicht.

Der Vorwurf, psychosomatische (bzw. psychogenetische) Betrachtungen würden die somatische Seite nicht berücksichtigen, trifft zumindest in diesem Material kaum zu. Dass bereits in den früheren Überlegungen auch von körperlicher Veranlagung ausgegangen und versucht wurde, die jeweiligen Zusammenhänge aufzuschlüsseln, zeigen die Beispiele unter Punkt B. Unter Punkt C. fallen nur zwei Aufsätze, die für Subgruppen explizit eine primär organische Ursache annehmen. Für den Verlauf des Diskurses ist dies insofern interessant, als dass es eine Schwerpunktverschiebung bedeutet.

6.4 Ergebnisse

Die Ergebnisse werden ausführlich diskutiert und mit den entscheidenden Zitaten belegt. Als Orientierung und Überblick kann die folgende Tabelle dienen. Nach Aufsätzen sortiert ist hier für jeden Aufsatz und jeden der untersuchten Diskursstränge die jeweils ermittelte Hauptaussage festgehalten, soweit sich Äußerungen zu den Themen feststellen ließen. Die zugehörigen Aussagen finden sich in der unten folgenden ausführlichen Auswertung.

Aufsatz	Gesellschaftliche und soziale Bezüge	Status von psychoanalytischem Gedankengut	Die methodische Herangehensweise	Bedeutung von Persönlichkeit, Psychodynamik und Konfliktsituation	Symptomverschiebung und primär organischer Faktor
Schwidder (1954/55)	1.	1.	2.	1.	B.
Glatzel (1954/55)	1.	3.	2.	1.	
Hagspihl (1954/55)	1.	1.	1.	1.	
Schellack (1954/55)	1.	1.	1.	1.	A.
Garma (1957/58)		1.	1.	1.	A.
Schellack (1958/59a)	1.	1.	1.	1.	A.
Schellack (1958/59b)	1.	1.	1.	1.	B.
Sperling (1958/59)	2.	1.	1.	1.	B.
Schellack (1960)	1.	1.	1.	1.	B.
Sperling (1963)		1.	1.	1.	
Bourquin/Kerekjarto (1964)		2.	3.	1.	
Dreyer und Görges (1964)	2.	5.	4.	2.	
Zauner (1967)		2.	1.	1.	A.
Schulz (1969)		1.	1.	1.	B.
Hagedorn (1972)	1.	3.	2.	1.	
Jörgens/Dieckhöfer (1972)	1.	5.	3.	3.	
Eckensberger et al. (1977)	2.	2.	3.	1.	
Császár/Juhász (1979)		4.	3.	3.	

Zepf et al. (1981)	1.	2.	3.	1.	
Reindell et al. (1981)		2.	3.	3.	
Kipnowski/ Kipnowski (1981)		5.	3.	3.	C.
Möhlen/ Brähler (1984)		2.	3.	1.	A.
Wirsching (1984)	2.	2.	1.	1.	
Leibig et al. (1985)		2.	3.	4.	
Biebl et al. (1986)		2.	3.	2.	A.
Ahrens et al. (1986)	2.	2.	3.	4.	
Probst et al. (1990)	3.	5.	3.	3.	
Deter et al. (1991)	3.	2.	3.	4.	
Lieberz (1991)		2.	3.	4.	C.
Alexander (1994)	2.	1.	1.	1.	
Leibing et al. (1998)		4.	2.	3.	
Gross/ Herrmann (1999)	2.	4.	2.	4.	
Haller et al. (2003)	3.	4.	3.	5.	
Moser (2006)		4.	2.	3.	
Martens et al. (2010)		5.	3.	4.	
Cámara et al. (2010)		5.	2.	5.	

Eine Debatte um den Aufsatz von Glatzel (1954/55) wird in der Diskussion dargestellt und wurde aufgrund der Kürze der Beiträge nicht unter die Kategorien gefasst, es handelt sich um den Beitrag von Rehder (1955/56) und die Antwort von Glatzel (1955/56).

6.4.1 Gesellschaftliche und soziale Bezüge

Bezüge über eine ausschließlich individuumszentrierte Perspektive hinaus finden sich in verschiedener Weise. Besonders die unter 1. gefassten Aufsätze erwähnen gesellschaftliche Bezüge, während die unter 2. gefassten Aufsätze mehr familiäre Konstellationen und die unter 3. gefassten das soziale Netz in den Fokus rücken. Hier sei noch einmal darauf hingewiesen, dass natürlich Überschneidungen vorliegen und die psychoanalytischen Fallvignetten in

gewisser Weise immer die familiären Konstellationen mitberücksichtigen. Dies hat allerdings eine andere Systematik, die meist auf die psychosexuelle Entwicklung fokussiert, als der Versuch, die aktuelle Familiendynamik zu durchdringen. Um dies zu erläutern und zu vertiefen, erfolgt hier ein chronologisch orientierter Einblick in diese Betrachtungsweisen über die sechs Jahrzehnte von 1954 bis 2014.

Bereits im ersten Aufsatz zum Themenkomplex der Magen-Darmerkrankungen stellt Schwidder fest: „Bezeichnet man die Verdauungsstörungen als Zivilisationskrankheit, müssten konsequenterweise die gesamten Lebensbedingungen, einschließlich aller Erlebnisabläufe und seelischer Konfliktsituationen, auf ihre ätiologische Bedeutung untersucht werden“ (Schwidder 1954/55, S. 4f.). Dies könnte sich auch als programmatischer Anspruch lesen. Eine erhöhte Krankheitsdisposition im Sinne von Zivilisationskrankheiten bei den „Kulturvölkern“ betrachtet er als eine nicht genügend gestützte Hypothese (ebd.). In diesem Zusammenhang sei hier noch einmal darauf verwiesen, dass es in dieser vorliegenden Analyse nicht darum geht, allgemeingültige ätiologische Antworten zu finden, sondern viel mehr aufzuzeigen, welche möglichen Einflussfaktoren in den Untersuchungen welcher Gewichtung unterliegen. Solche möglichen Einflussfaktoren auch in der gesellschaftlichen Lage erwähnt beispielsweise Glatzel, ebenfalls im ersten Heft der Zeitschrift. Im Zusammenhang mit dem Ulkusleiden nennt er perspektivisch „Häufigkeitsänderungen unter dem Einfluss des Krieges, die Verschiebungen der Geschlechterproportion und Geschwürlokalisation, die geographischen und sozialen Häufigkeitsunterschiede“ (Glatzel 1954/55, S. 20) als mögliche Einflussgrößen beziehungsweise sinnvolle Forschungsfelder. Hagspihl (1954/55) streift bei der Untersuchung des Besitzproblems im auslösenden Konflikt bei Magen- und Darmerkrankungen die zeitgeschichtliche Ebene mit der Überlegung, ob nicht die „Hungerjahre“ guten Nährboden für Versuchungs- und Versagungssituationen gebildet haben könnten. Zugleich verweist er darauf, dass auch nach außen hin ganz unauffällige Schicksalskonstellationen ätiologisch bedeutsam sein können (S. 23), also im Rückschluss die subjektive Lebensgeschichte im Kontext des zeitgeschichtlichen Rahmens betrachtet werden müsste. Die äußeren Umstände der jeweils geschilderten Lebensgeschichte streift auch Schellack, indem zeitgeschichtliche Ereignisse wie Krieg und Währungsreform zumindest Erwähnung finden, wobei allerdings keine konkreten Kriegserlebnisse beschrieben werden (Schellack 1954/55). Eine differenzierte Auseinandersetzung mit Fragen zu (psychosomatischer) Krankheit und Geschlechterverhältnissen findet im untersuchten Textmaterial nicht statt. Im Kontext der Diskussion um Spezifität bezieht sich Rehder allerdings auf die Geschlechterverteilung, mit interessanten Attributen: „Warum werden so sehr viel mehr Männer ulkuskrank? Sind nicht eher Frauen ‚überdurchschnittlich empfindsam‘, überdurchschnittlich gefühlserregbar?“ (Rehder 1955/56, S. 54). Auf Rehders Auseinandersetzung mit dem Aufsatz von Glatzel (1954/55) und dessen Erwiderung (Glatzel 1955/56) wird weiter unten in der Diskussion noch gesondert eingegangen. Mehr als die (im gesamten Textmaterial kaum diskutierte) Geschlechterfrage verortet Glatzel Zusammenhänge mit Beruf und Karriere. In der

„Auffassung der Ulkuskrankheit als Erlebnisreaktion mit vorwiegend beruflichen Inhalten“ (Glatzel 1955/56, S. 57) sieht er den Schlüssel zum Verständnis der Altersverteilung, die von Rehder als offene Frage angeführt wird – ein Gipfel um das dreißigste Lebensjahr. Ein weiterer Schwenk auf gesellschaftliche Zusammenhänge ist Glatzels Betrachtung der Nachkriegszeit als Lehre für die Beachtung solcher Faktoren: „wieviele Menschen sahen wir ulkuskrank werden [...] die aus Sicherheit, Bürgerlichkeit, Amt und Würden geworfen wurden und über Nacht vor dem Nichts, der Einsamkeit und der Aussichtslosigkeit standen!“ (ebd.).

Über solche sozioökonomischen Bezüge hinaus tauchen in den früheren Publikationen auch Überlegungen zu gängigen ‚pädagogischen‘ Konzepten auf, im Zusammenhang mit Erkrankungen des Verdauungstraktes drängt sich die Sauberkeitserziehung förmlich auf. Schellack betrachtet beispielsweise die „Sauberkeitsdressur“ als ein mögliches Element in der Genese der Darmerkrankungen, macht sie aber nicht alleine als Faktor für Entstehung psychosomatischer Darmkrankheiten verantwortlich (Schellack 1958/59a, S. 33f.). Dies hat insofern einen Gesellschaftsbezug, als dass weit verbreitete Vorstellungen von ‚richtiger‘ Erziehung an jedem historischen Ort sowohl den Zeitgeist spiegeln als auch prägende Kräfte entfalten, wobei dies von Schellack nicht systematisch untersucht wird. Eingehender widmet er sich möglicherweise in Zusammenhang mit Darmerkrankungen stehenden Besitzkonflikten. So verweist er auf Untersuchungen, die zu dem Schluss kommen, dass die Colitis „häufig bei niederem, selten bei hohem sozialen Niveau auftritt“ (Schellack 1958/59b, S. 104). Weiterhin schreibt er: „Es ist auch hervorzuheben, daß für die Kopplung zwischen Besitz- und Geltungskonflikten soziologische Faktoren eine bedeutende Rolle spielen“ (a. a. O., S. 107). Hier verweist er (in einer Fußnote) auf Karen Horney (Horney 2014), die die „Sucht nach Macht, Anerkennung und Besitz“ als „häufig benutzten Weg erkannt hat, sich Beruhigung gegen Angst zu verschaffen und als Aspekte eines einzigen Problems ansieht“ (Schellack ebd., FN 5). Auch im darauffolgenden Aufsatz nimmt Schellack auf Aspekte gesellschaftlicher Entwicklung Bezug, zusammenhängend mit Besitzkonflikten auf den Umstand, dass „sich im Laufe der Jahre mit der Vergrößerung des Wirtschaftswunders auch die Ansprüche gesteigert hatten“ (Schellack 1960, S. 103). Das Verhältnis von Müttern und Vätern begreift er vor dem Hintergrund des „harten Konkurrenzkampf des heutigen Daseins“, und als mögliches auslösendes Moment für Besitzkonflikte hebt er auch gesetzliche Bestimmungen hervor, das finanzielle Abhängigkeitsverhältnis in der Ehe als ständig schwelenden Konfliktherd. „Sicher wäre es interessant zu wissen,“ so schreibt er, „inwieweit neurotische Triebmotive bei der heute so weiten Verbreitung von Abzahlungs- und Kreditgeschäften eine Rolle spielen“ (Schellack 1960, S. 106). Wenn er auch erwartungsgemäß nicht davon ausgeht, dass sich hier immer Zusammenhänge finden ließen, so sei hier dennoch die Erwägung eines möglichen Zusammenspiels von Triebmotiv und einer Art ‚ökonomischem Trend‘ hervorzuheben.

Eine andere Art der Berücksichtigung von im weiteren Sinne ‚sozialen Bezügen‘ liefern Dreyer und Görge (1964). Sie untersuchen die Verteilung von Magenkrankheiten auf bestimmte

Belegschaftsgruppen eines westdeutschen Großbetriebes und analysieren dabei unter anderem Zusammenhänge zwischen Erkrankung und beruflicher Position: „Bei der statistischen Berechnung fand sich eine ‚sehr signifikante‘ Anhäufung bei den Vorgesetzten. Auch bei den meisten Akkordarbeitern war eine signifikante Erhöhung festzustellen“ (Dreyer und Görge 1964, S. 25). Dies ragt in der gewählten Perspektive über eine individuelle Betrachtungsweise insofern hinaus, als dass die Verteilung auf bestimmte Berufsgruppen deutlich im Vordergrund steht. Auf Einflüsse im jeweiligen Umfeld verweist auch Hagedorn (1972). Er bezieht sich perspektivisch auf sozioökonomische und epidemiologische Untersuchungen (Bonnievie 1967; Iversen et al. 1968; Mendeloff et al. 1966; Monk et al. 1967), die „interessante Aufschlüsse über die soziologischen Faktoren im Umfeld der erkrankten Personen“ geben. Zugleich betont er, dass diese allerdings keine Rückschlüsse „im Hinblick auf die pathogenetischen Vorgänge“ zulassen (Hagedorn 1972, S. 139), die Faktoren werden auch nicht konkreter beschrieben. Die sozioökonomische Ebene erscheint bei Jörgens und Dieckhöfer (1972) erneut. In den Ergebnissen einer Untersuchung zu internistischen und psychopathologischen Aspekten der Colitis ulcerosa wird die sozioökonomische Zusammensetzung des Krankenguts zusammengefasst, die Patient_innen gehören vorwiegend mittleren bis unteren Schichten an (vgl. Jörgens und Dieckhöfer 1972, S. 316). Auch hier erfolgt allerdings keine weitere Diskussion dieses Ergebnisses. Der abgefragte soziale Status bei Eckensberger et al. (1977) bezieht sich vor allem auf Ausbildungskriterien (S.372) und schlägt sich ansatzweise in der Typenbildung nieder. Sowohl Einkommen als auch sozialen Status berücksichtigen ebenfalls Zepf et al. (1981) bei der Parallelisierung mit einer Kontrollgruppe in ihrer Untersuchung. Mit dem engen Bezug zu Lorenzers Interaktionsformen lässt sich hier ein impliziter Gesellschaftsbezug ausmachen:

„Fragt man nun nach den Ursachen des im Schrifttum beschriebenen und auch hier gefundenen Zusammenhangs von Körperbeschwerden und der Störung der narzißtischen Objektbeziehung, dann erhält man eine mögliche Antwort, wenn man die Genese einer Colitis ulcerosa im Konzept der psychosomatogenen Sozialisation verfolgt, welches wir an anderer Stelle auf der Grundlage der ‚Theorie der Interaktionsformen‘ [...] entwickelt und detailliert dargestellt haben“ (Zepf et al. 1981, S. 67).

Deutlich herausgearbeitet wird eine mögliche Einschreibung des Gesellschaftlichen in das Subjekt an dieser Stelle allerdings nicht.

Mit dem Aufsatz von Wirsching (1984) eröffnet sich in diesem Material der familientherapeutische Zugang, der anlagebedingt über das Individuelle hinausgeht, indem er versucht, die Familiendynamik zu begreifen und zu bearbeiten. Dass der Krankheitsprozess auch einer sozialen Komponente unterliegen könnte, nehmen auch Ahrens et al. (1986) an. In dem Versuch, anhand psychosozialer Variablen zwischen Colitis- und Morbus-Crohn-Kranken zu differenzieren, werden Sozialdaten erhoben (Alter, Schulabschluss, Berufsbildung, Geschlecht, Familienstand, Sozialstatus), die in diesem Fall die beiden Gruppen nicht signifikant differenzieren (vgl. Ahrens et al. 1986, S. 307). Ausblickend merken die Autoren

an, dass diese Daten „zu einer Diskussion um eine mögliche soziale Verursachung oder Beeinflussung des Krankheitsprozesses [...] aufgrund der kleinen Stichprobe nicht beitragen [können], hierfür wären epidemiologische Erhebungen erforderlich“ (a. a. O., S. 312). So wird jene Diskussion hier zwar erwähnt, aber nicht weitergeführt. Gezielter untersucht wird die Wechselwirkung von Krankheitsprozess und Sozialem dann von Probst et al. (1990), mit Fokus auf der sozialen Integration: „Die soziale Integration war bei den Morbus Crohn-Patienten stärker von der Krankheitsaktivität abhängig als bei den Colitis ulcerosa-Patienten“ (Probst et al. 1990, S. 259). Diese Untersuchung verfolgte das Ziel, die psychosoziale Situation von Patient_innen mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen darzustellen (vgl. Probst et al. 1990, S. 260), so liegt der Fokus auf eben dieser sozialen Integration *während* der Erkrankung. Ebenfalls explizit mit der sozialen Ebene setzen sich Deter et al. (1991) auseinander, die zunächst kurz Bezug auf von Weizsäcker nehmen, von dem bereits vor von Uexküll „auf die Bedeutung der sozialen Ebene für das Entstehen von Konflikten und damit Krankheiten“ (Deter et al. 1991, S. 46). hingewiesen worden war. Grundlegend für diesen Aufsatz sind die Überlegungen von Engel, der „in der Entwicklung eines biopsychosozialen Modells (1977) konzeptuell die gleichrangige Bedeutung der sozialen Ebene mit der psychischen und somatischen (sic) Dimension für die Entstehung und Aufrechterhaltung psychosomatischer Krankheiten“ (a. a. O., S. 46). herausstellte. Problematisch ist die Operationalisierbarkeit dieses ‚Sozialen‘: „Wenn man aber im Engelschen Modell die soziale Seite spezifizieren wollte und bei einem Patienten adäquat zu erfassen suchte, kam es oft zu unüberwindlichen methodischen Schwierigkeiten: Was ist das eigentlich, die soziale Ebene? Wie soll sie definiert und mit welchen Meßinstrumenten valide erfaßt werden?“ (ebd.). Eine solchermaßen ‚valide‘ Erfassung wird hier mit ‚neueren‘ Konzepten von sozialem Netz und sozialer Unterstützung versucht, die eine „hinreichende Erfassung der sozialen Dimension von Patienten“ (ebd.) erlauben. „Patienten,“ so eines der Ergebnisse, „die eine Vertrauensperson (Confidant) hatten, zeigten signifikant weniger Ängste, depressive Verstimmung und emotionale Labilität als Kranke ohne oder mit nicht supportiven Partner“ (a. a. O., S. 47). Letztlich bleiben über diesen Weg allerdings die „Beziehungen der sozialen zur somatischen Ebene [...] entgegen unserer Erwartung relativ vage“ (ebd.). Dies, so vermuten die Autoren, mag an der Form der Operationalisierung und den erfassten Parametern liegen, zudem könnte eine mögliche Verleugnungshaltung der Patient_innen dazu beigetragen haben, die durch die Messinstrumente eventuell nicht adäquat erfasst werden kann (a. a. O., S. 57).

Die Veröffentlichung eines Aufsatzes von Alexander (1994) wird an dieser Stelle in die Chronologie der Veröffentlichungen eingereiht, wenn auch das Original bereits 1934 erschien. In diesem Aufsatz erscheinen Lebensumstände, also die Umwelt, als mögliche hemmende Einflussgrößen: „In manchen Fällen sind die rezeptiven und aneignenden Wünsche nicht innerlich durch Konflikte, sondern äußerlich durch die Lebensumstände gehemmt“ (Alexander 1994, S. 230). Auf diese äußeren Lebensumstände geht Alexander zwar in der jeweiligen Kasuistik ein, eine davon abstrahierende Perspektive findet sich jedoch nicht.

Der Aufsatz von Leibing et al. (1998) zum Reizdarmsyndrom ist wieder aktuell verfasst und rekuriert aufs biopsychosoziale Modell mit dem Hinweis, dass für eine Anwendung dessen zunächst grundlegende Theorien für alle angesprochenen Bereiche existieren müssen. Konkretere soziale oder gesellschaftliche Bezüge finden sich nicht. Gross und Herrmann (1999) gehen davon aus, dass neben der „somatischen Disposition eine chronische psychosoziale Streßbelastung als gesicherter Kofaktor der Ulkuserkrankung angenommen werden“ kann (Gross und Herrmann 1999, S. 391), was ebenfalls auf die soziale Umwelt verweist. Sie führen eine Untersuchung von Aoyama et al. (1998) an, in der deutlich wird, dass es „nach dem großen japanischen Hanshin-Erdbeben von 1955 im Umkreis trotz massiver, zerstörungsbedingter Abnahme der Endoskopiezahlen um 50% zu einem deutlichen Anstieg der Häufigkeit nachgewiesener Ulcera gegenüber einem Vergleichszeitraum kam“ (Gross und Herrmann 1999, S. 398). Abgesehen davon, dass hierdurch nahegelegt wird, dass „gravierende (akute) Streßbelastungen die Inzidenz schwerwiegender Ulcera erhöhen können“ (ebd.), zeugt diese Untersuchung auch davon, dass eine (in diesem Fall gravierende) gesamtgesellschaftlich veränderte Lebenssituation einen epidemiologischen Wandel mit sich bringen mag, der nicht allein durch physikalische oder chemische Einflüsse erklärbar ist. Die durch das plötzliche Ereignis eines Erdbebens erschwerten Lebensbedingungen sind vor der Folie der vorhergegangenen Verhältnisse einigermaßen gut vergleichbar, während eher ‚schleichende‘ gesellschaftliche Veränderungen sich schwerer fassen lassen.

Anders verhält es sich offenbar mit den unmittelbaren sozialen Kontakten der Patient_innen. Das in einer Untersuchung zum sozialen Netzwerk und sozialer Unterstützung bei Patient_innen mit chronisch entzündlichen Darmerkrankung von Haller et al. (2003) verwendete Interview zum sozialen Netz³⁶ fokussiert auf sehr enge Bezugspersonen. Gegenüber gesunden Personen haben die Patient_innen, so eins der Ergebnisse, ein kleineres Netzwerk außerfamiliär und dafür mehr Beziehungen zur Kernfamilie. Bei Martens et al. (2010), die Körperbild und psychische Komorbidität bei Patient_innen mit somatoformen autonomen Funktionsstörungen des oberen und unteren Gastrointestinaltrakts untersuchen, werden noch soziodemographische Daten wie Geschlecht, Alter und Zeitspanne der Arbeitsunfähigkeit erhoben, allerdings nicht eingehend diskutiert. Damit enden die geschichtlichen, gesellschaftlichen und sozialen Bezüge, die erwartungsgemäß rar sind.

Anhand dieses Materials lassen sich nun zwar keine allgemein gültigen Schlüsse ziehen, allerdings Tendenzen erkennen. Schellack (1960) ist in der Chronologie der letzte Aufsatz, in dem eine Ahnung davon vermittelt wird, dass die Subjekte nicht im geschichtsfreien Raum existieren. Wenn auch bis hier keinesfalls systematisch und eher am Rande abgehandelt, lassen sich dennoch zeitgeschichtliche und damit gesellschaftsbezogene Anmerkungen ausmachen, beinahe ausnahmslos in den früheren psychoanalytisch orientierten Aufsätzen. Mit Dreyer und Görges (1964) folgt dann die einzige soziologisch orientierte Untersuchung, die die subjektive

³⁶ *Interview zum sozialen Netzwerk und zur sozialen Unterstützung (SONET)* von Baumann et al. 1987.

Ebene anlagebedingt nicht berücksichtigt. Für die Frage nach Überlegungen, die über eine rein individuumszentrierte Sichtweise hinausgehen, ist der Aufsatz von Wirsching (1984) vielleicht wegweisend, mit dem explizit familientherapeutische Ansätze das Spielfeld betreten. Diese werden im untersuchten Material nicht weiterverfolgt, allerdings rücken in der Folge Fragen zu sozialem Netz und sozialer Integration in den Fokus, die auch und gerade die engere Familie der Patient_innen untersuchen. Mit der Zunahme von verhältnismäßig breiter angelegten Untersuchungen (im Sinne einer größeren Patient_innenzahl) werden dann meist auch sozioökonomische Faktoren erhoben, allerdings ohne diese ausführlich zu diskutieren.

So lässt sich die widersprüchliche Tendenz feststellen, dass mit dem Versuch der Systematisierung einer sozialen Komponente in den Untersuchungen eine Einengung des Blickfeldes einhergeht. Das soziale Netz systematisch im Zusammenhang mit bestimmten Erkrankungsformen zu untersuchen, ist eine deutliche Öffnung der Perspektive hin zu jenem *biopsychosozialen* Faktor. Die bereits mit einer solchen Perspektive verbundenen methodischen Herausforderungen werden auch von den Forschenden benannt. Darüber hinaus noch zu untersuchen, wie sich dieses soziale Netz in gesellschaftliche Zusammenhänge einfügt, *wieso* das erkrankte Subjekt jeweils handelt und wie sich hier gesellschaftliche Machtverhältnisse niederschlagen, ist mindestens kompliziert und zeitaufwändig, erscheint aber beinahe unmöglich, werden die methodischen Maßstäbe eines ausschließlich empirisch-analytisch orientierten Wissenschaftsverständnis angelegt. Die zwar eher sporadisch, aber immerhin vorhandenen flankierenden Überlegungen in den früheren Aufsätzen dagegen gehen solchen Bezügen zwar nicht systematisch nach, berühren jedoch (eventuell durch den fehlenden Druck der Systematik bedingt) gesellschaftliche Fragen über das soziale Netz hinaus. Mit dieser Veränderung der Perspektive auf psychosomatische Krankheit, die somit einerseits eine systematische Erweiterung der Perspektive auf das nähere soziale Umfeld und andererseits das Verschwinden des Blickes auf die gesellschaftliche Umwelt bedeutet, korreliert eine Veränderung der eingesetzten Forschungsmethoden und des Status der Psychoanalyse. Diese sollen im Folgenden nachgezeichnet werden.

6.4.2 Die methodische Herangehensweise

Bis etwa Mitte der 1960er-Jahre werden entweder psychoanalytische Fallgeschichten diskutiert oder es handelt sich um Übersichtsarbeiten. Im ersten Heft der Zeitschrift liefert Schwidder (1954/55) ein Übersichtsreferat untermauert mit Fallgeschichten, Glatzel (1954/55) einen Forschungsüberblick und Hagspihl (1954/55) analysiert vier psychoanalytische kasuistische Beiträge. Schellack (1954/55) stellt drei analytisch untersuchte und behandelte Fälle dar mit dem Hinweis, der auch in den anderen Beiträgen in verschiedener Form zu finden ist, dass sich daraus „natürlich keine allgemein gültigen Folgerungen ziehen“ lassen, „daß bei der C.u.chr. [Colitis ulcerosa chronica] psychologische Faktoren immer relevant seien“ (Schellack 1954/55, S. 38). Auch in Garmas Untersuchung psychischer Faktoren bei gastrischen und

Duodenalulcera geht es um die „unbewußte Persönlichkeit“ (Garma 1957/58, S. 59) und die Ergebnisse der Untersuchungen von (Schellack 1958/59a; 1958/59b, 1960) und Sperling (1958/59; 1963) sind neben der Literaturdiskussion gewonnen aus der analytischen Therapie von Patient_innen mit Erkrankungen des Gastrointestinaltraktes.

Die Untersuchung eines eineiigen Zwillingspaarlings von Bourquin und Kerekjarto (1964) wählt erstmals einen anderen Zugang, unter anderem weil eine Psychoanalyse aus äußeren Gründen nicht möglich war. Die Autoren führen eine biographische Anamnese durch und werten mehrere testpsychologische Befunde mit beiden Zwillingenbrüdern aus: Den Rosenzweig-Picture-Frustrationstest (PFT), den Wartegg-Zeichentest (WZT), das Eysenck Maudsley Personality Inventory (MPI) und den Rorschach-Formdeutungstest (Ro) (vgl. Bourquin und Kerekjarto 1964, S. 13). Ebenfalls 1964 erscheinen die Ergebnisse der Untersuchung von Dreyer und Görges, die statistische Erhebungen in Modellbereichen in drei Modellbetrieben zur Verbreitung chronischer Magenleiden vornahmen. Diese soziologische Untersuchung steht sowohl mit ihrem methodischen Zugang als auch hinsichtlich des inhaltlichen Schwerpunktes allein im untersuchten Textkorpus.

Ab Mitte der 1960er-Jahre verändern sich die Forschungsmethoden und damit einhergehend werden die untersuchten Patient_innenzahlen größer. So liefert beispielsweise Zauner (1967) einen Überblick über 70 Patient_innen, die wegen Beschwerden im Gefolge einer Magenresektion ohne organische Komplikationen in einer psychosomatischen Klinik aufgenommen wurden. Zauner stellt zunächst nicht eingehender beschriebene Längsschnitt-Untersuchungen an, wobei die Patient_innen ihm zum Teil aus eigener Behandlung bekannt waren oder in seiner Klinik (Niedersächsisches Landeskrankenhaus Tiefenbrunn) in Gruppentherapie behandelt wurden. Zudem greift er auf 17 „erweiterte Anamnesen“ zurück (Zauner 1967, S. 26). Trotz der verhältnismäßig großen Fallzahl nutzt er allerdings keine testpsychologischen Methoden. Die eingesetzten Forschungsmethoden in den 1960er- und 70er-Jahren sind vielfältig, Schulz (1969) beispielsweise untermauert ihren ausführlichen Literaturüberblick mit einer psychoanalytischen Falldarstellung. Auch Hagedorn (1972) stützt sich auf Befunde aus der Literatur bezüglich pathogenetischer Vorgänge bei psychosomatischen Erkrankungen des Dickdarms und geht dann auf die Beziehungen „zwischen pathophysiologischen Mechanismen und psychoanalytischen Erfahrungen und Modellvorstellungen“ (Hagedorn 1972, S. 131) ein, wobei er die wesentlichen psychoanalytischen Gesichtspunkte erörtert (vgl. a. a. O., S. 133). Ob psychopathologische Störungen bei Colitiskranken vorliegen, untersuchen Jörgens und Dieckhöfer (1972, S. 306f.): „Wir hatten uns zur Aufgabe gestellt, die in den Jahren 1965 bis 1970 in die Medizinische Universitätsklinik Bonn aufgenommenen und internistisch behandelten Colitiskranken, also ein in psychologischer Hinsicht nicht ausgewähltes Krankengut, nach den Krankenblattaufzeichnungen darauf zu untersuchen, ob Hinweise für psychopathologische Störungen vorliegen.“ Da in diesem Fall die Durchsicht der Krankenblätter ergab, „daß das

Fehlen derartiger Hinweise [für psychopathologische Störungen und/oder für eine Situationsabhängigkeit des ersten Auftretens bzw. der Rezidive der Colitis] nach aller Wahrscheinlichkeit primär auf die mangelnde Fragestellung bei der Erhebung der Anamnese zurückzuführen war“ (a. a. O., S. 307) entschlossen die Autoren sich für ambulante Nachuntersuchungen und erfassten diese Patient_innengruppe dann mit ausführlicher Anamnese. Eckensberger et al. (1977) stützen ihre Untersuchung vornehmlich auf den Gießen-Test, mit dem sie „eine klinisch gewonnene Typologie“ (S. 285) überprüfen. Das Methodenspektrum erweitert sich in der Folge, mittels Rosenzweigschen Frustrationstest (RFT) werden in einem Beitrag aus Budapest Ulkus und Kolitis an insgesamt 281 Personen einschließlich Kontrollgruppe untersucht (Császár und Juhász 1979, S. 173), oder es werden im Vergleich mit ‚gesunden‘ Kontrollpersonen „bei 47 Patienten mit Colitis ulcerosa mit einem Polaritätsprofil (speziell für die Untersuchung konstruiert) und der Freiburger Beschwerdeliste (FBL) die Zusammenhänge zwischen dem Verlust des narzißtischen Objekts und den Körperbeschwerden untersucht“ (Zepf et al. 1981, S. 59). Reindell et al. (1981) bemühen sich, „Unterschiede im psychischen Erscheinungsbild, die in der Literatur und in der Klinik gelegentlich diskutiert werden, mit Hilfe von psychologischen Testen und Daten aus halbstandardisierten Interviews zu überprüfen“ (S. 358). Dies auch hinsichtlich der Frage, „ob sich von testpsychologischer Seite ein Beitrag zur Differentialdiagnose erbringen läßt“ (a. a. O., S. 361). Kipnowski und Kipnowski (1981) beschreiben und analysieren biografisch und testpsychologisch erfasste Variablen bei Patient_innen mit chronisch rezidivierender und chronisch kontinuierlicher Verlaufsform der Colitis ulcerosa, unter anderem mit über den Gießen-Test (ein nach psychoanalytischen Gesichtspunkten konzipierter Test, vgl. Ahrens et al. 1986, S. 303) erhobenen Daten. Ebenfalls mit dem Gießen-Test arbeiten Möhlen und Brähler (1984): „In einer 4-Jahres-Katamnese wurde die Entwicklung des Selbstkonzeptes und der Beschwerden bei 42 Patienten, die wegen eines Ulcus duodeni operiert worden waren, untersucht“ (S. 150). Präoperativ und vier Jahre nach der Operation (selektive Vagotomie mit Drainage) wurde ein psychosomatisches Interview durchgeführt und vor diesen Interviews das Selbstkonzept mit dem Gießen-Test erhoben, zur Erfassung des Beschwerdebildes diente der Gießener Beschwerdebogen (vgl. ebd.). Wirsching (1984) vergleicht aus familientherapeutischer Perspektive 55 Familien mit Colitis/Crohn- bzw. Asthma/Neurodermitis-kranken Jugendlichen auf der Suche nach Interaktionsmerkmalen. Der Aufsatz zeigt diese anhand eines Beispielfalles, der aus psychoanalytischer Perspektive reflektiert wird, hier werden keine psychologischen Tests eingesetzt. Leibig et al. (1985) wiederum arbeiten mit dem Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI) und einem standardisierten Interview, sie untersuchen 30 Colitis ulcerosa und 30 Morbus Crohn-Patient_innen in der Remissionsphase testpsychologisch. Biebl et al. (1986) wählen für ihre Untersuchung an 47 Patient_innen mit chronisch rezidivierendem Ulcus duodeni eine Kombination aus psychiatrischer Exploration, biographischer Anamnese und Fragebogenerhebung. Der Fragebogen zielt auf Bewältigungsverhalten,

Entspannungsmöglichkeiten, den Umgang mit Gefühlen sowie vegetative Beschwerden ab (vgl. Biebl et al. 1986, S. 273f.).

Eine Kombination verschiedener Erhebungsinstrumente durchzieht auch die weiteren Publikationen. Ahrens et al. (1986) vergleichen „anhand von Sozialdaten, standardisierten psychologischen Testverfahren, experimentalpsychologischen Untersuchungen und Krankheitsdaten“ (S. 301) jeweils 22 stationär-internistisch behandelte Morbus Crohn- und Colitis-Patient_innen. Dabei ist die Grundidee zu prüfen, „ob eventuell psychosoziale Variablen einen Beitrag zur Differenzierung [zwischen den beiden Krankheitsgruppen] leisten können“ (a. a. O., S. 302). Auch hier findet der Gießen-Test Anwendung und den Probanden wurde eine Filmsequenz vorgespielt, wobei die Reaktion auf den situativen Reiz mithilfe einer Liste von Adjektiv-Polaritäten erfasst wurde. Für die zweite Messebene wurde das Instrument der Inhaltsanalyse angewendet: „Dieses sprachinhaltsanalytische Verfahren dient der Erfassung und Quantifizierung von unbewußten Affekten in der gesprochenen Sprache und wird auf transkribierte Texte angewendet. [...] Dieses Verfahren ist grundsätzlich auf jede Art von verbalen Äußerungen anwendbar“ (a. a. O., S. 305, Bezug zu Gottschalk und Gleser 1969). Durch diese Kombination von Verfahren versuchen die Autoren, auch der unbewussten Ebene nahezukommen: „Die Differenzierung kognitiver und unbewusster Prozesse ermöglicht die Erfassung situativer psychischer Abläufe, wie sie unter dem psychischen Konstrukt der Abwehr verstanden werden“ (Ahrens et al. 1986, S. 305). Ob durch diese Form der Untersuchung nicht dennoch entscheidende Faktoren in der Krankheitsgenese übersehen werden können, betrachten die Autoren dabei trotz aufwändigem Untersuchungsdesign als problematisch. Probst et al. arbeiten 1990 bei der Untersuchung von 63 Morbus Crohn- und 58 Colitis ulcerosa-Patient_innen mit „einem Fragebogen zur sozialen Integration [FSI]³⁷, dem Freiburger Persönlichkeitsinventar und einem halbstandardisierten Interview“ (Probst et al. 1990, S. 259), zudem werden die Daten mit denen einer Kontrollgruppe verglichen. Die „bisher wenig[en] Informationen über die Lebensqualität der Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen“ (Probst et al. 1990, S. 259) sollen so erweitert werden. Als Hauptkategorien des FSI werden genannt: „Erfüllung erwarteter Aufgaben, Ausmaß der Spannung zu den Mitmenschen (sic), Aspekte mitmenschlichen Verhaltens, Gefühle und innere Zufriedenheit“ (Probst et al. 1990, S. 261f.). Anfang der 1990er-Jahre stehen vermehrt Fragen zum sozialen Netz, zur sozialen Unterstützung oder zur sozialen Integration im Fokus, die vor allem auf das engere persönliche Umfeld der Patient_innen abzielen. So bei Deter et al. (1991): „In der vorliegenden Arbeit werden die Beziehungen zwischen sozialen, psychischen und somatischen Befunden von 57 unausgewählten Morbus Crohn-Patienten einer Gastroenterologischen Ambulanz untersucht“ (S. 46). Um die soziale Unterstützung näher bestimmbar zu machen, wird ein Confidant Rating vorgenommen, zur Untersuchung des

³⁷ Dieser Fragebogen ist eine deutsche Fassung des amerikanischen *Social Adjustment Scale-Self Report*, hier wird verwiesen auf Weissman und Bothwell 1976 sowie Weissman et al. 1978.

sozialen Netzes ein Netzfragebogen. Nach Einschätzung der Autoren sollte diese Untersuchung „eine hinreichende Erfassung der sozialen Dimension von Patienten erlauben und damit erstmals die soziale Seite des biopsychosozialen Modells einer genauen Prüfung zu unterziehen vermögen“ (a. a. O., S. 46f.). Die Instrumentarien sind: FPI, STAI-State-Trait-Angst-Inventar von Spielberger, die Becksche Depressionsliste (BDI), der Fragebogen zur Kontrollüberzeugung von Krampen (IPC) und der Streßverarbeitungsfragebogen (SVF) von Janke (vgl. a. a. O., S. 46). Zudem wird ein standardisiertes Interview durchgeführt, um die soziale Unterstützung durch Bezugspersonen zu beurteilen, und jener von Manz neu konstruierte Netzfragebogen für die Selbstbeurteilung des sozialen Netzes. Die Untersuchungsinstrumente, das wird hier deutlich, nehmen in ihrer Vielfalt zu.

Während die beiden letztgenannten Untersuchungen auf das jeweilige aktuelle soziale Umfeld ausgerichtet sind, geht es Lieberz (1991) um früh erlebte Risikobelastungen. Eine Patient_innengruppe mit gesicherter Colitis ulcerosa wird mit einer gleich großen Gruppe von Patient_innen mit Essstörungen und einer Gruppe neurotisch Kranker mit starken körperlichen Beschwerden hinsichtlich der in Kindheit und Jugend erfahrenen Risikobelastung verglichen. Dies wird mit Dührssens Risikoindex zur Abschätzung des Belastungsmaßes frühkindlicher Lebensumstände unternommen (vgl. Dührssen 1984), einem „Instrument zur quantitativen Beurteilung der kumulativen Risikobelastung eines Menschen in Kindheit und Jugend“ (Lieberz 1991, S. 345). Für die Untersuchung als besonders geeignet beschreibt Lieberz ihn unter anderem, „weil in ihm nur harte, objektiv erfaßbare Kindheitsrisiken, wie Geburtsstatus, Verlust wichtiger Bezugspersonen, Geschwisterzahl etc., Berücksichtigung finden und sehr bewußt ‚weiche‘, d.h. auf interaktionelle Prozesse in der Primärfamilie abzielende Daten herausgelassen wurden“ (Lieberz 1991, S. 345). Dass so andererseits – besonders mit Bezug auf die Ergebnisse von Wirsching – im Fall von Colitis ulcerosa-Patient_innen auch entscheidende ‚weiche‘ Informationen verlustig gehen können, sieht dabei auch der Autor.

Die 1994 veröffentlichte – allerdings 1934 verfasste – Arbeit von Franz Alexander hebt sich erwartungsgemäß methodisch deutlich ab: „Das Ziel dieser Arbeit ist es, die verschiedenen Typen von Magen-Darm-Patienten zu beschreiben, indem ihr manifestes Verhalten, ihre emotionalen Haltungen und ihre psycho-sexuellen Merkmale mit den unbewußten Strebungen, die jene determinieren, verbunden werden“ (Alexander 1994, S. 211). Es wird bei 19 gastrointestinalen Patient_innen versucht, die psychischen Faktoren systematisch zu erheben, wobei die systematische Methode die Psychoanalyse ist.

Eine „kritische und umfassende Übersicht [...] über den aktuellen Stand von Theorie und Empirie beim ‚Irritable Bowel Syndrom‘ (Colon irritabile, Reizdarm-Syndrom)“ liefern Leibing et al. (1998, hier S. 163). Ihnen geht es um eine kritische Darstellung der empirischen Befundlage zum Reizdarm-Syndrom, den „daraus resultierenden Konsequenzen für die Gültigkeit der bestehenden theoretischen Konstrukte“ und der Ableitung von „Implikationen für die psychosomatische Forschung sowie die psychotherapeutische Praxis“ (Leibing et al.

1998, S. 164). In dieser Arbeit werden bereits vorhandene Studienergebnisse und Erklärungsmodelle dargestellt und diskutiert. Ebenfalls einen Überblick zum Forschungsstand einer Erkrankung nehmen Gross und Herrmann (1999) vor, hier geht es um die Frage, ob das Ulkusleiden doch nur eine Infektionskrankheit ist. Bei der Durchsicht und Diskussion des Forschungsstandes stellen die Autoren fest, dass in den 15 Jahren seit der Entdeckung des Bakteriums *Helicobacter pylori* die psychosomatische Forschung zum Ulkus zurückgegangen ist (a. a. O., S. 394), was sich mit den in dieser Arbeit untersuchten Publikationen deckt. Sie kommen im Übrigen zu dem Schluss, dass trotz des Einflusses einer Infektion mit dem Bakterium eine chronische psychosoziale Stressbelastung als gesicherter Kofaktor der Ulkuserstehung angenommen werden kann (a. a. O., S. 391). Wiederum dem sozialen Netz von Patient_innen mit entzündlichen Darmerkrankungen widmen sich Haller et al. (2003) indem sie 35 Colitis ulcerosa- und 47 Morbus Crohn-Patient_innen zum sozialen Netz und zur sozialen Unterstützung interviewen (SONET)³⁸. Einen weiteren Literaturüberblick liefert Moser (2006) und Martens et al. (2010) untersuchen Patient_innen, die sich in der Medizinischen Universitätsklinik Heidelberg mit Symptomen einer somatoformen autonomen Funktionsstörung des oberen und unteren Gastrointestinaltraktes (SAF) vorstellten, sowohl internistisch als auch psychosomatisch. Zusätzlich wurde „die psychische Komorbidität (HADS-D) [die deutsche Fassung der Hospital Anxiety and Depression Scale³⁹] und das Körperbild (FKB-20) [Fragebogen zum Körperbild⁴⁰] erhoben“ (Martens et al. 2010, S. 48). Als Instrumente dienten standardisierte Fragebögen und ein standardisiertes psychosomatisches Interview. Als letzte in den hier gewählten Untersuchungszeitraum fallende Studie ist noch die von Cámara et al. (2010) zu nennen: „Durch eine Qualitätskontrolle bisheriger Publikationen zum Therapieeffekt von Stressreduktionsmaßnahmen auf CED [chronisch entzündliche Darmerkrankungen] sollten Empfehlungen für zukünftige Untersuchungen ausgearbeitet und deren Optimierungspotenzial evaluiert werden“ (S. 116). In dieser Untersuchung werden zehn Studien analysiert, vornehmlich fokussiert auf deren methodische Vor- und Nachteile.

Die Darstellung psychoanalytischer Fallgeschichten und der Erkenntnisgewinn aus diesen weicht über den Untersuchungszeitraum anderen Methoden – überwiegend testpsychologischen Untersuchungen und (halb)standardisierten Interviews. Diese Erkenntnis an sich sagt noch nicht zwangsläufig etwas über die inhaltliche Weichenstellung aus, da eine Forschungsmethode stets zusammenhängend mit Fragestellung und Gegenstand betrachtet werden muss. Der auch durch das Forschungsdesign über die Zeit bedingte inhaltliche Perspektivwechsel wurde daher im Folgenden analysiert.

³⁸ Mit Bezug zu Baumann et al. 1987.

³⁹ Nach Herrmann et al. 1995.

⁴⁰ Mit Bezug zu Clement und Löwe 1996.

6.4.3 Status von psychoanalytischem Gedankengut

Analog den Ergebnissen im vorhergegangenen Kapitel ist auch die klinische Orientierung etwa bis Mitte der 1960er-Jahre klar und kurz zusammenzufassen: Der Bezug zu Freud ist deutlich (vgl. beispielsweise Glatzel 1954/55; Hagspihl 1954/55), der Zugang ist neurosenorientiert. Es wäre für psychoanalytische Ideengeschichte sicher von Interesse, noch detaillierter aufzuarbeiten, welche Autor_innen sich auf welche theoretischen Modelle beziehen, für die hier erkenntnisleitende Fragestellung reicht die allgemeiner gehaltene Bestimmung aus, ob psychoanalytische Perspektiven überhaupt eine Rolle spielen, die differenzierteren theoretischen Bezüge werden daher flankierend beachtet. Schwidder (1954/55) stützt sich auf Erkenntnisse Schultz-Henckes, während Schellack (1958/59b) den Zusammenhang von Obstipation und Geldkomplex untersucht und auch Garma (1957/58) geht es explizit um tiefere unbewusste Aspekte. Bei Schellack (1954/55, 1958/59a, 1958/59b) und Sperling (1958/59, 1963) ist die Psychoanalyse die hauptsächliche Methode der Erkenntnisgewinnung und zugleich theoretische Perspektive. Bourquin und Kerekjarto (1964) weisen noch darauf hin, dass sich keine Psychoanalyse durchführen ließ: „Da in dem vorliegenden Fall aus äußeren Gründen keine Psychoanalyse lege artis durchgeführt werden konnte, lassen sich eventuelle Zusammenhänge zwischen oraler Fixierung des Patienten und dem chronischen Magenleiden nur vermuten“ (Bourquin und Kerekjarto 1964, S. 16). In der Untersuchung von Dreyer und Görges (1964) findet sich erstmals kein Bezug zu psychoanalytischen Dimensionen, der Aufbau der Untersuchung ist explizit soziologisch orientiert.

Bei Zauner (1967) haben psychodynamische Konstellationen Gewicht. Hier dient die Psychoanalyse zwar nicht in engerem Sinne als Erkenntnismethode, ist aber Grundlage für die Fragestellung der Untersuchung, ob bei gleichbleibender psychodynamischer Struktur nach einem chirurgischen Eingriff eine Veränderung des Symptomes eintritt. Sowohl bei Schulz (1969) als auch bei Hagedorn (1972) ist die Psychoanalyse zentrale Größe, bei Schulz mit (im untersuchten Textmaterial singulären) Bezug zu Jung: „Dieser Stiefsohn verkörperte, wie sich im Verlauf der Analyse herausstellte, C.W.'s ‚Schatten‘“ (Schulz 1969, S. 187).

Ab den frühen 1970er-Jahren ist festzustellen, dass der Diskurs nicht mehr primär psychoanalytische Überlegungen spiegelt, und sich verschiedene Perspektiven nun ablösen oder ergänzend auftauchen. Bei Jörgens und Dieckhöfer (1972) werden Patient_innen „neurologisch-psychiatrisch untersucht bzw. nachuntersucht“ (S. 307), sie stellen beispielsweise einen Bezug zu Freybergers Objektverlust-Erlebnis her (a. a. O., S. 321), deutliche Bezüge zur Psychoanalyse finden sich allerdings nicht. Bei Eckensberger et al. (1977) sind psychoanalytische Bezüge deutlich. Ziel der Arbeit ist es, „zu untersuchen, ob sich [eine] klinisch-deskriptiv gewonnene Typologie auch mit Hilfe objektivierender Verfahren darstellen läßt“ (S. 371). Über die Typisierung der Selbstbilder im Gießen-Test, die durch die Dimensionen sozialer Status, Krankheitsauffassung und Körperbeschwerden ergänzt werden, liefern die Autoren hier eine Interpretation, die quasi wieder in psychoanalytische Termini

„rückübersetzt“ ist: „Die Achsen der Diskriminanzanalyse geben insgesamt eher eine *formale* Aussage über das jeweilige Verhältnis von Triebkonflikten [...], deren Verarbeitung durch das Ich [...] und den psychosozialen Beziehungen [...] der einzelnen Untergruppen“ (S. 380). In den diagnostischen Untergruppen werden Merkmale wie starker, undifferenzierter Über-Ich-Druck angeführt, oder auch die Neigung, eigenes Versagen und fehlende Anstrengungen als chronische Benachteiligung auf die anderen zu projizieren (vgl. S. 382). Császár und Juhász (1979) wählen dann, erstmals im untersuchten Material, einen systemtheoretischen Ansatz: „Aus systematischer und kybernetischer Sicht ist der Mensch als eine dynamische, offene, integrierte und probalistische (sic) Hierarchie zu betrachten“ (S. 169). Die Psyche organisiert dabei „auf höchster Ebene auch die Funktionen des gastrointestinalen Systems und somit kann sich dessen Störung oder Funktionsschwäche auch in der Dysfunktion oder Erkrankung des Systems äußern“ (a. a. O., S. 170). In diesem Fall wird der systemtheoretische Ansatz mit psychoanalytischen Überlegungen verknüpft, so gehen sie auch von geschwächten Abwehrmechanismen im psychischen Sinne aus und beziehen sich sowohl auf Mitscherlich (1961/62) als auch auf Marty et al. (1963) und die *pensée opératoire*. Der chronologisch darauf folgende Aufsatz von Zepf et al. (1981) hat einen expliziten Bezug zur psychoanalytischen Psychosomatik, der Anspruch der Untersuchung ist die „Objektivierung“ (Zepf et al. 1981, S. 60) kaum mehr angezweifelter Ergebnisse: „Mehrheitlich sind z. B. die Befunde das Resultat von Erstinterviews oder von Therapieverläufen, in denen sich keine sogenannten ‚objektiven‘ Daten gewinnen lassen“ (Zepf et al. 1981, S. 60). Die Autoren präzisieren ein metapsychologisches Konzept der psychischen Repräsentanzen, der Aufsatz ist theoretisch durchdrungen von psychoanalytischen Überlegungen: „Die psychischen Repräsentanzen des Selbst und der Objekte entstehen danach aus dem Zustand der ‚primären Ungeschiedenheit‘“ (ebd.). Reindell et al. (1981, vgl. S. 369) orientieren sich im selben Jahr an psychoanalytischen Konzepten, und zwar an Melanie Kleins depressiver Position im Zusammenhang mit der Colitis ulcerosa, mit der Vermutung, dass Morbus Crohn-Patient_innen eher auf die schizoide Position regredieren, zumindest in der Klinik.

Kipnowski und Kipnowski beziehen sich, ebenfalls 1981, auf Engel (1961) und Stephanos (1973), psychodynamische Vorgänge werden allerdings nicht diskutiert, während Möhlen und Brähler (1984) ihre Befunde unter psychoanalytisch-psychosomatischen Gesichtspunkten reflektieren (vgl. S. 150) und sich auf Winnicott und Klein und die Frage nach deren Objektbeziehungsmustern beziehen (vgl. S. 160). In gewisser Weise ebenfalls um Objektbeziehungs- beziehungsweise Bindungsmuster geht es dann auch Wirsching (1984) auf der familientherapeutischen Ebene, die „als jüngste Ergänzung zu einer umfassenden psychosomatischen Betrachtungsweise hinzugefügt“ wurde (S. 238). Auch bei Leibig et al. (1985) geht es um die neurotische Dynamik in den Beziehungen, meist mit Bezug zur Beziehung zu den Müttern: „Dieses Ergebnis spricht für die gerade bei den Colitikern problematische und prägende Mutterbindung, die in späteren Beziehungen immer wieder ähnlich vollzogen wird [...]. Die Morbus Crohn-Patienten scheinen in dieser Bindung nicht so

stark gefesselt zu sein, daß sie in jeder neuen Beziehung ihre neurotische Dynamik voll zur Geltung bringen würden“ (Leibig et al. 1985, S. 390)

Die Arbeiten von Biebl et al. (1986) und Ahrens et al. (1986) versuchen beide, psychoanalytische Annahmen auch in den von ihnen angewandten standardisierten Tests zu untersuchen. Biebl et al. stellen unter anderem einen theoretischen Bezug zu Alexander her und fahnden nach depressiven Syndromen in der Vorgeschichte, anderen psychosomatischen Krankheiten und Suchterkrankungen. Die Psychoneurotische Diagnostik orientiert sich an pseudounabhängiger Abwehr (Charakterneurose im Sinne Alexanders), ‚Verhaltensnormalität‘ (mit Bezug zu Overbeck und Biebl 1975) und depressiver Abwehr (vgl. Biebl et al. 1986, S. 275), und auch Ahrens et al. (1986) bemühen sich, wie bereits geschildert, über das Untersuchungsdesign auch Abwehrkonstrukte zu erfassen.

Bei Probst et al. (1990) ist kein Bezug zu psychoanalytischen Kategorien zu finden, unbewusste Mechanismen spielen keine Rolle. Anders verhält es sich wiederum bei Deter et al. (1991): „Aus psychoanalytischer Sicht ist es keine Überraschung, daß depressive, ängstliche oder emotional labil Kranke nicht in der Lage sind, stabilisierende und befriedigende Intimbeziehungen aufzubauen und Partner über längere Zeit an sich zu binden“ (S. 56). Diese Diskussion findet ausblickend statt, die Untersuchung selbst ist methodisch nicht psychoanalytisch orientiert.

Wenn dann bei Alexander (1994) von „Verdrängte[n] Strebungen“ die Rede ist, die „zu chronischen Innervationen [führen], die eine chronische Fehlfunktion der inneren Organe verursachen“ (S. 209), so ist der Unterschied zu den vorhergegangenen Aufsätzen deutlich. Nichtsdestotrotz wurde er wiederveröffentlicht und wird hier daher in der Chronologie betrachtet.

Bei Leibing et al. (1998) wird die Psychoanalyse neben anderen Erklärungsmodellen diskutiert, wobei sie nicht explizit unter den in der Publikation genannten Untersuchungen zur Wirksamkeit der Therapiemethode auftaucht (S. 191f.). Gross und Herrmann (1999) fordern angepasste psychotherapeutische Interventionsstudien, wobei nicht deutlich ausformuliert wird, was hier unter ‚psychotherapeutisch‘ zu verstehen ist. Sie berufen sich allerdings durchaus auf Ergebnisse, die der Psychoanalyse zuzuschreiben sind: „In psychoanalytischen Interviews unter gleichzeitiger röntgenologischer Beobachtung der Magenmotilität wurden fast nur bei Ulcus-duodendi-Patienten und nicht bei gesunden Kontrollpersonen bei der Besprechung von Neid-Ärger-Themen spasmenartige Antrumkontraktionen beobachtet. Bei der Besprechung belangloser Themen traten diese Innervationsstörungen nicht auf“ (S. 396).

Bis hier ist das Bild durchwachsen: Während die Methoden sich von der ‚klassischen‘ psychoanalytischen Herangehensweise entfernen, sind die theoretischen Überlegungen durchaus noch von psychoanalytischem Gedankengut geprägt und die Wirksamkeit von psychotherapeutischen Interventionen wird zwar diskutiert, jedoch nicht prinzipiell in Frage gestellt. Dies ändert sich etwa um die Jahrtausendwende. 2003 stellen Haller et al. fest, dass

„die Wirksamkeit psychotherapeutischer Arbeit bei CEDE-Patienten bisher nicht eindeutig belegt werden“ konnte (S. 46). Bezogen auf das Reizdarmsyndrom schlussfolgert Moser (2006) Gegensätzliches: „Randomisierte kontrollierte Psychotherapie-Studien zeigten eine deutliche Überlegenheit der Psychotherapien gegenüber den konventionellen medikamentösen Therapien“ (S. 112). Unter ‚Psychotherapeutische Behandlung‘ fällt hier unter anderem „psychodynamische (interpersonelle) Psychotherapie“ (a. a. O., S. 116). Dies ist unter den hier aufgezählten Therapieformen sicher diejenige mit dem stärksten psychoanalytischen Bezug, wobei dieser nicht zwangsläufig groß sein muss. Auch genannt werden Verhaltenstherapie, Hypnose und Entspannungsverfahren. Bei Martens et al. (2010) finden sich keine psychoanalytisch geprägten Überlegungen, ebenso wenig bei Cámara et al. (2010).

Der Bedeutungsverlust der Psychoanalyse zeigt sich über die Zeit zwar nicht einheitlich, aber deutlich. Zu Beginn des Erscheinens der Zeitschrift noch zentraler Bezugspunkt, steht sie nun entweder neben anderen Methoden oder spielt überhaupt keine Rolle mehr. Von diesem Perspektivwechsel ist auch der Blick auf die möglichen Krankheitsursachen betroffen, worauf im nächsten Folgenden fokussiert wird.

6.4.4 Bedeutung von Persönlichkeit, Psychodynamik und Konfliktsituation

In den psychoanalytisch geprägten psychosomatischen Modellvorstellungen des vergangenen Jahrhunderts war stets zentrales Moment die Frage: Warum erkrankt *diese* Person zu *diesem* Zeitpunkt an *dieser* Krankheit? Auch das hier untersuchte Material nähert sich dieser ätiologischen Frage auf verschiedene Weise, besonders über Überlegungen zum Zusammenspiel von Psychodynamik und/oder Persönlichkeit und Konfliktsituation.

In den früheren psychoanalytisch orientierten Aufsätzen dreht sich die Frage um mögliche spezifische Faktoren in der Genese von Magen-Darmerkrankungen. Grob zusammengefasst wird im Zusammenspiel von (neurotischer) psychischer Struktur und einer damit korrespondierenden Auslösesituation ein zentrales ätiologisches Moment gesehen, wobei implizit oder explizit meist auch eine körperliche Disposition (im Sinne eines somatischen Entgegenkommens) angenommen wird.

Schwidder (1954/55) beispielsweise sieht eine Korrelation zwischen neurotischem Besitzkonflikt und Magen-Darmsymptomen, hier ist die Versuchungs- und Versagungssituation innerhalb der neurotischen Struktur bedeutsam. Auch Glatzel (1954/55) betont die der Krankheit vorausgehende Konfliktsituation als zweite Hauptwurzel und stellt in dem Versuch, bestimmte Wesensarten auszumachen, fest: „Die ‚Ulkuspersönlichkeit‘ will mehr als sie kann“ (S. 20), im Sinne eines sich selbst überfordernden Strebens. Eine der manifesten Erkrankung vorausgehende Konfliktsituation sieht er bei der „ganz überwiegenden Mehrzahl der Ulkuskranken, vielleicht bei allen“ (ebd.). Das hier kein Anspruch ‚objektiver‘ Datengewinnung besteht wird deutlich, wenn er schreibt: „Es liegt in der Natur der Sache, daß das Wesen einer menschlichen Persönlichkeit und die Bedeutung eines Erlebnisses nicht in

gleicher Weise exakt und objektiv greifbar festgestellt werden können wie die Säurewerte des Magensaftes und das Relief der Magenschleimhaut“ (Glatzel 1954/55, S. 12). Hagspihl (1954/55) misst „bei neurotischen Magen-Darm-Erkrankungen“ jenen Konflikten eine hervorstechende Rolle zu, „bei denen es in verschiedenartiger Weise um Besitzfragen geht“ (S. 28). Insofern sind hier spezifische Zusammenhänge zwischen neurotischer Struktur und auslösender Situation entscheidend, allerdings sind die „mitwirkenden Bedingungen [...] derart mannigfaltig, daß sie vorausschauend nicht vollständig übersehen werden können“ (a. a. O., S. 22). Eine Art prognostische Allgemeingültigkeit postuliert er nicht. Schellack (1954/55) geht ebenfalls von einer großen Bedeutung aus, den die spezifische Korrelation zwischen bestimmtem emotionalem Verhalten gegenüber Besitz und dem Auftreten eines somatischen Darmsymptoms hat (vgl. S. 30). Für ihn ist es eins der zentralen Anliegen der Neurosenpsychologie, „die spezifischen psychodynamischen Faktoren zu eruieren, die bei den sogenannten psycho-somatischen Krankheiten mitbestimmend sind“ (a. a. O., S. 28). Auch bei Garma ist der Konflikt zentral, hier sind es nicht lösbare (Mutter-)Konflikte und zugehörige Aggressionen, die sich „gern auf die Verdauungsorgane“ (S. 59) verlegen. Schellack (1958/59a) geht davon aus, dass man (bezogen auf den spastischen Colon, Obstipation und Diarrhoe) „eine zugrunde liegende zentral-nervöse funktionelle Darmmotilitätsstörung zu einem psychischen Faktor in Beziehung setzen“ kann (S. 30), er bezieht sich hier auf ein gehemmtes beziehungsweise verdrängtes retentives Antriebsbedürfnis. Was die Konfliktsituation angeht, so ist er „doch mit Engel einig, daß die Konfliktsituation, in der eine Colitis auftritt, nur auslösende Bedeutung hat, ihre ‚Ursachen‘ aber in einer neurotischen Fehlentwicklung seit der Kindheit liegen. Ein hier bereits auftretendes Darmsymptom hat deshalb besondere Bedeutung“ (a. a. O., S. 32). Es ist für Schellack, mit Bezug zu Alexander, die psychodynamische Situation, zu der sich der organische Zustand in Beziehung setzen lässt, kein feststehender Persönlichkeitstypus (vgl. Schellack 1958/59b, S. 106). Insofern geht es hier gerade um die Aktualisierung frühkindlicher Konfliktkonstellationen.

Die Grundlagen für diese psychodynamischen Strukturen entstammen dabei in einem neurosenorientierten Modell inhärent frühkindlichen Erfahrungen. Dies stellt besonders Sperling (1958/59) bezüglich der Behandlung von Kindern heraus wenn sie feststellt, dass „die Mütter dieser Patienten ein übermäßiges Bedürfnis hatten, die Darmfunktionen des Kindes zu kontrollieren, jedes offene aggressive Benehmen zu unterdrücken und jedes Zeichen einer Unabhängigkeit zu entmutigen“ (S. 173). Beginn und Rückfälle der untersuchten ulcerativen Colitis, so ihre Erfahrungen, „ereignen sich immer dann, wenn eine Trennung von dieser Person, Mutter oder Mutterersatz, droht, oder die Gefahr auf Verlust dieser Beziehung, welche der Patient nicht akzeptieren kann“ (a. a. O., S. 175). Ähnlich ist Schellacks Argumentation bezüglich jener Versuchungs- und Versagungssituationen mit dem Hinweis, dass sich die *Auslöser* für Darmerkrankungen nicht auf Geiz und Verschwendung reduzieren lassen, dass vielmehr die „seit früher Kindheit eingeübten, schon reflektorisch vollzogenen Gehemmtheiten“ (Schellack 1960, S. 100) der Aufmerksamkeit bedürfen. Was sich bis hier

findet, sind also Hypothesen über eventuell vorherrschende Konfliktkonstellationen, die Überlegungen kreisen um die Frage, *welche* dies sein könnten, ähnlich argumentieren auch Bourquin und Kerekjarto (1964).

Auch aus den abschließenden Überlegungen der soziologisch orientierten Untersuchung von Dreyer und Görge (1964) lässt sich ein Aufblitzen eines möglichen Zusammenspiels von psychodynamischer Struktur und Belastung herauslesen, wenn sie zwei mögliche Interpretationen ihrer Ergebnisse benennen: Erstens, die Arbeitsfelder der betroffenen Gruppen bringen „spezifische Belastungen mit sich, die zum Auftreten von Magenleiden [...] führen können“ oder zweitens: „Zu diesen Tätigkeiten tendieren Menschen, die zu Magenleiden disponiert sind“ (Dreyer und Görge 1964, S. 25). Beides (oder die mögliche Kombination beider Punkte) wird allerdings nicht weiter diskutiert. Zauner (1967), der operierte Ulkuskranke untersucht, stellt häufige ‚Ersatzsyndrome‘ fest, auch die Folgesymptomatik ist mit ähnlichen Konflikten assoziiert: „Zu meiner Überraschung stellte sich beim Vergleich der auslösenden Versuchungs- und Versagungssituationen heraus, daß sie durchweg den Konflikten entsprachen, die für die Mobilisierung der Magensymptome charakteristisch zu sein pflegen“ (S. 27). Ihm geht es nicht um die Feststellung einer feststehenden ‚Ulkuspersönlichkeit‘ sondern um Strukturen, die die Persönlichkeit des Ulkuskranken prägen können (beispielsweise neurotische Ideale nach Anspruchslosigkeit und Genügsamkeit), was mehr Dynamik bedeutet als feststehende Persönlichkeitsmerkmale (vgl. Zauner 1967, S. 26). Sowohl bei Schulz (1969) als auch bei Hagedorn (1972) geht es um die neurotischen, psychodynamischen Strukturen und, besonders bei Schulz, um die jeweilige auslösende Konfliktsituation in diesem Kontext.

Bis in die frühen 1970er-Jahre ist der Diskurs geprägt von der Frage, wie und welche Psychodynamik mit welchen möglichen auslösenden Konfliktsituationen in Zusammenhang steht und eventuell mit bestimmten Krankheiten korreliert. Bei Jörgens und Dieckhöfer (1972) verschiebt sich der Fokus etwas weg von der situativ individuellen Psychodynamik und hin zu bereits diagnostizierten ‚Koerkrankungen‘: „[...] ergaben sich somit in fast allen unseren Colitis-Fällen auf dem Gebiet der Psychopathien und Neurosen relevante Befunde“ (S. 320). Auch hier werden, abgesehen von den psychopathologischen Diagnosefragen, ‚typische‘ Verhaltensweisen der Patient_innen festgestellt, vornehmlich „heftige Reaktionsbereitschaft bei Entzug von Liebe und Geborgenheit“ (S. 321). Im Unterschied zu den vorhergehenden Überlegungen werden hier mehr ‚beobachtbare‘ Eigenschaften beschrieben, eine Diskussion, in der alle untersuchten Faktoren in ihrer gegenseitigen Bedingtheit beleuchtet werden, findet nicht statt: „Auf eine nähere Besprechung der in der Kasuistik mitgeteilten individuellen Krankheitsverläufe soll verzichtet werden, da sie im Hinblick auf unsere Fragestellung nicht mehr hervorgehoben zu werden brauchen“ (a. a. O., S. 316). Eckensberger et al. (1977) stellen ihre Untergruppen „nach den verschiedenen krankheitsauslösenden Situationen, Objektbeziehungen und Persönlichkeitsstrukturen und unter Einschluß des wahrscheinlich in Frage kommenden psychosomatischen Modells“ (S. 371) zusammen, wobei sie versuchen die

psychodynamischen Konflikte herauszufiltern. Ebenfalls auf diese beobachtbaren Verhaltensweisen wiederum zielt die Untersuchung der Frustrationstoleranz bei Ulkus- und Colitis-Erkrankten von Császár und Juhász (1979), auch hier steht nicht mehr die Frage nach bestimmten Konfliktlinien im Mittelpunkt. Wie bei Jörgens und Dieckhöfer werden auch hier ähnliche Verhaltensweisen im Krankengut gefunden, und zwar ein „der eigenartigen psychosomatischen Reaktionsweise, dem ‚acting in‘ entsprechendes PFT-Profil“ (Császár und Juhász 1979, S. 180), womit der Bezug zu Marty und zur pensée opératoire hergestellt wird. Mit Rekurs auf Mitscherlich gehen die Autoren hier zudem von geschwächten Abwehrmechanismen aus, und lassen diese Überlegungen auch in ihre Schlussfolgerungen einfließen. Zepf et al. (1981, S. 60) wiederum lassen keine Zweifel, wie es um den Zusammenhang von Psychodynamik und Konfliktsituation bestellt ist: „In einer drohenden oder realen Auflösung dieser narzißtischen Objektbeziehung wird die symptomauslösende, rsp. die körperliche Beschwerden verschlimmernde Situation gesehen, deren pathogene Wirksamkeit darin gründet, daß dadurch frühkindliche, traumatische Trennungserfahrungen mit der Konsequenz einer Hilflosigkeit reaktualisiert werden.“ In logischer Konsequenz werden das „Symptom und die körperlichen Beschwerden [...] dann als Resultat der erneuten Bewältigungsversuche dieser traumatischen Zustände aufgefaßt“ (ebd.). Dies erinnert an die vorherrschende Perspektive im ersten Jahrzehnt des Erscheinens der Zeitschrift. In den folgenden Publikationen werden weiterhin mögliche Auslösesituation unter die Lupe genommen, methodisch bedingt verschiebt sich der Fokus von psychodynamischen Diskussionen hin zur Untersuchung von ‚Persönlichkeitseigenschaften‘, die weniger ausführlich in ihrer psychodynamischen Dimension betrachtet werden. So suchen Reindell et al. (1981) mit dem PSS 25⁴¹ nach Ähnlichkeiten in den testpsychologisch ermittelten Persönlichkeitsprofilen zweier Krankheitsgruppen. Ausgehend von ihren „klinischen Eindrücke[n] im langjährigen Umgang mit Patienten beider Krankheitsbilder kommen [sie] jedoch zu Hypothesen über Unterschiede, sowohl im äußeren Erscheinungsbild als auch in der psychischen Struktur“ (a. a. O., S. 359). Dieser Versuch, jene klinischen Eindrücke auf eine empirische Basis zu stellen, zeigt zwar, dass diese Unterschiede sich auch in den Skalenwerten niederschlagen, kann aber anlagebedingt keine Diskussion der tieferen psychodynamischen Zusammenhänge öffnen. Kipnowski und Kipnowski (1981) fokussieren auf die mögliche auslösende Konfliktsituation und finden sie bei 15 von 20 Patient_innen mit chronisch rezidivierender Verlaufsform einer Colitis ulcerosa (vgl. S. 375), zudem ergab diese Analyse zweier Patientengruppen „eine hohe Korrelation zwischen Krankheitsverlauf und alexithymen Merkmalen“ (a. a. O., S. 372). Über das breitere Methodenspektrum lassen sich, so zeigen es Möhlen und Brähler (1984, S. 159), allerdings auch konfliktzentrierte Modelle untermauern: „Der für Ulcusranke oft beschriebene orale Ambivalenzkonflikt kommt [...] sehr deutlich zum Ausdruck, wobei die Abwehraspekte im Vordergrund stehen. Gleichzeitig werden

⁴¹ Nach Hehl und Hehl 1975.

aggressive Impulse mit Neid- und Ärgerreaktionen nicht offen gelebt, sondern gegen das eigene Selbst gewandt.“ Auch bei Wirschings (1984) Beobachtungen sind Konflikte (allerdings zunächst ‚äußere‘), beziehungsweise eine entwicklungshemmende Konfliktvermeidung (S. 241) eine ätiologische Größe, wenn er in den untersuchten Familien eine Tendenz „auf möglichst allgemeine, jederzeit revidierbare Äußerungen und das Vermeiden klarer Stellungnahmen“ ausmacht. „Auf diese Weise lassen sich Meinungsverschiedenheiten und Konflikte vermeiden, allerdings um den Preis eines sehr reduzierten emotionalen Austauschs und großer Unsicherheit in den Beziehungen. Wenn niemand eine klare Stellung bezieht, weiß auch niemand genau, woran er ist“ (a. a. O., S. 240f.). In dem Beispielfall wird auch der auslösenden Situation nachgegangen, wobei Wirsching deutlich darauf hinweist, dass eine Spezifität hier nicht auszumachen ist sondern sich, hier im systematischen Vergleich von Familien mit Colitis- Crohn- und Ulcus-kranken Jugendlichen gegenüber den Familien von Atopikern (Asthma und Neurodermitis), allenfalls Tendenzen in den Familienstrukturen ausmachen lassen (a. a. O., S. 242).

Mit Überlegungen zur Alexithymie und zu familientherapeutischen Aspekten erweitern sich die psychosomatischen Modelle und Perspektiven einerseits, andererseits werden individuelle Schicksale und Konfliktlinien besonders ab Mitte der 1980er-Jahre zunehmend von jener breiteren empirischen Basis verschluckt. Dies ist in verschiedener Ausprägung beispielsweise bei Leibig et al. (1985), Biebl et al. (1986) und Ahrens et al. (1986) festzustellen. Bei Leibig et al. (1985) dreht sich viel um eine mögliche Auslösesituation, innere Konflikte werden nicht diskutiert. Auch bei Biebl et al. (1986) verhält es sich ähnlich, wobei hier auch dispositionelle Vorerfahrungen wie beispielsweise Objektverluste abgefragt werden (S. 272), ebenso bei Ahrens et al. (1986, vgl. S. 312). Es lässt sich an dieser Stelle festhalten, dass sich der Fokus der Untersuchungen verschiebt, der theoretische Zugang ist weiterhin stark beeinflusst von den psychoanalytisch geprägten Überlegungen der Jahrzehnte zuvor, was auch in den jeweils ausblickenden Überlegungen anklingt (siehe auch Abschnitt 6.5).

Bei Probst et al. (1990) liegt der Fokus dann auf akuten Krankheitsauswirkungen, auf der sozialen Integration von Patient_innen mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen. Dass sich „signifikante soziale Beeinträchtigungen in den Bereichen Berufsleben, Freizeitaktivitäten, Partnerschaft und Sexualität nachweisen“ lassen (Probst et al. 1990, S. 267), ist bei solch alltagsbestimmenden Erkrankungen nicht überraschend, sondern „hier objektiviert worden“ (ebd.). Die Autor_innen kommen zu zwischen Morbus Crohn- und Colitis ulcerosa-Patient_innen divergierenden Ergebnissen bei der Diskussion der Frage, inwieweit die abgefragten ‚Charakterstrukturen‘ bereits vor der Erkrankung vorhanden waren: „Im FPI [Freiburger Persönlichkeitsinventar, A1-Form] schildern sich die Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen signifikant nervöser, aggressionsgehemmter, ungeselliger, weniger gelassen, gehemmter, verschlossener, introvertierter und weniger maskulin als die Kontrollpersonen. Die Ausprägungen der im FPI gemessenen Persönlichkeitsdimensionen war bei den Morbus Crohn-Patienten im Gegensatz zu den Colitis ulcerosa-Patienten von der

Krankheitsaktivität und von somatischen Krankheitssymptomen abhängig.“ (Probst et al. 1990, S. 259). Interessant für die Frage nach der Bedeutung von Konfliktstrukturen ist eine der Schlussfolgerungen: „Die Ergebnisse deuten darauf hin, daß sich mit der Besserung der somatischen Symptome auch die psychischen Symptome zurückbilden und stellen damit die Existenz einer prämorbid pathologischen Persönlichkeitsstruktur bei Morbus Crohn-Patienten in Frage“ (a. a. O., S. 269). Dies gelte allerdings nicht so sehr für die andere untersuchte Gruppe: „Im Gegensatz dazu stützt unsere Beobachtung, daß bei den Colitis ulcerosa-Patienten die im FPI gemessenen Persönlichkeitsdimensionen unabhängig von der Krankheitsaktivität und von aktuellen somatischen Krankheitssymptomen waren, die Hypothese einer pathologischen prämorbid pathologischen Persönlichkeitsstruktur der Colitis ulcerosa-Patienten“ (ebd.). Hier zeichnet sich ein Perspektivwechsel ab, indem ausgehend von den Ergebnissen der psychologischen Testverfahren Rückschlüsse gezogen werden auf eine mögliche bereits vor der körperlichen Erkrankung vorhandene ‚pathologische Persönlichkeitsstruktur‘. Mögliche unbewusste Konfliktlinien in ihrer Genese werden nicht mehr verfolgt, was anlagebedingt hier sicher den Rahmen des Aufsatzes gesprengt hätte. Ebenfalls anlagebedingt findet bei Deter et al. (1991) eine solche Diskussion kaum statt, in diesem Fall mit expliziter Begründung (vgl. Abschnitt 6.5). Die Untersuchung kommt zu dem Schluss, dass somatische Befunde eine „sehr schwache Beziehung sowohl zu Parametern der sozialen Unterstützung als auch des sozialen Netzes“ (a. a. O., S. 55) haben. Wiederum mit der Frage einer möglichen prämorbid pathologischen Charakterstruktur setzt sich Lieberz (1991) auseinander, indem er den von Dührssen entwickelten *Risikoindex* nutzt, mit nicht eindeutigen Ergebnis: „So bleibt es letztlich bis heute umstritten, ob die bei diesen Patienten beschriebenen psychopathologischen Auffälligkeiten nur zufällig oder gesetzmäßig mit dem Krankheitsgeschehen verbunden sind, und wenn gesetzmäßig, ob sie dann in einem ursächlichen oder reaktiven Sinne wirken“ (a. a. O., S. 344f.). Der für die Beantwortung dieser Frage notwendige Einblick in die „prämorbid pathologische Persönlichkeitsstruktur“ (a. a. O., S. 345) der Kranken ist naturgemäß schwer zu gewinnen.

Hier liest sich die 1994 veröffentlichte Argumentation Alexanders beinahe gegensätzlich, beziehungsweise geht er nicht davon aus, dass sich die Persönlichkeitsstruktur durch die Erkrankung fundamental ändert: „Diese unbewußten Konfliktsituationen, die die dynamischen Quellen der manifesten Haltungen sind, können in der Regel angemessen beschrieben werden, auch bevor ihr genetischer Hintergrund vollständig psychoanalytisch rekonstruiert worden ist“ (Alexander 1994, S. 210). Die Spezifitätsfrage, die ja quasi mit Alexander die Bühne betrat, wird klar beantwortet: „Unsere erste Annahme und Arbeitshypothese ist, daß die psychischen Faktoren, die die somatische Störung verursachen, spezifisch sind“ (a. a. O., S. 209). Dies bedeutet allerdings nicht, dass spezifische Konflikte immer Voraussetzung für die jeweilige Erkrankung wären oder andersrum: „Obwohl bestimmte Persönlichkeiten eher in den beschriebenen Konflikt zwischen rezeptiven und aktiv-gewährenden Strebungen hineingeraten und ihn durch Überkompensationsmechanismen lösen, sehen wir dennoch andere

charakterologische Typen und (sic) den entsprechenden äußeren Lebensbedingungen denselben Konflikt entwickeln“ (a .a. O., S. 216). Die aktuelle Lebenssituation der Patient_innen hat nur einen auslösenden Einfluss. „Das Verständnis der verursachenden psychologischen Faktoren muß in der Kenntnis der Persönlichkeitsentwicklung des Patienten fundiert sein, die allein die Reaktionen auf akute traumatische Situationen erklären kann“ (a .a. O., S. 209). Während also bei Alexander zumindest in diesem Aufsatz die Psychodynamik nicht einzige, aber eine zentrale ätiologische Größe ist, werden bei Leibing et al. (1998, S. 189) psychische und körperliche Erkrankungen wiederum separiert: „Den Angststörungen und den depressiven Störungen kommt eine besondere Bedeutung zu. Ungeklärt ist, inwieweit es sich bei der IBS-Symptomatik [Reizdarm] bei Patienten mit psychischen Störungen um ein eigenständiges Krankheitsbild oder etwa um Angstkorrelate handelt.“ Spezifität finden die Autor_innen wenn überhaupt in Subgruppen:

„So können bei IBS-Patienten mit einem Überwiegen von Diarrhöen andere körperliche Mechanismen wirksam sein, als bei solchen mit Konstipation, die IBS-Symptomatik kann etwa bei Angstpatienten ein Affektkorrelat sein oder in Form einer Somatisierung ein Affektäquivalent, sie kann in Zusammenhang stehen zu psychosozialen Belastungen oder relativ autonom ablaufen aufgrund einer Fehlfunktion des ENS“ (a .a. O., S. 191).

Psychodynamische Vorgänge werden hier nicht diskutiert.

Gross und Herrmann verwerfen die ‚älteren‘ Überlegungen zur Spezifität unmissverständlich mit dem Hinweis, dass das Konzept der ‚Ulkuspersönlichkeit‘ auch bei von Uexküll nicht mehr aufrechterhalten wird: „Die teilweise berichteten positiven Beziehungen der genannten psychischen Variablen zur Ulkuserstehung sind jedoch aufgrund widersprechender Befunde und methodischer Mängel der meisten Untersuchungen angezweifelt worden“ (1999, S. 396). Die chronische Frustration von Lebenszielen allerdings lasse sich doch „mehrfach mit Ulkuserstehung bzw. -komplifikationen in Verbindung“ bringen (ebd.).

Haller et al. (2003) untersuchen das soziale Netz bei Patient_innen mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, Psychodynamik und Auslösesituation finden hier keine Erwähnung, dies gilt mit leichten Einschränkungen für die weiteren Publikationen des hier untersuchten Zeitraumes. Bei Moser (2006) werden weitere häufige Koerkrankungen benannt: „Vierzig bis sechzig Prozent der Betroffenen [FGIS] in gastroenterologischen Zentren leiden auch an psychischen Störungen wie Depressionen, Angst, somatoformen Störungen, chronischen und/oder akuten Lebensbelastungen (Stress) oder posttraumatischen Stressstörungen“ (S. 114), diese werden jedoch nicht in einem psychodynamischen Zusammenhang diskutiert, ebenso wenig bei Martens (vgl. Martens et al. 2010, S. 48). In der Studie von Camara et al. werden weder psychodynamische Fragen aufgeworfen, noch mögliche Auslösesituationen diskutiert (vgl. Cámara et al. 2010).

Diese Entwicklung verläuft nicht gradlinig, es ist aber eine Tendenz festzustellen. In der jeweiligen Herangehensweise spiegeln sich notwendigerweise ätiologische Vorstellungen. Wenn auch hier differenziert werden kann zwischen verschiedenen Vorstellungen von

Spezifität, so kann doch davon ausgegangen werden, dass psychodynamische Vorstellungen eher in der Lage sind, einen Zugang zur Historizität der Subjekte zu eröffnen als eine davon entkoppelte Suche nach der Korrelation von bewussten Persönlichkeitseigenschaften und Krankheitsbildern. Bezieht man zudem jene auslösende Konfliktsituation mit in diese Überlegungen ein, so ist ein Unterschied in der Gewichtung maßgeblich: Inwieweit wird dieser ‚Auslöser‘ beispielsweise zusammenhängend mit lebensgeschichtlich erworbenen Wesenszügen betrachtet? Dies berührt auch die im Textmaterial häufig angeklungene Frage, ob eine solche Konstellation den Patient_innen immer bewusst ist, also mit testpsychologischen Instrumenten in ihrer vollen Dimension erfasst werden kann.

In den Aufsätzen bis Mitte der 1960er-Jahre ist nicht die Frage, *ob* ein konflikthafte Erleben die körperliche Erkrankung mitbestimmt, sondern vielmehr *welcher* Konflikt dies sein könnte, wobei die Ergebnisse sich aus (teils explizit erfolgreichen) psychoanalytischen Behandlungen generieren. Diese Suche nach dem Zusammenhang von (spezifischem) psychodynamischem Konflikt und der körperlichen Erkrankung verschiebt ihren Schwerpunkt mit der zunehmenden Zahl der untersuchten Patient_innen von psychodynamischen Annahmen zur Untersuchung von Persönlichkeitsmerkmalen.

Die Annahme, dass die jeweilige (neurotische) Persönlichkeitsstruktur in Kombination mit einer auslösenden Konfliktsituation ätiologische Bedeutung haben könnte wird in der Tendenz zunächst, etwa seit den 1980er-Jahren, zwar einerseits methodisch zu untermauern versucht und klingt in den theoretischen Überlegungen noch an, andererseits wird durch den Methodenwandel ein Erfassen möglicher unbewusster Dimensionen sehr erschwert. Dieses Dilemma, begreift man es als solches, ist auch den jeweiligen Autor_innen bewusst. Seit den 1990er-Jahren nimmt auch der solchermaßen psychoanalytisch geprägte theoretische Zugang ab, er wird schlicht weniger diskutiert. Während sich psychoanalytische Begrifflichkeiten und Überlegungen sukzessive verflüchtigen, ist allerdings zunehmend von ‚Stress‘ die Rede, wobei der Stressbegriff eine weniger inflationäre Nutzung erfährt als erwartet. Analog zu dieser Entwicklung nimmt auch die Diskussion der Bedeutung frühkindlicher Erfahrungen für psychosomatische Erkrankungen im hier untersuchten Material ab. Somit verblasst die ätiologische Bedeutung, die der psychodynamischen Struktur und der jeweiligen Lebenssituation der_des Erkrankten zugesprochen wird, im hier untersuchten Material auf zweierlei Weise; zum einen werden jene psychoanalytisch gewonnenen Erkenntnisse auf eine als überholt zu betrachtende ‚Spezifitätsfrage‘ reduziert, darüber hinaus findet vor allem keine intensive Diskussion dieser Überlegungen mehr statt, wobei andererseits das ‚Psychische‘ weiterhin als Einflussgröße betrachtet wird.

Da besonders für die Psychosomatik ätiologische Überlegungen stets von großer Bedeutung waren und sind, werden im Folgenden noch einige Aspekte hinsichtlich möglicher Verursachungsfaktoren hervorgehoben, bevor anschließend eine Diskussion der Ergebnisse erfolgt.

6.4.5 Symptomverschiebung und primär organischer Faktor

Wie bereits im oberen Abschnitt gezeigt, ist es in verschiedener Weise meist das Zusammenspiel von psychodynamischen oder Persönlichkeitseigenschaften und auslösender Lebenssituation, dem eine ätiologische Bedeutung zugesprochen wird. Die Untersuchungen richten sich häufig auf einzelne Teilaspekte. Im untersuchten Textmaterial finden sich darüber hinaus weitere Überlegungen, die die stets zentrale Frage nach dem ätiologischen Moment psychosomatischer Krankheit berühren. Das Spektrum reicht von der Annahme der Symptomverschiebung bei weiterhin ungelösten Konflikten bis zur Annahme einer primär organischen Ursache, wobei letztere sich im hier untersuchten Material nur für Teilaspekte findet. Dass auch somatische Faktoren mit zu berücksichtigen sind wird, entgegen einem nicht ganz unüblichen Vorwurf, in keiner Publikation angezweifelt, jedoch in unterschiedlicher Deutlichkeit hervorgehoben.

Bereits im ersten Heft der Zeitschrift formuliert Schwidder aus, was sich auch durch die weiteren Veröffentlichungen zieht: In der Forschung ist weitestgehend unklar, inwieweit die Konstitution ausschlaggebend für psychosomatische Erkrankungen ist (Schwidder 1954/55, S. 4), insgesamt sieht er jedoch Beweise für den Einfluss psychischer Faktoren auf die Krankheitsentstehung als in großer Zahl vorhanden (a. a. O., S. 6). Dabei geht es ihm sowohl um den Zusammenhang zwischen bewusst erlebten Affekten und Funktionsänderungen, als auch der möglichen symbolhaften Darstellung seelischer Faktoren (a. a. O., S. 9). Seit dem Röntgeneinzug 1912, so konstatiert er, werden die Diagnosen hinsichtlich psychischer Ursachen zurückhaltender gestellt, da häufiger als früher anatomische Veränderungen feststellbar sind. Da allerdings zunehmend deutlicher werde, dass anatomische Veränderungen häufig aus Funktionsstörungen erwachsen, sind anatomische Veränderungen kein Ausschlusskriterium für psychische Einflussfaktoren (a. a. O., S. 5). Auch funktionell-mechanische Einflüsse müssten berücksichtigt werden, seien allerdings kaum allein ausschlaggebend (a. a. O., S. 9). Schwidder macht deutlich, dass die ursächlich an der Krankheit beteiligten Faktoren individuell sehr unterschiedlich sind, da die „gleichen Erscheinungsbilder [...] selbstverständlich auch Symptome einer organischen Erkrankung sein“ können (ebd., FN 1). Wo die psychosomatische Erkrankung aufhört und die organische Erkrankung beginnt, wird nicht ganz deutlich, wenn letztere auch über Funktionsstörungen (mit)verursacht sein kann. Ähnlich argumentiert Schellack, dass die Strukturveränderungen bei einigen Erkrankungen (bestimmte Formen der Obstipation, erworbene Form des Magencolons, Colica mucosa) als sekundäre Reaktionen auf die vorgehende neuromuskuläre Funktionsstörung auftreten. Diese Funktionsstörungen sieht er korrelativ zu einer konflikthaftern (hier meist retentiven) Erlebnisverarbeitung (Schellack 1954/55, S. 38). Ausgehend von der entscheidenden Bedeutung einer neurotischen Struktur und dem auslösenden Moment einer Konfliktsituation, weist er darauf hin, dass es bereits vor dem Auftreten der hier untersuchten Erkrankungen durchaus Symptome gibt, beispielsweise

depressive Verstimmungen, Anginen, Appetitstörungen oder Verstopfung. Es sind dies in dieser Perspektive keine voneinander losgelösten Erkrankungen sondern allesamt Ausdruck einer ‚Schieflage‘ im Bereich der Erlebnisverarbeitung. Ebenso betont Glatzel die Bedeutung von Funktionsänderungen, wobei auch er kein monokausales Erklärungsmodell vertritt: „Jedes Auftreten von Ulkusbeschwerden ist ein Ausdruck von Funktionsänderungen im vegetativen System. Daß das vegetative System nicht allein durch Affekte, Triebe und Vorstellungen, sondern auch durch somatische Umwelteinwirkungen verschiedenster Art in seinen Funktionen beeinflußt werden kann, wird von keinem Sachkenner bestritten“ (1955/56, S. 57). Ähnlich wie bei Schellack der Erkrankung des Verdauungssystems bereits Symptome vorausgehen, sieht Garma diese nach chirurgischen Eingriffen verschoben. Beobachtungen zeigen, so argumentiert er, „wie chirurgische Eingriffe – obwohl sie an Geschwüren leidende Patienten kurieren können – bei Bestehenlassen der neurotischen Persönlichkeit und durch Aufbürden eines weiteren Traumas neue Symptome hervorrufen können und andere reaktivieren, die manchmal viel beschwerlicher sind als diejenigen, die dem Geschwür vorausgingen“ (1957/58, S. 60). Ähnlich argumentiert Schellack, dessen Untersuchungen an 400 erwachsenen Patient_innen mit psychosomatischen Störungen

„die Rolle der Tonsillen als psycho-somatisches Abwehrorgan nahelegen. Als Hüter an der Schwelle zum tieferen Verdauungstrakt gelegen, können diese bevorzugt in den ersten beiden Lebensjahrzehnten sozusagen für die Verdauungsorgane einspringen und in Form einer Angina, viel häufiger aber einer rezidivierenden bzw. chronischen Tonsillitis, psychopathologische Reize aus Besitz- und Geltungskonflikten auffangen, die auch in der Pathogenese funktioneller Magenstörungen der Gastritis und des Ulcusleidens u.a. mit Durchblutungsstörungen der terminalen Strombahn und Spasmen der Muskulatur korrelieren“ (Schellack 1958/59a, S. 36).

Es ist für Schellack weiterhin das Zusammenspiel aus somatischen Faktoren, Psychodynamik sowie der Schwere der auslösenden (Versuchungs- und Versagungs-)Situation von Bedeutung, die (mit Bezug zu Binswanger) „immer eingebettet in die existentielle Befindlichkeit des Menschen zu sehen sind“ (Schellack 1958/59b, S. 107). Sperling (1958/59, S. 173) betont in ihrer Arbeit zur Colitis ulcerosa ebenfalls, dass sie hier von der idiopathischen Erkrankungsform spricht und sich bewusst ist, dass es bedingt durch verschiedene Wirkfaktoren verschiedene Erkrankungsformen gibt. In den von ihr untersuchten und ähnlichen Fällen muss man hinsichtlich der Therapie erkennen, „daß die Anwendung von Medikamenten und chirurgischen Methoden symptomatische Maßnahmen darstellen und nicht die Ursachen der Erkrankung berühren“ (a. a. O., S. 177). Womit sie die Anwendung dieser Maßnahmen keinesfalls prinzipiell verneint, Schellack weist dann explizit auf die Gefahr hin, somatische Gegebenheiten mangelhaft zu berücksichtigen (1960, S. 101). So lässt sich bis hier festhalten, dass sowohl die somatischen Faktoren mit diskutiert werden, ebenso die Frage nach möglicher Symptomverschiebung. Letztere wird von Zauner 1964 gezielt untersucht.

Was bereits zuvor anklang, wird hier systematisiert:

„Wenn man von der Prämisse ausgeht, daß die Ulkuskrankheit nicht von einer lokalen Störung geprägt wird, sondern multifaktoriell bedingt ist und die Gesamtpersönlichkeit mit einbezieht, daß also psychische Faktoren einen integrierenden Bestandteil bei ihrer Entstehung darstellen, gewinnt die Frage an Bedeutung, ob die Entfernung eines wesentlichen Teils des Erfolgsorgans auf die speziellen psycho-somatischen Abläufe einen Einfluß nimmt und wenn dies zutreffen sollte, in welcher Form“ (Zauner 1967, S. 24).

Zauner kommt zu dem Ergebnis, dass sich bei „den meisten Patienten [...] ein klinisch und psycho-dynamisch wohlumschriebenes Syndrom [fand], das infolge eines Wandels der Charakterstruktur durch das Erleben der ‚Entfernung‘ des Magens sozusagen an die Stelle der Ulkuskrankheit getreten war“ (a. a. O., S. 30). Eine ähnliche gelagerte Fragestellung findet sich etwa 17 Jahre später bei Möhlen und Brähler (1984). Zuvor plädiert Schulz (1969) dafür, dass auch aus pragmatischen Gesichtspunkten die internistische und psychotherapeutische Behandlung bei Colitis ulcerosa-Patient_innen durchaus in verschiedenen Händen liegen kann, da bei der ungeklärten Ätiologie natürlich auch die Krankenhausbehandlung notwendig ist. Ohne Psychotherapie, so ist die Schlussfolgerung von Schulz, bleibt es aber bei symptomatischer Behandlung. Kipnowski und Kipnowski postulieren für die Colitis ulcerosa erstmals explizit im hier untersuchten Material „einen primär organischen Faktor“ und sehen sich damit in Übereinstimmung mit Engel, was allerdings keinen Ausschluss anderer Einflussgrößen bedeutet:

„Im Falle der chronisch-rezidivierenden Verlaufsform der C.u. können psychische und soziale Variablen zum Erreichen eines Schwellenwertes im Rahmen einer multifaktoriellen Genese der Erkrankung beitragen und somit zu Erstsymptomen oder Krankheitsrezidiven führen. Inwieweit das Phänomen der ‚Alexithymie‘ spezifisch für die chronisch kontinuierliche Verlaufsform der C.u. ist, kann zum jetzigen Zeitpunkt nicht entschieden werden“ (Kipnowski und Kipnowski 1981, S. 379).

Insofern werden die psychischen und sozialen Variablen zu einer Art Tropfen, der das Fass zum Überlaufen bringt.

Bezogen auf das Ulkusleiden wiederum kommen Möhlen und Brähler zu dem klaren Fazit, dass eine Organtherapie nicht ausreicht (Möhlen und Brähler 1984, S. 162). Auch nach der OP „hatten die Ulcuskranken jedoch nach wie vor einen deutlich höheren Gesamtbeschwerdepegel [verglichen mit der ‚Normalbevölkerung‘], wobei die Hauptklagen auch nach der Operation aus dem Magen-Darm-Bereich stammten. Bei einer großen Untergruppe ließ sich ein Syndromwandel in Richtung Gliederschmerzen nachweisen“ (a. a. O., S. 150). Hier spielen Aggressionen eine zentrale Rolle: „Ähnlich wie bei Rheumakranken wird die nach wie vor ungelöste Aggressionsproblematik jetzt über den Bewegungsapparat somatisiert. Dies ist möglicherweise ein Spezifikum für operierte Ulcusranke“ (a. a. O., S. 161). Auf diese Ergebnisse beziehen sich auch Biebl et al., die zu ähnlichen Schlüssen kommen: „Die Ergebnisse unserer Untersuchung zeigen, daß in der Gruppe II [entspricht den Patient_innen,

die ihr Ulcus erst im Erwachsenenalter bekamen] auch vor dem Auftreten der Ulcera rheumatoide Beschwerden bereits häufig sind. Patienten der Gruppe I [bekamen ihr Ulcus in der Adoleszenz] haben außer der Ulcuskrankheit weniger andere Erkrankungen. Dies könnte im Sinne der spannungsmindernden Wirkung einer chronisch rezidivierenden Erkrankung gesehen werden“ (Biebl et al. 1986, S. 277). Auch Leibing et al. (1998), die sich mit dem Reizdarmsyndrom beschäftigen, erwähnen, dass hier „außerdem häufiger ein Syndromwandel zu anderen funktionellen Störungen zu beobachten“ ist (S. 168 mit Bezug zu Rösch 1986), dieser Umstand wird jedoch nicht weiter diskutiert.

Wiederum auf die Colitis ulcerosa bezogen und ähnlich den Schlussfolgerungen von Kipnowski und Kipnowski kommen Lieberz et al. zu dem Ergebnis

„daß die Kolitispatienten einen Belastungswert [auf Dührssens *Risikoindex*] erreichen, der dem gesunder Menschen entspricht, und daß sie damit weit unter der durchschnittlichen Risikobelastung neurotischer Menschen liegen. Dieses Ergebnis wird als Hinweis darauf verstanden, daß wir in der Colitis ulcerosa eine Somato-Psychosomatose sehen müssen und daß der auf psychogene Einflüsse zurückzuführende Varianzanteil im Ursachengefüge dieses Krankheitsbildes eher geringer einzuschätzen ist“ (Lieberz et al. 1991, S. 344).

Engel und Schmale (1969) sprechen dem organischen Faktor einen primären und entscheidenden Anteil zu, für sie ist die Colitis ulcerosa eben jene Somato-Psychosomatose, womit unter anderem an Freuds ‚somatisches Entgegenkommen‘ und Alexanders ‚Faktor X‘ angeknüpft wird (vgl. ebd.). Es muss, so auch hier das Fazit, differenziert werden:

„Wahrscheinlicher ist wohl die Annahme, daß wir 3 Gruppen von Kolutispatienten mit unterschiedlicher psychogener Beteiligung unterscheiden müssen. Bei einer ersten Gruppe dürften wir keine wesentlichen psychopathologischen Auffälligkeiten finden, und psychogene Einflüsse auf den Krankheitsverlauf dürften bedeutungslos sein. Bei einer zweiten Gruppe von Kranken könnten psychogene Einflüsse im Sinne einer unspezifischen Erregung zum Auslöser des vorbestehenden organischen Krankheitsprozesses werden. Und bei einer weiteren Gruppe von Kolutispatienten könnte der zugrundeliegende organische Krankheitsprozeß durch eine neurotische Dynamik negativ beeinflusst werden“ (a. a. O., S. 349).

Eine Varianz im Ursachengefüge machen, das ist bislang deutlich geworden, die meisten Autor_innen aus. Neu bei Lieberz et al. ist die mögliche Bedeutungslosigkeit psychischer Einflüsse auf das körperliche Symptom, die so bislang nicht ausformuliert wurde.

Von diesen Ausnahmen abgesehen, werden psychische Faktoren stets als Einflussgröße angenommen. Die Erwähnung oder Diskussion von Symptomverschiebungen unterstreichen die Bedeutung des zugrundeliegenden Konfliktes in Ätiologie und Ätiopathogenese. Eine solche Überlegung fand zuletzt 1986 statt, wobei auch in den Jahrzehnten zuvor keine regelmäßigen Gedankengänge dahingehend zu finden sind. Die Bedeutung somatischer Vorgänge und eine mögliche Disposition – im Sinne eines somatischen Entgegenkommens – wird zwar nicht immer explizit hervorgehoben, aber auch nicht negiert. In Ansätzen zeigt sich

hier eine Veränderung der Perspektive auf die Verknüpfung von Krankheit und Konflikt. Auch innere Konflikte sind nach psychoanalytischen Gesichtspunkten immer Konflikte zwischen Innen und Außen, beispielsweise zwischen Wunsch und Verbot, zwischen ‚Wollen‘ und (vermeintlichem) ‚Müssen‘. Die neue Fokussierung erweckt eher den Anschein eines ‚Von-außen-nach-innen-Schemas‘: Psychische und soziale Variablen können zwar den Ausschlag geben für eine ohnehin angelegte Erkrankung, der unbewussten Konfliktdimension wird allerdings kaum mehr Bedeutung beigemessen. Die Krankheit erscheint determiniert und ihre Ätiologie unberührt von der Spannung zwischen Individuum und Gesellschaft.

6.5 Diskussion: Die Ambivalenz des ‚Sozialen‘ und die Verflüchtigung des Unbewussten

... unsere Neugierde erstreckt sich doch auf die Frage: auf welchem Weg kommen diese Fehlanpassungen zustande, welche frühen Erlebniszusammenhänge determinieren den nämlichen neurotischen Ausgang im Verlauf der Lebensentwicklung?

Mitscherlich 1970, S. 592

Die Tendenzen, die sich aus dem hier untersuchten Textkorpus herauschälen lassen, zeigen auch in ihrer Ambivalenz, dass die Psychosomatik als akademische Disziplin in den letzten Jahrzehnten eine Veränderung in ihrer Schwerpunktsetzung erfahren hat. Der ehemalige ‚Gegendiskurs‘ zur ‚Schulmedizin‘ ist kaum mehr als solcher aufzufinden, die Aussagen im untersuchten Material gleichen sich dem medizinischen Paradigma auf allen untersuchten Ebenen an.

Die ohnehin seltenen Bezüge zur Zeitgeschichte oder weitere gesellschaftsbezogene Überlegungen finden sich, von einer Ausnahme abgesehen, ausschließlich in den frühen psychoanalytisch orientierten Arbeiten. Das Hereinsickern des biopsychosozialen Modells hat nicht zur Folge, dass Soziales in einem gesellschaftsbezogenen Sinne mehr diskutiert wird, dafür nehmen allerdings Untersuchungen zu, die die engeren persönlichen Beziehungen der Patient_innen in den Fokus rücken. Die Forderung nach einer Öffnung der Disziplin hin zu eben diesen drängenden sozialen Fragen bleibt hülsenhaft, auch wenn der Begriff des Sozialen vermehrt die Bühne betritt. Auch der kurze analytisch orientierte familientherapeutische Exkurs ist rasch wieder abgeklungen. Vor der Folie der Wurzeln psychosomatischer Medizin erscheint das am konkreten Krankheitsbild diskutierte biopsychosoziale Modell somit widersprüchlich. Einerseits scheint es zunächst die Möglichkeit einer umfassenderen Betrachtungsweise zu bieten, verbleibt dabei allerdings bei einer kosmetisch erscheinenden Anwendung, da es diesen Anspruch zumindest im hier untersuchten Material nicht einlöst. Die auch von Zepf geäußerte Annahme legt nahe, dass es besonders für die Frage nach dem ‚Sozialen‘ in der Psychosomatik hilfreich und notwendig wäre, sekundäre und tertiäre Sozialisation mehr in den Fokus zu rücken. Da sich diese im untersuchten Material, wenn überhaupt, nur sporadisch in den psychoanalytischen Fallvignetten finden, wurde an dieser Stelle auf eine entsprechende Untersuchungskategorie verzichtet.

Es erscheint mir zentral für die herausgearbeitete Entwicklung, dass die angewendeten Forschungsmethoden sich verändern. Der oben dargestellte Wandel in den Methoden heißt dabei nicht zwangsläufig, dass die für das Zusammenspiel von Individuum und Gesellschaft unerlässliche psychoanalytische Dimension verschwindet. Wenn auch nicht mit Bezug zur gesellschaftlichen Dimension, so ist die Untersuchung von Eckensberger et al. (1977) durchaus ein gelungenes Beispiel für eine ‚objektivierende‘ Überprüfung klinisch gewonnener Eindrücke. Auch Wirsching versucht 1984 explizit, eben die psychoanalytische Dimension zu erweitern, und Ahrens et al. nähern sich 1986 über eine Kombination aus Fragebögen und Inhaltsanalyse auch der unbewussten Dimension. Ebenfalls bedeutet der Einsatz von beispielsweise Dührssens neurosenpsychologisch orientiertem Risikoindex nicht zwangsläufig, den jeweils zugrundeliegenden Konflikten nahe zu kommen, wie Lieberz 1991 selbst betont. Die Tendenz ist jedoch deutlich, und psychologische Testverfahren unterscheiden sich in einem ganz zentralen Punkt vom psychoanalytischen Vorgehen, sie benötigen keine Empathie: „Bekanntlich besteht die Testsituation aus einer Reihe von Reizen, die der Psychologe gibt; sie ist systematisiert und vorher arrangiert. Die vom Psychoanalytiker ausgehenden Reize dagegen sind immer improvisiert und daher nie systematisch“ (Balint et al. 1973, S. 24). So wird in den 1980er bis Anfang der 1990er-Jahre eben jenes Dilemma der Forderung nach breiter, möglichst ‚objektiver‘ empirischer Basis und der Komplexität eines jeden erkrankten Menschen von den jeweiligen Autor_innen durchaus kritisch reflektiert. Ahrens et al. formulieren es 1986 deutlich:

„Allerdings muß eine Interpretation auch immer die methodischen Überlegungen einbeziehen, inwieweit die ausgewählten Untersuchungsinstrumente bzw. Meßmethoden die für die Frage wichtigen psychischen Merkmale und Prozesse abzubilden imstande sind. So ist es durchaus denkbar, daß sich in dem klinischen Eindruck, der aus der Fülle der Komplexität einer psychischen Dimension erwächst, Unterschiede widerspiegeln, die der methodisch notwendigen Eingrenzung bei quantifizierenden Untersuchungen entgehen“ (S. 313).

Auch wenn die Notwendigkeit der Komplexitätsreduktion sich bei der Forderung nach breiterer empirischer Basis logisch erschließt, soll hier doch hervorgehoben werden, dass es keine zwingend sachlogische Forderung ist. Jener ‚klinische Eindruck‘ entspringt wohl dem, was für psychosomatische Medizin zunächst zentrales Moment war und zumindest den Forderungen innerhalb der Disziplin nach auch bleiben sollte; dem Verhältnis von Ärzt_in und Patient_in. Das Fehlen eines tiefenpsychologisch orientierten Blickes in der eigenen Untersuchung sehen beispielsweise auch Deter et al. (1991, S. 57, FN 5) problematisch: „Wir haben neben dem Interview zur Bestimmung des Confidant in dieser ersten orientierenden Untersuchung keine weiteren tiefenpsychologischen Fremdbeurteilungen vorgenommen, sondern lediglich internistische und testpsychologische Instrumente verwendet, was bei der bekannten Verleugnungshaltung von manchen Morbus Crohn-Patienten nicht ganz unproblematisch ist.“ Dem ist noch hinzuzufügen, dass jene ‚bekannte Verleugnungshaltung‘ ohne methodisch

anders orientierte Untersuchungen, meist Erkenntnissen, die sich direkt aus der Psychoanalyse oder an ihr angelehnte Methoden speisen, hier gar nicht diskutiert werden *könnte*. Ist eine solche Forschung auf dem Rückzug, so zwangsläufig auch die aus ihr gewonnenen Ergebnisse, die dann wiederum eventuell quantifizierend überprüft werden könnten. Während Deter et al. (1991) also noch in einer Fußnote darauf aufmerksam machen, dass entscheidende Abwehrprozesse ohne weitere tiefenpsychologische Fremdbeurteilung eventuell durch die Maschen der verwendeten testpsychologischen Instrumente fallen, ist die Wahrscheinlichkeit recht groß, dass eine solche Sichtweise perspektivisch schlicht verloren geht. Ähnlich verhält es sich mit den Ergebnissen, auf die Lieberz sich bezieht: „Es läßt sich einwenden, daß das Ergebnis für die immer wieder beschriebene ‚Übernormalität‘ dieser Kranken spreche“ (1991, S. 348).⁴² Die „niedrigen Belastungswerte [auf dem *Risikoindex* von Dührssen] der Kolitiskranken [ließen sich nämlich auch] dadurch erklären, daß sie – wie von Wirsching und Stierlin (1982) beschrieben – überwiegend aus Familien vom Bindungstyp stammen und deshalb wenige Elternverluste erlebten, damit also Erfahrungen, die mit besonders hoher Gewichtung in den Risikoindex eingehen“ (a. a. O., S. 348). Eine Untersuchung der damit aufgeworfenen zentralen Frage, aus welchen familiären, mit dem Risikoindex anlagebedingt nicht erfassbaren, Strukturen diese Kranken denn nun stammen, findet nicht statt.

Die Untersuchungen verschieben ihren Schwerpunkt, ebenfalls zunehmend seit den 1980er-Jahren, weg von der Frage nach dem Zusammenhang von Psychodynamik und (auslösender) Konfliktsituation hin zur Bedeutung des sozialen Netzes. Damit wird zwar zunächst eine größere Bedeutung des Sozialen suggeriert, diese beschränkt sich bei genauerem Hinsehen allerdings auf Fragen nach dem Ist-Zustand in der Selbsteinschätzung. Den damit verbundenen inneren Konflikten wird abnehmende Aufmerksamkeit gewidmet. Zudem wird die methodisch bedingte Trennung von Faktoren seit den 1990er-Jahren kaum mehr reflektiert. Deter et al. weisen 1991 noch auf diesen Umstand hin: Wo sich in einem neurosenpsychologischen Konfliktmodell der Verursachung psychosomatischer Störung „im psychischen, sozialen und somatischen Bereich zirkuläre Prozesse erkennen“ lassen, die auch auf das in diesem Fall untersuchte Konstrukt der sozialen Unterstützung Bezug nehmen, also jede Ebene die anderen mit bedingt, wird in der Untersuchung eine einzelne Ebene herausgegriffen. „Wir haben es also mit einem Bedingungsgefüge verschiedener sich gegenseitig im Zeitverlauf beeinflussender Faktoren zu tun, die im folgenden aus wissenschaftspraktischen Gründen getrennt betrachtet werden sollen“ (Deter et al. 1991, S. 47). Dieses pragmatische Vorgehen ist einleuchtend und hier werden die Ergebnisse auch noch eingebettet in andere Bezüge betrachtet. In den nachfolgenden Jahrzehnten wird diese Trennung einzelner Aspekte weitergeführt, allerdings zunehmend ohne eine solche Reflexion der ‚wissenschaftspraktischen‘ Notwendigkeit. Analog der Entwicklungen innerhalb der Psychoanalyse wird, hier deutlich ab den 1980er-Jahren, den Objekten und den Bindungsmustern wachsende Aufmerksamkeit entgegengebracht, allerdings

⁴² Mit Bezug zu Freyberger 1979 und Feiereis 1990.

nimmt die Diskussion der unbewussten Dimension und innerer Konfliktlinien dabei ab. Das Phänomen ‚Stress‘ gewinnt an Bedeutung für ätiologische Modelle. Wenn auch so nicht ausformuliert, erweckt der Umgang mit dem Stressbegriff viel eher den Eindruck einer Art unvermeidbaren, zu ertragenden Einflussgröße als es bei einer psychodynamischen Perspektive der Fall ist. Wo der Konflikt (in dem sich eben auch Gesellschaftliches zeigt) noch bearbeitet werden kann, muss der Stress ‚ausgehalten‘ werden. „Bei den psychosomatischen Patienten“, so schreiben Császár und Juhász, „sind die Bearbeitung und Abwehr der Stresssituationen nicht hinreichend und stellen somit wesentliche Faktoren in dem Entstehen bzw. der Verschlechterung psychosomatischer Krankheiten dar“ (Császár und Juhász 1979, S. 171). Ungefragt bleibt, welche gesellschaftlichen Bedingungen für diese ‚Stresssituationen‘ von Bedeutung sind, sowohl hinsichtlich der interaktiven Entwicklung psychischer Strukturen als auch im Sinne von schwer zu ertragenden (materiellen) Lebensverhältnissen, in denen sich gesellschaftliche Machtverhältnisse spiegeln. Bei Cámara et al. beispielsweise werden 2010 ausschließlich Arbeiten zur Wirksamkeit stressreduzierender Maßnahmen auf ihre methodische Qualität hin untersucht. Zudem verschiebt sich der Fokus von ätiologischen Überlegungen hin zu möglichen Krankheitsauswirkungen, deutlich bei Probst 1990. Eine ‚prämorbid Charakterstruktur‘ wird hier in Frage gestellt und teils verneint. Dies erschließt sich durchaus aus dem Aufsatz, verglichen mit, um nur Beispiele zu nennen, den Herangehensweisen von Sperling oder Zepf wird der Unterschied deutlich. Hier sind die sozialisatorisch erworbenen, inneren psychodynamischen Strukturen Voraussetzung, es geht vielmehr um die Frage, wie, wann und warum sie eine Einflussgröße für die Erkrankung sein könnten. Seit den 1990er-Jahren liegt der Schwerpunkt in den Betrachtungen nun allerdings deutlich auf der Frage nach Persönlichkeitsmerkmalen und Komorbiditäten, womit er sich auf eine Art ‚Erscheinungsebene‘ verlagert, da die jeweilige *psychodynamische* Situation an Bedeutung verliert. Die Frage nach Komorbiditäten liefert zwar gewiss Erkenntnisse über mögliche Zusammenhänge, die zugehörigen Diskussionen lassen allerdings vermissen, was beispielsweise bei Schellack beinahe als Selbstverständlichkeit zu lesen ist: Dass es kaum in dem Sinne voneinander unabhängige Erkrankungen im Individuum gibt sondern allesamt als – manchmal tragischer – Ausdruck einer ‚Schieflage‘ im Bereich der Erlebnisverarbeitung begriffen werden können, oder diese Schieflage zumindest einen Anteil an der Erkrankung hat (vgl. Schellack 1954/55).

Eine Art ‚radikale‘ Schlussfolgerung aus einer psychogenetisch orientierten Perspektive (eine *ausschließlich* psychogenetische Verursachung von Krankheit wird in keiner der Publikationen formuliert) ist die Annahme, dass das somatische Symptom sich zwar durch medikamentöse oder chirurgische Eingriffe bessern kann, bei mangelnder Bearbeitung des zugrundeliegenden Problems – meist einer Kombination aus innerpsychischen Vorgängen, aktueller Lebenssituation und körperlicher Disposition – sich die Symptome allerdings verschieben können. Überlegungen zu dieser Frage finden sich auch bei Cremerius, der davon ausgeht, dass „die manifesten Syndrom- und Symptomschicksale (gleichgeblieben, verschwunden,

verändert) nichts über Heilung, Besserung, Verschlechterung etc. aussagen“ (Cremerius 1978b, S. 269). Er erinnert an die Beobachtung eines fließenden Syndromwandels bereits bei Freud, und zwar schon in seinen ersten *Studien über Hysterie* (1895d), erneut bei der Beschreibung des Falls der Dora (Freud 1905d). Und 1924, in *Das ökonomischen Problem des Masochismus*, schreibt Freud: „Es ist auch lehrreich zu erfahren, daß gegen alle Theorie und Erwartung eine Neurose, die allen therapeutischen Bemühungen getrotzt hat, verschwinden kann, wenn die Person in das Elend einer unglücklichen Ehe geraten ist, ihr Vermögen verloren oder eine bedrohliche organische Erkrankung erworben hat. Eine Form des Leidens ist durch eine andere abgelöst worden [...]“ (Freud 1924c, S. 379). Ebenso sieht Anna Freud „wenig Grund zu der Annahme, daß die Neurosen Erwachsener spontan verschwinden [...]. Ein masochistischer Wunsch, der sich einmal in neurotischen Symptomen äußert, kann ein andermal in organischer Krankheit Befriedigung finden“ (Freud 1945 zit. in Cremerius 1978b, S. 273). Dass eine psychosomatische Erkrankung nicht immer mit Masochismus in Verbindung steht, sollte bereits deutlich geworden sein. Eine solche Perspektive, die mögliche Symptomverschiebungen im Sinne einer ‚Schiefheilung‘ berücksichtigt, konnte sich allerdings nicht durchsetzen. Allein die Möglichkeit einer solchen Symptom- oder Syndromverschiebung findet zumindest im untersuchten Material seit den 1990er-Jahren mit Ausnahme von einem Satz bei Leibing et al. (1998) keinerlei Erwähnung mehr.

Mit zunehmender Professionalisierung der Disziplin und fortschreitender Institutionalisierung passt die Psychosomatik sich in ihren Methoden und Modellvorstellungen sukzessive den Forderungen eines an ‚objektiven‘ Ergebnissen orientierten medizinischen Systems an. Die einzige abgedruckte streitbare Auseinandersetzung im untersuchten Material hierüber fand Mitte der 1950er-Jahre zwischen Rehder (1955/56) und Glatzel (1955/56) statt. Rehder vertritt hier die Ansicht, dass Glatzels Schlussfolgerungen zur möglichen Psychogenese der Ulkuskrankheit zu weitgehend seien, mögliche seelische Einflussfaktoren gesteht er allerdings durchaus zu. Glatzel, der zunächst sachliche Argumente vorbringt, fühlt sich von Rehder „an die Geschichte von jenem alten Geheimrat“ erinnert, „der ein- oder zweimal in der Woche an der Spitze seines Gefolges durch die Krankensäle ‚rauschte‘ und jeden von seinen 200 Kranken ganz genau persönlich zu kennen behauptete“ (a. a. O., S. 55). Abgesehen von dieser Auseinandersetzung zwischen zwei weit auseinanderliegenden Standpunkten, die an Aktualität kaum eingebüßt hat, findet keine Debatte über diesen Perspektivwandel statt, allerdings durchaus ein selbstkritischer Umgang. Die Notwendigkeit der breiteren empirischen Basis betonend weichen die Fallvignetten der 1950er- und 1960er-Jahre testpsychologischen Verfahren und standardisierten Interviews. Etwa bis Mitte der 1980er-Jahre mit unterschiedlichen Versuchen, auch hier einer tiefenpsychologischen Dimension Beachtung zu schenken, seit den 1990er-Jahren ist dies kaum mehr der Fall. Ab den 1990er-Jahren wird der Rückzug der Psychoanalyse, sowohl als Methode als auch als ‚Denkmodell‘ und theoretische Orientierung, noch deutlicher als zuvor. Eine Debatte darüber findet im hier untersuchten Material nicht statt. Die Öffnung der psychosomatischen Medizin für Methoden über die

Psychoanalyse hinaus soll hier nicht per se als Verflachung verurteilt werden, wie oben gezeigt konnten hier ja durchaus weiterführende Überlegungen integriert und der Blick für das unmittelbare soziale Umfeld geöffnet werden. Problematisch ist allerdings die dennoch damit einhergehende *Anpassung* an einen Denkstil und Institutionenapparat, dem die Psychosomatik einst aus innerer Überzeugung als Gegengewicht entgegengetreten war. So können zwar die jeweiligen Untersuchungsergebnisse jene breitere empirische Basis vorweisen, die Subjektivität und die Bedeutung der jeweiligen individuellen Lebensgeschichte gehen jedoch verloren, einschließlich der unbewussten Dimension. Wo die Psychoanalyse aufzeigen kann, wie unter gesellschaftlichem äußerem Druck innere Konflikte entstehen, werden diese äußeren Bedingungen nicht gesellschaftlich oder politisch gefasst. Es sind eher beliebige Umstände, die ihre Wirkung höchstens an dem Punkt entfalten, wo die Krankheit einsetzt. Die Notwendigkeit der empirischen Basis jedoch wird zum Normalismus der Disziplin. Individuelle Lebensgeschichten werden in der Forschung, wenn überhaupt, über Fragebögen erhoben und mögliche Abwehrprozesse nicht mehr diskutiert. Die Dimension des Unbewussten wird nicht direkt in Frage gestellt oder verneint, sie wird größtenteils ignoriert, aus dem Diskurs ausgeschlossen. Im Fokus steht das körperliche Symptom, nicht der mögliche zugrundeliegende Konflikt. Eine solche Herangehensweise an die psychosomatische Erkrankung ist im Sinne Jägers und Jägers (vgl. 2007, S. 28) als Diskursposition aufzufassen, sie ist, zugespitzt, ein spezifischer politischer Standort und zwar in ein ‚objektives‘, unpolitisches Gewand gekleidet – sie ist affirmativ, hat sich der Kritik entledigt und ‚zählt‘ die ihr anvertrauten Leidenden, anstatt die Ursachen zu benennen. Diese Position ist in den letzten zwei Jahrzehnten der hier durchgeführten Analyse relativ homogen und ist selbst Resultat des Diskurses, sie ist ‚selbstverständlich‘. Was keinesfalls bedeuten muss, das jede_r Beteiligte_r diese Position vertritt, auch das zeigt die Analyse. Diese medicozentrierte Selbstverständlichkeit der Psychosomatik als Disziplin jedenfalls ist auch dem institutionellen Machtgewinn geschuldet. Mit Integration ins Medizinalsystem musste die psychosomatische Medizin einiges von dem opfern, mit dem sie angetreten war. Eine über die Psychoanalyse vermittelte subjektzentrierten Konflikttheorie verschwand über die Jahrzehnte und mögliche Fragestellungen, die die gesellschaftliche oder politische Dimension berühren, finden sich überhaupt nicht mehr, wobei diese nie eine zentrale Rolle gespielt haben. Die Notwendigkeit der je individuellen Betrachtung der Erkrankung wird regelmäßig betont, wie beispielsweise bei Leibing et al. (1998): „Der Einfluß der Familie auf Entstehung und Verlauf der Erkrankung muß im Einzelfall geprüft werden. Es wird sich nicht regelhaft um einen zentralen ätiologischen Aspekt handeln, vielmehr ergibt sich die verstärkende oder präventive Gewichtung aus der Interaktion mit den individuellen biologischen und psychischen Faktoren“ (S. 180). Eine solche individuelle Betrachtung wird zumindest in diesem Textmaterial allerdings kaum mehr durchgeführt. Analog befinden sich auch theoretische psychoanalytische Bezüge auf dem Rückzug. Die Psychoanalyse scheint tendenziell eine mögliche ‚Therapietechnik‘ unter vielen zu werden. Mit diesem Paradigmenwechsel der Psychosomatik

geht das der Psychoanalyse innewohnende aufklärerische Potenzial für die psychosomatische Theoriebildung verloren.

7. Fazit: Der doppelte Bedeutungsverlust des psychosomatischen Symptoms

Sie sind darin geschult worden, die Funktionen des Organismus und ihre Störungen atomisch zu begründen, chemisch und physikalisch zu erklären und biologisch zu erfassen, aber kein Anteil Ihres Interesses ist auf das psychische Leben gelenkt worden, in dem doch die Leistung dieses wunderbar komplizierten Organismus gipfelt. Darum ist Ihnen eine psychologische Denkweise fremd geblieben, und Sie haben sich gewöhnt, eine solche mißtrauisch zu betrachten [...]. Diese Einschränkung ist gewiß ein Schaden für Ihre ärztliche Tätigkeit, denn der Kranke wird Ihnen, wie es bei allen menschlichen Beziehungen die Regel ist, zunächst seine seelische Fassade entgegenbringen, und ich fürchte, Sie werden zur Strafe genötigt sein, einen Anteil des therapeutischen Einflusses, den Sie anstreben, den von Ihnen so verachteten Laienärzten, Naturheilkünstlern und Mystikern zu überlassen.
Freud 1916/17, S. 12f.

7.1 Von der Krankheit zur Krise und zurück

Der Verlust des emanzipatorischen Potenzials der Psychosomatik fand auf verschiedenen Ebenen statt, die im Wechselspiel zueinander stehen. Es sind Veränderungen in der Psychoanalyse selbst und Veränderungen im Institutionensystem, die ineinandergreifen und sich gegenseitig verstärken. Anfangs untrennbar mit dieser verknüpft, löste die Psychosomatik als akademische Disziplin sich mit zunehmender Professionalisierung von der Psychoanalyse. Die Möglichkeiten der Psychosomatik und der Prozess ihrer Entkernung werden hier verdichtet resümiert und daran anschließend diskutiert, welche doppelte Verkürzung daraus resultiert.

Mit ihrer psychoanalytischen Ausgangsbasis hat die psychosomatische Medizin das Rüstzeug, entscheidende Fragen zu stellen; nach ätiologisch bedeutsamen inneren Konflikten, nach Voraussetzungen hinsichtlich der Persönlichkeitsstruktur der_des Patient_in, nach dem individuellen Zusammenhang zwischen dem Ausbruch der Erkrankung und einer Krise (oftmals nach der Störung der Objektbeziehung), und ob bestimmte innere Objektbeziehungsmuster die Patient_innen besonders anfällig für eine psychosomatische Krankheit machen. Besonders die Modellvorstellungen der Psychoanalytiker_innen, die zeitnah an Freud anknüpften, zeigen auch die Möglichkeiten stärker triebtheoretisch orientierter Ansätze. Darüber hinaus können interpersonelle Abwehrvorgänge in Beziehungen unter die Lupe genommen werden und die psychosomatische Symptomwahl „im Hinblick auf bestimmte kulturelle und gesellschaftliche Zusammenhänge im Lebensraum des Patienten“ beurteilt werden (Overbeck und Overbeck 1994a, S. 11). Zudem könnte untersucht werden, wie diese gesellschaftlichen Zusammenhänge vielleicht einen Nutzen aus bestimmten Symptomen ziehen, diese als Widerstand aufgefasst werden können oder als Ausdruck unerträglicher Verhältnisse. Eine solche Psychosomatik kann die Erkrankung als eine ‚Einschreibung‘ (Quindeau 2008) gesellschaftlicher Verhältnisse in den Körper erkennen, die über unbewusste Mechanismen vermittelt werden, so wie Überlegungen zur Hysterie es

nahelegen. Es ist den Annahmen von Simmel, Ferenczi, Deutsch, Fenichel, Reich und Groddeck gemein und grundlegend, dass seelische Einflüsse jedes Organ stören und damit langfristig einen Schaden am Organ verursachen können. Die Grenzen zwischen ‚krank‘ und ‚gesund‘ verschwimmen hier, die grundlegenden Mechanismen sind als ‚normal‘ zu verstehen und es braucht Empathie der individuellen Lebensgeschichte gegenüber um diese Mechanismen zu begreifen. Eine sozialpsychologische Perspektive ermöglicht es darüber hinaus, psychosomatische Krankheiten als eine Form gesellschaftlicher und besonders subjektiver Unfreiheit zu begreifen, die auch durch frühe (nicht von umgebender Gesellschaft abzukoppelnden) Bindungserfahrungen geprägt sind und sich dann ‚verwerten‘ lassen (vgl. Brede 1983). Eine solche Perspektive überschreitet die „bloße Annahme bio-psycho-sozialer Zusammenhänge“ (Storck 2016, S. 200) vor allem dann, wenn sie sich auf eine kritische Gesellschaftstheorie stützt. Mit einer solchen gesellschaftstheoretischen und damit politischen Fundierung wird dann auch die Grenze der therapeutischen Möglichkeiten abgesteckt: „die Psychoanalyse kann zwar die zu innerpsychischen Konflikten geronnenen gesellschaftlichen Verhältnisse aufdecken [...], aber lösen ließen sich die zugrundeliegenden Konflikte erst durch die emanzipatorische Veränderung der gesellschaftlichen Verhältnisse“ (Brunner et al. 2012, S. 18f.). Die Psychosomatik besitzt das Potenzial, sich dem Aufdecken dieser Verstrickung von Individuum und Gesellschaft dort zu widmen, wo sie wohl am besten ‚getarnt‘ ist: Ausgehend vom körperlichen Symptom.

Eine solche Psychosomatik ist als Gegenentwurf und Gegendiskurs zu verstehen zu einer objektivierenden Medizin. Auch wenn es hierzu innerhalb der Psychoanalyse und somit auch innerhalb der psychoanalytisch orientierten Psychosomatik verschiedene, manchmal gegensätzlich erscheinende Herangehensweisen gibt, sollte die andere Seite nicht aus dem Blick geraten: Eine Medizin, die jeglicher methodischen Möglichkeit entbehrt, nach den inneren Konflikten des Subjekts zu fragen. Dann wird das emanzipatorische Potenzial noch einmal deutlicher. Sowohl hinsichtlich der Betrachtung von Krankheit als einer Art Anpassungsleistung als auch von Krankheit als Vertretung für das ‚ungelebte Leben‘ im Sinne von Weizsäcker. Die Betrachtung körperlicher Erkrankung unter obigen Fragestellungen kann es den Patient_innen erlauben, aus der Passivität des Erleidens einer Krankheit ermächtigt zu werden, diese selbst und aktiv zu bearbeiten, also in gewisser Weise durchzuarbeiten. Und dies ist ein emanzipatorischer Weg in zweierlei Hinsicht; er befreit (im Idealfall) sowohl vom vollkommenen Ausgeliefertsein an ein sozial kontrollierendes Medizinalsystem als auch von inneren Zwängen. Die theoretische Basis für eine Perspektive auf Krankheit, die tatsächlich gesellschaftlich produziertem Leid theoretisch fassbar macht, sowohl in der frühen interaktiven Einschreibung in die psychischen Strukturen der Subjekte als auch in der akuten, konkreten Auswirkung gesellschaftlicher, kultureller Strebungen, ist vorhanden – in dieser Arbeit an ausgewählten Entwicklungslinien dargestellt. Mit einem biopsychosozialen Modell hat die Psychosomatik sich ähnliches auf die Fahnen geschrieben, wobei deutlich geworden ist, wie notwendig es ist, alle drei Begriffe mit Inhalt zu füllen. Es sieht allerdings danach aus, als

würde dieses Potenzial im Laufe der Zeit kaum mehr Beachtung finden. Die Entschlüsselung konversionsneurotischer Mechanismen bedeutet nicht zwangsläufig eine Auseinandersetzung mit gesellschaftlichen Bedingungen und deren Anteil am Verdrängungsprozess, ebenso wenig muss dieser ‚soziale‘ Aspekt gesellschaftliche Strebungen berühren.

Die Entwicklung des Diskurses in Verbindung mit dem Prozess der Institutionalisierung zeigen deutlich, wie die inhaltliche Ausrichtung der Psychosomatik sich analog der Verfestigung und Etablierung der Disziplin wandelte und wie sie dabei vor allem ihr kritisches, aufklärerisches Potenzial anpasste. Mit der Gliederung der institutionellen Entwicklung psychosomatischer Medizin in die drei Phasen (Habitualisierung, etwa 1945-1969; Objektivierung, etwa 1970-1991; Sedimentierung etwa seit 1992) lassen sich auch die konzeptuellen Entwicklungen vor dieser Folie betrachten.

Während der Habitualisierungsphase, etwa von Kriegsende bis zur Änderung der Approbationsordnung von 1970, positionierte die Psychosomatik sich einerseits vornehmlich als Gegengewicht zum klassischen Medizinsystem, versuchte andererseits in eben diesem Fuß zu fassen. So kann eine Lesart sein, dass sich in der Nachfolge Freuds, bereits vor dem Zweiten Weltkrieg, zunächst verschiedene Modelle für eine ‚Dechiffrierung‘ des Konfliktes ausmachen lassen. Die Not und Notwendigkeit für psychosomatische Ansätze war den Protagonist_innen allzu offensichtlich. Die Verknüpfung von innerer Medizin und Psychoanalyse, mit der von Weizsäcker in der Fachwelt verschiedentlich anecken sollte, stellt dabei eine für die Psychosomatik überaus bedeutsame Pionierleistung dar (vgl. Hoyer 2008, S. 94).

Ein erster großer Schritt im Institutionalisierungsprozess im akademischen Bereich war die Einführung der Zusatzbezeichnung *Psychotherapie* in die ärztliche Weiterbildung, diese erfolgte 1957 und wurde zehn Jahre darauf zur Kassenleistung (vgl. Springer et al. 2007, S. 10). Psychosomatik war zu diesem Zeitpunkt noch äußerst eng verbunden mit der Psychoanalyse, wenn auch bereits an den verschiedenen Vorstellungen Mitscherlichs und von Weizsäckers zwei antizipierte Wege deutlich werden: Spezialisierung der Disziplin oder Veränderung der gesamten Medizin. Für die Theorieentwicklung entscheidende Orientierung in dieser Phase waren auch Franz Alexanders Spezifitätsmodelle, deren gesellschaftlicher Gehalt, verglichen mit beispielsweise Mitscherlichs Überlegungen, unsystematisch und für seine konzeptuellen Überlegungen nicht von großer Bedeutung ist. Überlegungen zum Zusammenhang von unbewusster Dynamik, Konflikt und Erkrankung treten bei Alexander jedoch deutlich in Erscheinung, wenn auch die Verortung im Biologischen zu diskutieren ist. Auch Schurs Überlegungen und jene zum operativen Denken sind, wenn auch mit unterschiedlichen Schwerpunkten, psychoanalytischen Ursprungs.

Die Veränderungen in der inhaltlichen Ausrichtung und Schwerpunktsetzung psychosomatischer Medizin zeigen sich auch in der Namensgebung der Zeitschrift. Beim erstmaligen Erscheinen 1954 hieß sie noch *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin*. Die 1950er-Jahre sind geprägt von einem psychosomatischen Modell, das eine neurotische

Veranlagung in Zusammenhang mit bestimmten auslösenden Konfliktsituationen als ätiologisch bedeutsam erachtet, der Diskurs bezieht sich auf die Frage, *wie* genau diese Zusammenhänge zu betrachten und noch nicht, *ob* sie überhaupt vorhanden sind. Ging es in den 50ern viel um Besitzkonflikte, verschiebt sich der Schwerpunkt in den 60ern hin zu den Objektbeziehungen. 1967 wird das Publikationsorgan in *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* umbenannt, was darauf hindeuten mag, dass Psychosomatik und Psychoanalyse nicht mehr als untrennbare Einheit betrachtet werden, diesen Namen trägt es bis 1998, seither heißt die Zeitschrift *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*.

Zunächst noch recht übersichtlich mit ihren Zentren in Berlin, Heidelberg und baldig Gießen trat die Psychosomatik mit der Änderung der Approbationsordnung 1970 eine Verbreitung im akademischen Bereich an den medizinischen Fakultäten zusehends über die gesamte Bundesrepublik an. Diese institutionelle Festschreibung markiert den Eintritt in die Objektivierungsphase, die bis zur Einführung des Facharztes zu datieren ist. Damit entwickelte sich die Psychosomatik zu einem wachsenden Querschnittsfach über die Grenzen der Psychoanalyse hinaus. Dass die institutionelle Verbindung von Universität und psychoanalytischer Psychosomatik bereits mit der zunächst geplanten Institutsverlagerung nach Frankfurt ein Ende haben würde, war Mitscherlich im Übrigen von Anfang an bewusst (vgl. Hoyer 2008, S. 342). So waren es die Universitäten, die ein Fortbestehen der ehemals untrennbaren Einheit von Psychoanalyse und Psychosomatik verhinderten. Von Uexkülls biopsychosoziales Medizinverständnis wurde zu einem der wichtigsten Richtungsgeber für die Psychosomatik nach 1970. Der ersten Pionier-Generation der psychoanalytischen Psychosomatik war eine zweite gefolgt, tendenziell dualistisch geprägt, konzeptuell überwiegend von einem psychophysischen Parallelismus ausgehend, eng verbunden mit Mitscherlich und Alexander. Diese Konzepte sind bereits diskutiert worden. In der dritten Generation, eng verbunden mit dem biopsychosozialen Modell, dominiert eine holistisch-integrativen Sichtweise (vgl. Möhle 2010, S. 146). Die Neufassung der Approbationsordnung, die letztlich auch geprägt ist durch die Aufbruchsstimmung der 1970er-Jahre, stellt den für diese Entwicklung entscheidenden Wendepunkt dar, da sie der Psychosomatik und der Psychotherapie einen zentralen Raum in der medizinischen Ausbildung zuweist. Damit ist der Institutionalisierungsprozess weit fortgeschritten, die Psychosomatik war, wenn auch in übersichtlichem Umfang, fest integriert ins universitäre Gefüge der Bundesrepublik, was auch berufspolitisch eng mit von Uexküll verknüpft ist. Zudem öffnete sie sich nun endgültig für Elemente, die nicht der Psychoanalyse verpflichtet sind. Eine entscheidende Neuregelung der 1980er-Jahre ist die Einführung des Zusatztitels *Psychoanalyse* in die Weiterbildungsordnung. Dieser konnte bisher nur in privat-vereinsrechtlich organisierten, berufsbegleitenden Weiterbildungsgängen erworben werden. Für Psychoanalyse und Psychosomatik lassen sich hier gesellschaftsbezogene Denktraditionen nachzeichnen, Lorenzer, Brede, Richter und Horn können hier als Beispiel dienen. In der Entwicklung spiegelt sich auch der Zeitgeist wieder –

das vermehrte Interesse an der Psychoanalyse im Zuge der Protestbewegungen der 1960er- und 1970er-Jahre wurde bereits diskutiert, ein Klima in dem beispielweise Teile Mitscherlichs und Lorenzers Arbeiten entstanden und *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* zum Pflichtfach der Approbationsordnung wurde. Auch über Themen wie Gruppe und Familie, exponiert vertreten mit Richter und Wirsching, ist ein Aufbrechen zu verzeichnen, der Fokus geht nun systematisch über eine individuelle Betrachtungsweise hinaus. Dieses Aufflackern kritischer Gesellschaftstheorie in Psychosomatischen Modellen, die auch im medizinisch-psychosomatischen Fachdiskurs von Bedeutung sein sollten, erlosch mit dem Auslaufen der Protestbewegungen. Prominenter wurden das Stressmodell und, darauf aufbauend, integrierte Modelle. Die sozialrechtliche Anerkennung der Verhaltenstherapie in den 1980er-Jahren führt zum Verlust der Monopolstellung psychoanalytisch begründeter Verfahren in der psychotherapeutischen und damit psychosomatischen Krankenversorgung (Springer et al. 2007, S. 10), aber bereits vor dieser Anerkennung ist zu beobachten, dass die Forschungsmethoden sich von den Kasuistiken entfernen und zunehmend psychologische Testverfahren zum Einsatz kommen (vgl. auch Cremerius 1978c). Das Plädoyer für den Einsatz psychotherapeutischer Maßnahmen bei körperlicher Erkrankung durchzieht den Diskurs dieser Zeit, so oder ähnlich: „Die Therapie der Colitis ulcerosa, die in den meisten Fällen internistisch zu sein pflegt, in Einzelfällen chirurgisch sein muß, kann dann nicht nur mit psychotherapeutischen Maßnahmen sinnvoll kombiniert werden; diese bietet vielmehr die Möglichkeit, in zahlreichen Fällen weitere Krankheitsschübe zu verhindern und damit einen Langzeiterfolg zu sichern“ (Jörgens und Dieckhöfer, 1972, S. 322). Zugleich wird die Forderung nach ‚Objektivität‘ vehementer, der Begriff betritt vermehrt in den 1980er-Jahren das diskursive Feld: „Zur Erhöhung der Auswerter-Objektivität erfolgte die Analyse der Tonbandprotokolle mittels ‚conference-rating‘ durch 1 Mediziner und 2 Psychologinnen“ (Kipnowski und Kipnowski, 1981, S. 373). Darüber hinaus tritt vermehrt der Gießen-Test in Erscheinung, ebenso findet Wirschings familientherapeutischer Ansatz auch einen Platz im untersuchten Material. Weiterhin werden Objektbeziehungen verhältnismäßig viel thematisiert und es wird versucht, diese empirisch zu fassen: „Obwohl der Zusammenhang zwischen Körperbeschwerden und Objektverlust bei Patienten mit Colitis ulcerosa zu jenen Erkenntnissen der psychoanalytischen Psychosomatik gehört, die heute kaum mehr angezweifelt werden, ist er bisher nicht in wissenschaftlich zureichendem Maße empirisch untersucht worden“ (Zepf et al. 1981, S. 60). Darüber hinaus tritt eine explizit benannte multifaktorielle Argumentation hinzu. Die ‚Lösungsversuche‘ werden in dieser Phase der Objektivierung ausgedehnt und die Methoden des umgebenden (wissenschaftlichen) Systems halten Einzug. Dies wird, wie bereits dargestellt, zu diesem Zeitpunkt noch diskutiert und kann auch schlicht als ‚bereichernd‘ begriffen werden. Problematisch aus Perspektive einer an Subjektivität und Gesellschaft interessierten Psychosomatik ist, wenn diese Reflexion nicht mehr stattfindet und die empirisch zu überprüfenden Erkenntnisse kaum mehr aus der Psychoanalyse selbst gewonnen werden können, da diese auf im Rückzug begriffen ist.

Mit der Einführung des Gebietes *Psychotherapeutische Medizin* 1992 jedenfalls erreichte die akademische Psychosomatik ihre Sedimentierungsphase, die Gründung der *Deutschen Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin* unterstreicht dies auf institutioneller Ebene und mit Umbenennung des Gebietes in im Mai 2003 in *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* ist diese Sedimentierung auch an der Namensgebung abzulesen, die eine Angleichung an die ohnehin geläufigen Bezeichnungen in der Ausbildung und in der Versorgung leisten sollte. Ob der Begriff der Sedimentierungsphase eventuell erst ab 2003 wirklich zutrifft, kann sicher diskutiert werden, ist allerdings unerheblich für die mit der Weiterentwicklung einhergehenden konzeptuellen Entwicklungen. Zudem hatte die Gebietseinführung 1992 auch zum Ziel, die Entsprechung in der ehemaligen DDR zu berücksichtigen und ist somit nicht unabhängig von all jenen gesellschaftlichen Bewegungen zu begreifen, die mit dieser ‚Wende‘ einhergingen. „Die Schneidezähne aber hat die Kritik verloren,“ so schreibt Sigusch vielleicht pauschalisierend aber dennoch auch bezogen auf die Entwicklungen innerhalb der Psychosomatik zutreffend, „als nicht mehr zu übersehen war, dass das kapitalistische Wertgesetz zur Selbstverständlichkeit schlechthin, dass das kapitalistische Wirtschaften zur Religion des Alltags- und Sonntagslebens geworden war, gegen das kein Kraut mehr gewachsen schien, schon gar nicht ein ‚realsozialistisches‘“ (Sigusch 2013, S. 84). In einem Aufsatz zu den Schwierigkeiten einer kritischen Psychosomatik Richters, in dem er Überlegungen aus den Friedens- und Antiatombewegungen in den Kontext psychosomatischer Medizin stellt, heißt es 1990: „Nun funktioniert auch nicht mehr die Entlastung durch Projektion auf einen großen politischen Weltfeind“ (Richter 1990, S. 322), wobei sich solche oder ähnliche Mechanismen offenbar stets einen ‚neuen‘ Feind suchen oder ‚ehemalige‘ Feinde aktualisieren können. Zumindest wendete sich das Blatt für die an den Universitäten existierende Psychoanalyse, seit Anfang der 1990er-Jahre verlor sie, sicher nicht unabhängig vom gesellschaftlichen Klima, dort an Bedeutung. Diese Verdrängung der Psychoanalyse, sowohl als Methode als auch als ‚Denkmodell‘ und theoretische Orientierung, tritt in den 1990er-Jahren auch in den hier untersuchten Aufsätzen deutlicher hervor als zuvor. Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse haben sich zumindest in diesem Institutionensystem voneinander gelöst. Ein Gesellschaftsbezug ist noch weniger auszumachen als zuvor, wobei die Untersuchung der engeren Beziehungen von Patient_innen systematischer im Fokus steht als zuvor. In der Psychosomatik stehen nun komplexe psychoanalytische Modelle und eine biopsychosoziale Idee nebeneinander, die auch stark vom Stressbegriff beeinflusst ist, wobei erstere sich kaum mehr im untersuchten Fachdiskurs finden. Mit der Einführung des Facharztes tritt der Paradigmenwechsel sowohl auf der institutionellen als auch auf der diskursiven Ebene deutlich hervor. Die akademische Psychosomatik wird zu einem, im Sinne Parins, medicozentrierten Teil der Medizin und verliert ihren ehemals „subversiven Charakter“ (Richter 1991, S. 16) endgültig. Dabei gewinnt sie zugleich an gesellschaftlicher Akzeptanz. Diese Medicozentrierung im Zusammenspiel mit Medikalisierungstendenzen führt zu einer doppelten Vernebelung gesellschaftlicher Konflikte.

7.2 Verkürzungen

Tendenzen der Medicozentrierung finden sich auf allen in dieser Arbeit untersuchten Ebenen; institutionell, konzeptuell und im Fachdiskurs. Auf der institutionellen Ebene ist die Angliederung der psychosomatischen Abteilungen an die stets mächtigeren medizinischen Fakultäten offenbar und die Öffnung der Ausbildung für verhaltenstherapeutische Ansätze führte über die Jahre zu einem Rückgang der psychoanalytischen Ausrichtung. Auf der konzeptuellen Ebene herrscht ein opportunistisches biopsychosoziales Modell vor, das in der Bedeutung des ‚Psychischen‘ und ‚Sozialen‘ beliebig bleibt und somit kaum noch etwas gemein hat mit einem psychoanalytischen Begriff von Psyche. Im untersuchten Diskurs schlägt sich eindrücklich nieder, dass kaum mehr Diskussionen um unbewusste Konfliktlinien stattfinden. Dafür steigt die Zahl der größer angelegten und methodisch besser mit einem ausschließlich empirisch-analytischen Wissenschaftsverständnis zu vereinbarenden Untersuchungen, die die individuelle Biografie, wenn überhaupt, über Fragebögen streifen. Aus Perspektive einer ‚objektiven‘ Medizin mag das beinahe ein Zugeständnis sein, aus Perspektive einer ehemals ‚kritischen‘ Psychosomatik ist sie verkümmert.

In dem bereits einleitend erwähnten Aufsatz kommt Henningsen zunächst zu dem Schluss, dass aus dem einst umfassenden Anspruch psychosomatischer Medizin „gar nichts geworden“ ist (Henningsen 2016, S. 26), dass eine Pauschalisierung allerdings weder weiterhilft noch der Wahrheit ganz gerecht wird, die sich „wenn schon, dann kleinteilig“ zeigt – so ist der Umgangston auch mit den Nachbardisziplinen pragmatischer geworden und Verbesserungen im Kleinen würden viel eher gewürdigt. Offenbar wussten Generationen von Psychotherapeut_innen, Psychoanalytiker_innen und Psychosomater_innen um die verschiedentlich benannten Zusammenhänge zwischen Seelischem und Körperlichen, „wie sich das tiefste Seelische im Körperlichen seinen Ausdruck sucht, um wieder zu innerem Gleichgewicht zu finden“ (Plab 2016, S. 13). Und offenbar ist es auch keine neue Erkenntnis, dass sich über dieses Seelische Gesellschaftliches vermittelt. Und dennoch ist unser Medizinsystem im wegweisenden gedruckten Wort (wohlgemerkt nicht notwendigerweise die einzelnen Akteure) einigermaßen blind dem gegenüber. Dass sich diese Entwicklung auch in der Psychosomatik (schmerzlich?) bemerkbar macht, hat zum einen mit Veränderungen in der Psychoanalyse selber zu tun und zum anderen mit der institutionellen Anpassung der Psychosomatik – hier findet ein Wechselspiel statt, da diese Anpassung wiederum durch die Tendenzen innerhalb der Psychoanalyse begünstigt wurde. Ein weiterer möglicher Grund dafür, dass diese Diskussion in der Fachzeitschrift nicht mehr geführt wird, wäre ein gesondertes Forum dafür, eine eigene Fachzeitschrift oder ähnliches. Dies existiert nicht in größerem Maße für die Psychosomatik, es ist allerdings zu erwarten, dass sich erneut ein ‚Gegendiskurs‘ außerhalb der Universitäten etabliert, was auch für die Psychoanalyse gilt.

7.2.1 Psychoanalyse

Dahmer et al. bezeichnen die Entkernung der Psychoanalyse als eine „‘Entsorgung‘ der Trieb- und Konflikttheorie, der Theorie neurosenrelevanter Interaktionsformen und der Organismus-Umwelt-, als Gesellschafts- oder ‚Kultur‘-Beziehung“ (2014, S. 480f.). Im ‚Uexküll‘, dem ‚Standardwerk‘ für Psychosomatische Medizin, wird die Bedeutung des unbewussten Konfliktes in der Tat marginalisiert, im Kapitel über Psychoanalyse und Psychosomatik wird hervorgehoben: „Die spezifische Art des Miteinanders in der Psychotherapie ist wichtiger als eine Deutung des unbewussten Konfliktes“ (Hartmann 2016, S. 100), es sind „nicht mehr intrapsychische Konflikte und Triebbedürfnisse maßgeblich für die Auslösung psychosomatischer Erkrankungen, sondern das intersubjektive Erleben in Beziehungen mit bedeutungsvollen anderen und dessen regulierende Einflüsse auf die Selbstkohärenz und die motivationalen Systeme“ (a. a. O., S. 102). An sich ist gegen bindungstheoretische Überlegungen nichts einzuwenden, besonders da dieses Kapitel stark auf die Beziehung zwischen Ärzt_in und Patient_in fokussiert. Es wird allerdings weder ersichtlich, *warum* Konflikt und Triebbedürfnisse so marginalisiert werden, noch wird deutlich, ob diese in jener Beziehung keine Rolle mehr spielen.

Bei Gesamtbetrachtung der psychoanalytischen Theorien, die im Laufe der Zeit entwickelt wurden scheint das Urteil schnell festzuliegen: „Die Konzepte, die klinisch relevant wurden, zeichnen sich jedenfalls allesamt dadurch aus, daß in den Rekonstruktionen subjektiver, in psychosomatische Erkrankungen einmündende Bildungsprozesse die konkrete gesellschaftliche Existenzweise, in der sie stattfinden, als wesentliches Bestimmungsmoment weitgehend vernachlässigt wurde“ (Zepf 1994, S. 33). Diese Aussage hat, so zeigt es auch die Zeitschriftenanalyse, an Aktualität nicht eingebüßt. Auch Plab geht 2016 davon aus, dass „die deutschsprachige Psychosomatik bei den diagnostischen Optionen eine starke Tendenz zur (verhaltens-)medizinischen Betrachtungsweise“ zeigte und „weit hinter den therapeutischen Möglichkeiten“ zurückbliebe, indem sie „vorwiegend Möglichkeiten der Bewältigung der Folgen einer Erkrankung („Coping“)" beschrieb (S. 10). Der Druck in einem Gesundheitssystem mit stets knapper werdenden Ressourcen unter einem Austeritätsregime nimmt stetig zu, die ‚Konkurrenz‘ ebenfalls und all diesen Zwängen kann auch die Psychoanalyse sich nicht entziehen. Simonelli findet hierfür klare Worte wenn er schreibt: „Mit der unüberlegten Übernahme von Kosten-Effizienz-Kalkülen, so strategisch interessant sie auch im politischen Kampf um Anerkennung sein mögen, übernimmt die Psychoanalyse jedoch unbedacht die Vergegenständlichung des Seelischen, aus der die Konflikte stammen, die sie einmal lösen wollte“ (Simonelli 2015b, S. 88). Das eigentliche Anliegen ist entfremdet. „Freud“, so schreibt Simonelli, „fiel einer sanften und doch umfassenden Akademisierung zum Opfer, durch die die Psychoanalyse ihre politische Bedeutsamkeit einbüßte“ (Simonelli 2015a), gleiches gilt für die Psychosomatik. Ein subversiver Charakter lässt sich in der *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* wirklich keinesfalls ausmachen. Werden die

gesellschaftlichen Verhältnisse ignoriert, so müssen ätiologisch bedeutsame Faktoren durch das Definitionsraster fallen, die in anderem Fall hilfreich sein würden in diesem ‚Dechiffrierungsprozess‘ der psychosomatischen (oder eventuell auch nicht explizit als psychosomatisch betitelten) Erkrankung.

„Als Theorie subjektiver Bildungsprozesse“ so beschreibt es Zepf, „kann [die Psychoanalyse] in logisch-historischer Analyse zeigen, *wie* sich diese Prozesse vollziehen. Diese Prozesse sind jedoch allemal determiniert von bestimmten sozialen Bedingungen, die sich ihrem Verfahren ebenso entziehen, wie deren gesellschaftliche Genese. [...] Um die Kausalgenese zu entfalten, müssen die subjektiven Bildungsprozesse nicht von ‚innen‘ sondern von ‚außen‘, d.h. in soziologischer Perspektive verfolgt werden. Verschließt sich die Psychoanalyse dieser, aus methodischen Gründen notwendigen Auftrennung beider Fachbereiche, gerinnt ihr unter der Hand die Familie zum letzten Bezugsrahmen der psychischen und sozialen Problematik des Individuums.“ (Zepf 2006 III, S. 197f.).

Nun ist genau dieser mit Zepf als verkürzt einzuschätzende Bezugspunkt jener, der (falls überhaupt) den sozialen Aspekt eines biopsychosozialen Modells darstellt, wobei diese soziale Dimension ohnehin häufig vergessen werde, so Lamprecht et al. (2000, S. 7). Das in dieser Arbeit untersuchte Textmaterial zeigt diese Tendenz ebenfalls deutlich. Wenn unsere engen Beziehungen zum einzigen ‚sozialen‘ Faktor werden, ist dies ein zweiseitiges Schwert. Einerseits ist diese Bedeutungserteilung sicher ein Fortschritt im Verhältnis zur Ignoranz der Bedeutung der Objektbeziehungen. Andererseits wird somit auf subtile Art auch das ‚Soziale‘ individualisiert, wobei die Verschiebung der Verantwortung dann nicht direkt ins Individuum stattfindet, sondern auf seine Beziehungen verlagert wird. Wie die gesellschaftlichen Verhältnisse hier prägend, pathogen oder wie auch immer ihre Macht entfalten, muss dann nicht mehr gefragt werden und das Konzept glänzt dennoch im Lichte einer (unbestimmten) ‚Ganzheitlichkeit‘ und diese muss sich möglichst effizient abrechnen lassen.

Auch in der der psychoanalytischen Ausbildung muss bereits darauf vorbereitet werden, mit „ICD oder DSM effizient und kostengünstig Symptome zu vertreiben, um die gesellschaftliche Anpassung bei ihren Analysanden zu erreichen, der sie auch selbst unterliegen“ (a. a. O., S. 9). Seit Freud hat die Psychoanalyse praktisch-klinische Erfahrungen an Einzelfällen reflektiert um dann bei Bedarf mit neuen Einsichten auf die analytische Technik zurückzuwirken. Diese der Psychoanalyse eigene praktisch-theoretische Dialektik wird verunmöglicht, wenn sie sich als anerkannte, ins Medizinsystem integrierte, Psychotherapie nach Vorgaben des Gesetzgebers richten muss. Diese Form der Erkenntnisgewinnung hat sich auch in der Psychosomatik verflüchtigt, die Reflektion an Einzelfällen weicht größer angelegten Untersuchungen. Simonelli benennt es ohne Umschweife: „Durch die gezwungene Anpassung an abstrakt allgemeingültige Psychotherapiekriterien – oft verschönt als ‚schulübergreifende Wirkfaktoren‘ – wird Psychoanalyse in der Tat zur abstrakten Psychotherapie, die sich dank ihrer empirisch bewiesenen leeren Effizienz freuen darf, noch nicht gesetzlich verboten zu sein“ (a. a. O., S. 10). Anpassung ist also fürs Überleben notwendig, aber als eine nur ‚äußere‘

Strategie nicht möglich. „Mit der unumgänglichen Anpassung riskiert die Analyse das zu opfern, um dessentwillen sie es eigentlich verdient zu überleben“ (ebd.). Es ist dies eine medicozentristische Entwicklung, wie sie Parin und Parin-Matthèy (1986) beschrieben.

Nun muss hinzugefügt werden, dass ja gerade die „klassische“ empirisch-analytische Grundlagenforschung Ergebnisse lieferte, die die Psychoanalyse bereits vor einem Jahrhundert vertrat. Herzog et al. fassen diese Entwicklungen prägnant zusammen:

„Gleichzeitig hat sich aber das Verständnis des biologischen Faktors grundlegend verändert. Galten biologische Faktoren bis vor 20 Jahren im Wesentlichen als erblich vermittelt und nach der Ausreifung als schicksalhaft, ist jetzt in vielfältiger Weise klar, dass sie, z. B. die Stressresistenz oder die Plastizität des Gehirns, genauso abhängig sind von Beziehungserfahrungen wie psychologische Aspekte, z. B. der Bindungsstil. Waren biologische Psychiater in den 1980er Jahren noch Wesen von einem anderen Stern, hat inzwischen jeder wissenschaftlich interessierte Psychosomatiker für sich selbst entdeckt, wie spannend und offen für psychotherapeutische Zugänge eine systematische Berücksichtigung des biologischen Faktors sein kann“ (2013, S. Vf.).

Unter dem Stichwort „Neuroplastizität“ wurde in der Neurologie deutlich, wie stark unser zentrales Nervensystem sowohl funktionell als auch morphologisch von Lernerfahrungen abhängig ist (vgl. Kollbrunner 2010, S. 31 mit Verweis auf Deneke 2001): Mit der Möglichkeit, diese körperlichen Niederschläge psychosozialer Einwirkungen auf den Menschen besser darzustellen und nachzuvollziehen, bekamen die längst bekannten psychischen und sozialen Faktoren mehr Bedeutung. Thomas Aichhorn führt 2013 auch das verstärkte Interesse an Freuds Frühwerk vor allem auf die Annäherung von Psychoanalyse und Neurowissenschaften zurück,

„wobei immer deutlicher Entsprechungen und Schnittstellen zwischen den beiden ursprünglich getrennten und methodisch unterschiedlichen Theorieansätzen zu beobachten sind. Neurowissenschaftler sprechen heute von Verdrängung, Abwehr oder Trauma, und Psychoanalytiker bestätigen die neuesten Ergebnisse der Gehirnforschung. Ob allerdings Bewußtsein und Unbewußtes aus einer gemeinsamen psychoanalytisch-neurowissenschaftlichen Perspektive verstanden werden können und welche neuen Aussichten sich aus der Zusammenarbeit der beiden Disziplinen letztlich ergeben werden, ist heute noch schwer abzusehen“ (S. 79).

Die Lokalisation von Störungen jeder Art im Gehirn ist auf mehreren Ebenen verlockend – ökonomisch für die Pharmaindustrie (weil dann medikamentös behandelbar), theoretisch einfacher vereinbar mit biologischen Modellen und sicher auch für Patient_innen manchmal die zunächst leichter zu verkraftende Auskunft. Wenn beispielsweise Schur die Bereitschaft zu spezifischen Organreaktionen als genetisch determiniert betrachtet oder Alexander zumindest so interpretiert werden kann, dass psychische Inhalte Spiegelungsprodukte physiologischer Abläufe darstellen, so kann das in diese Richtung verweisen. Auch jedes ‚somatische Entgegenkommen‘ müsste ja in Verbindung stehen mit Vorgängen zentralnervöser Art. In den oben diskutierten Modellen findet sich darüber hinaus wenig, was auf eine primäre Verortung

der Ursachen für psychosomatische Erkrankungen im Gehirn verweist. Wenn beispielsweise Lorenzer von engrammatischer Festschreibung früher Interaktionen ausgeht, nimmt dies vielmehr vorweg, wovon mittlerweile größere Teile der neurologischen Forschung ausgehen, eine Plastizität und Wandelbarkeit des Gehirns auch als Reaktion auf äußere Vorgänge (vgl. Doidge 2014, S. 55ff.). Ein psychiatrisches Krankheitsverständnis, welches psychosomatische Störungsbilder eben als zentralnervös verursacht betrachtet, ist dennoch weiterhin präsent und es entzieht natürlich jedem gesellschaftskritischen Widerstandspotenzial dieser Störungsbilder die argumentative Grundlage (vgl. Zepf 2006 III, S. 195). Psychische und Psychosomatische Störungen als Hirnstörungen aus biologisch psychiatrischer Perspektive werden wieder klar lokalisierbar im Individuum und relativieren alle psychologischen, systemischen und soziologischen Theorien. „Psychodynamischen Faktoren“ so Willi, wird dann „nicht mehr ursächliche, sondern bloß auslösende Bedeutung zugesprochen, und die eigentliche Ursache in genetischen Vulnerabilitäten vermutet“ (Willi 1991, S. 25). Es ist mit einer verstärkten medicozentristischen Verkürzung der Psychoanalyse zu rechnen, lässt sie sich durch neurowissenschaftliche, ‚objektive‘ Erkenntnisse fundieren. Die Disziplin der „Neuro-Psychosomatik“ (vgl. Henningsen 2006) und andere Ergebnisse aus diesen Bereichen haben sich noch nicht deutlich im untersuchten Diskurse um körperliche Symptome niedergeschlagen und es bleibt nur zu vermuten, in welcher Weise sie das in näherer Zukunft tun werden.⁴³ Solange der Primat im medizinischen Bereich auf Medikation und chirurgischen Eingriffen liegt, werden auch zunächst ‚neutrale‘ Ergebnisse aus diesen Forschungsbereichen in eben diesen Kontexten nutzbar gemacht werden, wo sie zugleich einer ‚sprechenden Medizin‘ auf neue Art die Wirksamkeit bescheinigen (die ja von den Vertreter_innen einer solchen Medizin seit über einem Jahrhundert alltäglich erfahren wird). Das Herumdoktoren am Gehirn und die Medikation im synaptischen Spalt jedenfalls ist bereits Realität – ob und wann dies den Patient_innen *langfristig* zum Vorteil gereicht, ist fraglich. Unter den technisch-rationalen Vorzeichen führt es mindestens zu einer weiteren Entsubjektivierung, die einen einträglicheren Markt darstellt als langwierige Psychotherapien – denen ‚mangelt‘ es an ergiebigem Vermarktungspotenzial.

Für Langzeitbehandlung konzipierte analytische Psychotherapie jedenfalls wurde nicht in die Ausbildung zum Facharzt für Psychosomatische Medizin integriert, hierzu ist ein anderes Weiterbildungsmodell notwendig (vgl. Janssen 2017, S. 109ff.). Als das größte Hindernis jeder Therapie, die an neurotischen Charaktermechanismen arbeitet, benannte bereits Mitscherlich „ihre Langwierigkeit“ und den „erforderliche[n] Zeitaufwand“, hohe Behandlungskosten sind ein zusätzliches Erschwernis (Mitscherlich 1967h, S. 262). Der Bedarf an verkürzten Therapieformen war ihm deutlich, die damit einhergehende Gefahr der unzureichenden Behandlung ebenfalls:

⁴³ Vgl. zur Verbindung mit der Kognitionswissenschaft Storck 2016, S. 117ff.; zur Embodimentforschung a. a. O., S. 120f.; Plab S. 85ff.

„Ein fühlbar besseres, weil rascher wirkendes therapeutisches Instrument hätten wir erst, wenn es tatsächlich gelänge, das differenzierte Wissen über psychodynamische Vorgänge, das wir aus der langen psychoanalytischen Behandlung gewonnen haben, in konzentrierten, jedoch abgekürzten Verfahren anzuwenden. Es bleibt zweifelhaft, ob tatsächlich in wenigen Wochen oder Monaten eine Änderung der Charakterstruktur einzuleiten ist, was unter anderem eine Minderung der neurotischen Abwehr und Verstärkung der integrativen Ich-Leistungen bedeuten würde“ (a. a. O., S. 267.).

Eine Bewertung verkürzter Therapieformen hinsichtlich ihrer Wirksamkeit ist ein kompliziertes Unterfangen, in der Ausbildung zum Facharzt ist allerdings nicht einmal die Möglichkeit angelegt, diesen Vergleich selbst zu *erfahren*. Balints Fokalthherapie und die Balintgruppenarbeit versuchten, dieser Langwierigkeit etwas entgegenzusetzen. Der Umstand, dass die Leitung der Balintgruppen kaum noch von Psychoanalytiker_innen durchgeführt wird zeigt auch hier den Rückzug der Psychoanalyse aus der Psychosomatik.

7.2.2 Psychosomatik

Über eine Entpolitisierung der Psychoanalyse hinaus findet ein prinzipieller Rückzug der Psychoanalyse aus der universitären Psychosomatik statt und die Krankheitsdefinitionen haben sich ohne weitere Diskussion der Einteilung nach Organsystemen angeglichen. Beherrschende Gründe für diese Entwicklung liegen nach wie vor in der nahezu absoluten Deutungshoheit empirisch-analytischer Methoden.

Cremerius beschrieb die Situation der Psychoanalyse in der Medizinischen Fakultät bereits 1976 als „zwischen Anpassung und Isolation“, und hier die Mitte zu finden als „unendlich schwierig“ (Cremerius 1978c, S. 350). Die Psychoanalyse befindet sich innerhalb der Psychosomatik besonders seit in Kraft treten der für die Psychosomatik so entscheidenden Approbationsordnung von 1970 auf dem Rückzug, wobei dies ein schleichender Prozess ist. Psychotherapie jedoch hat einen festen Platz in der Ausbildung. An die Stelle der Psychoanalyse treten nun verkürzte oder andere Verfahren, wobei eine genauere Aufschlüsselung der angewendeten Methoden sicher von großem Interesse wäre, die Tendenz der Abnahme psychoanalytischer Verfahren ist jedoch deutlich (vgl. Möhle 2010, S. 147f.).

Einige Argumente aus den Zeiten, in denen die Fronten noch klarer waren, sind allerdings zeitlos. So liegt nach Lorenzer in

„der Freiheit der Selbstdarstellung des Patienten und der Wendung des Arztes vom Untersucher zum Zuhörer und Interpreten [...] die emanzipatorische Kraft der Psychoanalyse – im Gegensatz zu allen Untersuchungs- und Behandlungsverfahren, die den Patienten abrichten, indem sie ihm irgendwelche Verhaltensmuster aufzwingen. Während die Verhaltenstherapien den Patienten heilen wollen, indem sie ihn nur noch fester in die bestehenden sozialen Verhältnisse einpassen, gibt die Psychoanalyse dem Patienten das Recht, jenen Protest gegen die herrschenden sozialen Verhältnisse, der im Leiden steckt, zu äußern“ (Lorenzer 2002, S. 63).

Mitscherlich betrachtet die Lage ähnlich: „In allen nicht-analytischen psychotherapeutischen Verfahren hingegen entwickelt der Arzt ein Lösungskonzept und nützt die Übertragungshaltung für dessen Realisierung. Die infantile Autoritätsabhängigkeit bleibt erhalten“ (Mitscherlich 1967h, S. 264). Zu beklagen sind für die Psychosomatik somit Verluste *in* der Psychoanalyse selbst und darüber hinaus der Verlust der Psychoanalyse *selbst*. Vor diesem Hintergrund bekommt Janssens Beschreibung der Kongresse der DGPM eine neue Gewichtung.

„Die Kongresse [seit 2006 von DGPM und DKPM gemeinsam, M.K.], die ich alle bis heute besuchte,“ so schreibt er 2017, „bekamen nach meinem Eindruck auch ein anderes Gesicht, sie wurden weniger klinisch, sondern mehr orientiert an den Grundlagenwissenschaften und dabei nicht so deutlich psychoanalytisch, sondern mehr biologisch, humangenetisch, molekularbiologisch in Verbindung mit Psychotherapie. Aber auch die moderne psychotherapeutisch und an der empirischen Forschung orientierte Psychoanalyse behielt ihren Raum, sich zu zeigen“ (2017, S. 131).

Wenn man dieser Einschätzung folgt, so verflüchtigt sich eine ‚unmoderne‘, nicht an empirischer Forschung orientierte Psychoanalyse auch hier, was die methodische Revision psychosomatischer Medizin unterstreicht.

Die Psychosomatik hat sich ihres ‚unwissenschaftlichen‘ emanzipatorischen Potenzials entledigt. Auf institutioneller Ebene in den Ausbildungsrichtlinien, auch überwiegend personell, hat sich die Verhaltenstherapie durchgesetzt und die institutionelle Trennung von psychosomatischer Medizin und jeder Form von Kultur-, Gesellschafts- oder Sozialwissenschaften ist spätestens mit dem Psychotherapeutengesetz vollzogen. Das dominierende biopsychosoziale Modell kann mit beliebigem Inhalt gefüllt werden und die psychoanalytischen Modelle werden kaum noch diskutiert. Im untersuchten Textmaterial werden mögliche Ursachen für die Erkrankung, die sich außerhalb gängiger medizinischer Vorstellungen bewegen, nicht negiert, sondern eher verschleiert. Mit der festgestellten Zunahme der ‚Komorbiditäten‘ und ‚Prädispositionen‘ und der Abnahme von Überlegungen zu Symptomverschiebungen wird der Blick abgelenkt von der Suche nach möglicherweise grundlegenden Konflikten.

Die Diagnose von Komorbiditäten ist sehr modern, mit ihr wird jedoch nicht beantwortet, ob die jeweilige Komorbidität, also die zusätzliche Störung, ursächlich mit der Grunderkrankung zusammenhängt. Bei somatoformen Störungen sind diese Komorbiditäten eher die Regel als die Ausnahme und diese Komorbiditäten erscheinen als ein von der Grunderkrankung abgekoppeltes, zusätzliches Problem. Dieser Begriff wird im untersuchten Material selbst hinterfragt, allerdings singular, Leibing et al. (1998) greifen ihn kritisch auf. Meist sind, besonders bei psychischen Störungen, die einzelnen Symptome oder Symptomkomplexe zwar deskriptiv voneinander abzugrenzen, betroffen ist jedoch immer der Mensch in seiner Gesamtheit. „In diesem Zusammenhang muß der häufig verwendete Komorbiditätsbegriff kritisch beleuchtet werden, welcher das gleichzeitige Vorhandensein eigenständiger

Erkrankungen impliziert“ (Leibing et al. 1998, S. 166). Mit der ‚Zerlegung‘ in Komorbiditäten psychischer und somatischer Art wird unter den Vorzeichen des traditionellen Krankheitsbegriffes der erkrankte Mensch in gewisser Weise erneut zerstückelt, wenn es auch durchaus pragmatische Gründe für eine solche Herangehensweise geben mag, beispielsweise die bessere Operationalisierbarkeit für weitere Forschung. Ein Zusammenhang bleibt mit diesem Begriff aber offen, es hat vielmehr den Anschein, als würden die Betroffenen wie zufällig an mehreren nebeneinander existierenden Erkrankungen leiden. „Nüchtern betrachtet“, so formuliert es Kollbrunner, „ist die Rede von Komorbiditäten letztlich nur ein Ausdruck von ungenügend verstandener Ätiologie“ (2010, S. 46) und hier zeigt sich deutlich der Einfluss der Übernahme der Diagnosemanuale auf den Denkstil – es kann kaum die Lebensgeschichte mit diesem „arithmetisch-numismatische[n] Filter“ (ebd.) erfasst werden. Ähnlich ablenkend kann der Begriff der Veranlagung oder Prädisposition wirken, der an sich wenig aussagt, außer, dass Menschen verschieden sind: „Zwar werden in den meisten ätiologischen Beschreibungen bestimmte Prädispositionen genannt, jedoch so unspezifisch – zu unterschiedlichen Krankheitsbildern immer wieder dieselben –, dass das Reden darüber meist nur zur einfachen Feststellung führt: Individuen unterscheiden sich voneinander“ (Kollbrunner 2010, S. 47). Der Begriff kann, muss aber nicht, zusammenhängend mit Fragen nach Lebensgeschichte und gesellschaftlichen Verhältnissen auftauchen. Er kann diese auch ‚ersetzen‘. Es gibt verschiedene moderne Prädispositionen, konstitutionelle Stressempfindlichkeit, angeborene Vulnerabilität (Verletzlichkeit) oder Resilienz (Widerstandsfähigkeit), sowie emotionale oder motivationale Reaktions- und Verhaltensdisposition (vgl. Deneke 2001, S. 179). Diese Begriffe lenken von einer lebensgeschichtlichen Betrachtung ab. Die ehemals mit individuellen Fallgeschichten verknüpften Begriffe ‚Auslöser‘ oder ‚Auslösesituation‘ werden im moderneren Sprachgebrauch zu ‚Trigger‘. Besteht die Problematik aus der Prädisposition, so müssen letztlich nur die Trigger beherrscht werden, also der Umgang mit ihnen trainiert, wofür sich verhaltenstherapeutische Ansätze bestens zu eignen scheinen.

Eine Diskussion möglicher Symptomverschiebungen nimmt im untersuchten Material hingegen ab, was ebenfalls ein Anzeichen für eine oberflächlichere Betrachtung ist. Mit dem Begriff gemeint ist, „dass neurotische Symptome, die unter (z.B. therapeutischem) Druck aufgelöst werden, in anderer Form oder Lokalisation wieder auftauchen können, wenn deren psychodynamischer Hintergrund nicht bearbeitet worden ist“ (Kollbrunner 2010, S. 47). Seitens der Verhaltenstherapie ist der Begriff stets abgelehnt worden, da es nach lerntheoretischen Annahmen keine inneren Ursachen gibt. Es verwundert daher nicht, dass dieses doch nützliche Konzept kaum mehr im Diskurs auftaucht. Es hat eine institutionelle Verstärkung von Ausschließungen stattgefunden (vgl. Jäger und Jäger 2007, S. 19f.). Das ‚Ausgelassene‘, die ‚zurückgelassenen‘ Diskurspositionen nehmen zwangsläufig an Bedeutung für das Handeln und die Gestaltung der Wirklichkeit ab. Bräutigam verweist in Überlegungen zur Definition von Gesundheit und von Therapiezielen auf das Unverkennbare: „Offenbar unterliegen wir alle auch in den Bewertungen kulturellen und politischen

Einflüssen“ (Bräutigam 2001, S. 32). Und diese Einflüsse sind für das Projekt einer psychoanalytischen Psychosomatik, die kritisch nach dem Zusammenwirken von Individuum und Gesellschaft fragt, besonders an zwei Fronten erschwerend: Ihr steht ein empirisch-analytisches Wissenschaftsverständnis entgegen, dem die Trennung von Körper und Seele implizit ist und sie bietet, betrieben als ‚sprechende Medizin‘ keinen sonderlich einträglichen Absatzmarkt.

So müssen eben auch die Erkenntnisse einer psychosomatischen Medizin im historischen und gesellschaftlichen Kontext betrachtet werden und es kann höchstwahrscheinlich fatal sein, Erkenntnisse zu verwerfen weil sie nicht den durch eben diesen Kontext bedingten methodischen Ansprüchen genügen. „Für die Behandlung psychosomatisch Kranker“, resümiert Willi allerdings, „hat die empirische psychosomatische Forschung relativ wenig gebracht“ (Willi 1991, S. 27f.). Problematisch ist ja keinesfalls die empirische Forschung an sich, allerdings die unreflektierte Übertragung dieses Paradigmas auf eine psychosomatische Medizin, die doch eigentlich von Hermeneutik und Dialektik durchdrungen sein müsste. „Aufgabe des Analytikers“, so beschreibt es Plab, „ist es, die krankmachende Interaktion mit dem Objekt aufzuspüren, und hier wird jede wissenschaftliche Vorgehensweise im medizinischen Sinne bis auf weiteres scheitern“ (Plab 2016, S. 2). Wie die Auswertung in dieser Arbeit gezeigt hat, gibt es durchaus fruchtbare Ansätze, Einsichten aus einem solchen ‚Aufspüren‘ empirisch zu verfolgen und somit mögliche Zusammenhänge vielleicht mehr ins ‚Bewusstsein‘ der Disziplin zu rücken. Dafür braucht es allerdings kritische Methodenreflexion und stetig neue Einblicke, die zu überprüfen sind, wie es beispielsweise Eckensberger et al. (1977) tun. Psychotherapieforschung neigt ohnehin dazu, teuer und aufwendig zu sein (vgl. Petermann und Schüßler 2010). Eine psychosomatische Medizin, die an Subjekt, Individuum, Konflikt und Gesellschaft interessiert ist, verträgt sich nicht mit absoluten Gewissheiten und das „Körpergeschehen“, so formulierte es von Weizsäcker, „behält dabei immer etwas Seelenfremdes“ (1955, S. 381), was den Zugang stets erschwert. Eine solche psychosomatische Medizin jedenfalls muss den Wandel der Welt ebenso berücksichtigen wie den damit korrespondierenden Wandel subjektiver Erlebniswelten und Strukturen, will sie die blinden Flecken unseres Medizinsystems erhellen. Dafür hat sie vielerlei Möglichkeiten – die sie weitaus intensiver nutzen könnte. Für eine solche Forschung braucht es allerdings mehr als die Intention und Überzeugung der Beteiligten und die finanziellen Ressourcen sind in einem Gesundheitssystem unter Austeritätsregime stets knapp. Die Konzentration auf biologische Faktoren bekommt somit noch eine Bedeutung über jene Denktraditionen hinaus. Eine Vereinnahmung durch die traditionelle Medizin und die alleinige Konzentration auf biologische Faktoren birgt die Gefahr einer rein pharmakologischen Herangehensweise, wobei die Pharma- und Geräteindustrie sowohl als Katalysator als auch als Nutznießer eines hochlukrativen Marktes mit umstrittenen Erfolgsversprechen fungiert (vgl. Kollbrunner 2010, S. 168ff.; zu Psychopharmaka Hasler 2015, S. 81ff.). Chronische

Erkrankungen sind hier Gold wert, ein Absatzmarkt auf dem die Nachfrage nie erlischt. Auch für die Psychiater wäre die Abschaffung der Psychotherapie aus einer ökonomischen Perspektive sicher wünschenswert. Werden psychische und psychosomatische Beschwerdebilder zudem als zentralnervös verursacht betrachtet, wird auch „der unmittelbare Zugriff der Pharmaindustrie auf diese Störungsbilder sachlogisch lizenziert“ (Zepf 2006 III, S. 195). Dieser Zugriff kann dann wunderbar durch die psychiatrische, psychotherapiefreie Behandlung erfolgen, „ressourcensparend“ im „5-Minutentakt“ (ebd., mit Verweis auf Berger 2004a). Das von der DGPPN (2004) vorgelegte *Rahmenkonzept Integrierte Versorgung Depression* unterstreicht das Bestreben der ‚Auslöschung‘ (Janssen) der Psychotherapie. Hier werden ärztliche Versorgungsnetze empfohlen, in denen die Behandlungswege für die ambulante Versorgung von depressiven Patient_innen festgelegt sind. Zepf zeigt detailliert auf, wie sich gegen ehemals sachliche Einsichten der Autoren in diesem Rahmenkonzept „offensichtlich die Interessen der Pharmaindustrie durchgesetzt“ haben (Zepf 2006 III, S. 195). Eine Erkenntnis, die kaum überrascht, aber unterstreicht, dass der einträgliche Markt des synaptischen Spalts niemals kampflos dem ‚Philosophieren‘ überlassen werden wird. Dahinter verbirgt sich die Gefahr, dass in diesen ‚leitlinienorientierten‘ Versorgungskonzepten die Psychotherapie aus der Standardbehandlung herausgenommen wird. Sie ist dann lediglich eine Option, was die Kostenträger (zumindest kurzfristig) entlastet, da von dieser Option aus ökonomischen Gründen kaum noch Gebrauch gemacht wird. Die psychiatrische Konzentration auf das medizinische Modell hat natürlich Fürsprecher und löst Begeisterung aus, und zwar bei mächtigen und solventen Akteuren. Politiker_innen sind entlastet, es sind nicht die gesellschaftlichen Verhältnisse die krank machen, sondern das Gehirn. Für Krankenkassen steigt die Chance, die Leistungen auf klar definierbare, individuelle Krankheiten einzugrenzen. Und, beinahe überflüssig zu erwähnen, die Pharmaindustrie „reibt sich die Hände und unterstützt all diese Trends durch Finanzierung von Tagungen, Symposien und gediegenen Empfängen“ (Willi 1991, S. 26). Nun ist es nicht so, dass psychosomatisch tätige Ärzt_innen „den Wert sinnvoll eingesetzter Medikamente nicht anerkennen würden“ (Kollbrunner 2010, S. 23), die Kritik richtet sich gegen jene (Dauer-)Medikationen, deren Sinn und Erfolg fraglich ist. Dieser pharmakologische Zugriff auf die psychosomatische Erkrankung wird durch eine (erneute) Verortung in der ‚Disposition‘ und einer (erneuten) ‚Zerlegung‘ der Erkrankung in Komorbiditäten vereinfacht, die Verflüchtigung der unbewussten Dimension und der Bedeutung gesellschaftlicher Verhältnisse aus dem Diskurs hinterlässt vermeintlich medikamentös und verhaltenstherapeutisch anpassbare Patient_innen. Parallel zu diesen Verkürzungen der Psychosomatik stieg ihre gesellschaftliche Akzeptanz.

7.3 Das Unsichtbarmachen gesellschaftlicher Konflikte

Die Bedeutung und Akzeptanz psychischer und psychosomatischer Erkrankungen nahm in den letzten Jahrzehnten zu, besonders seit Ende der 1990er-Jahre. Diese Entwicklung kann als Teil

eines allgemeinen Medikalierungsprozesses interpretiert werden, der den ‚Psycho‘-Erkrankungen im allgemeinen zu mehr Legitimation verhalf. Auch das institutionelle Wachstum selbst hat wahrscheinlich zu einer größeren Akzeptanz geführt, die Entwicklung verlief seit den 1990er-Jahren parallel. Begreifen wir die psychosomatische Erkrankung auch als Ausdruck eines Leidens an der Gesellschaft, so rückt dieses Leiden nun in den Verantwortungsbereich der Psychosomatik. Der überwiegende Teil des Medizinsystem steht diesem Leiden ratlos gegenüber. Diese mittlerweile medicozentrierte Psychosomatik hat sich allerdings selbst ihrer Erkenntnismöglichkeiten beschnitten und kann dieses Leiden nicht mehr an gesellschaftliche Fragen koppeln, ebenso wenig wie die_der Leidende. Durch diese Medikalierungstendenzen wird der Ausdruck gesamtgesellschaftlicher, auch politischer, Themenfelder und Problemlagen somit einer Psychosomatik überantwortet, die ihn nicht ‚lesen‘ kann (und will), damit ist aber diese Gesellschaft aus der Verantwortung entlassen. Die Unerträglichkeit von Arbeitsbedingen wird beispielsweise in ‚Stresserkrankungen‘ kanalisiert, womit zwei zentrale Fragen von niemandem gestellt werden müssen: Warum ertragen wir diesen ‚Stress‘ bis zum Zusammenbruch, welche inneren Strukturen greifen hier, und warum versuchen wir nicht, diese Arbeitsbedingungen zu verändern? Die Lebenskrise, die nicht abgekoppelt von den prägenden und aktuellen Lebensumständen begriffen werden kann, wird zur ‚Krankheit‘ und diese Krankheit überdeckt die Krise und kann medikamentös oder durch Verhaltenstraining in erträgliche Bahnen gelenkt werden. Psychotherapie hat dann die Aufgabe der Beseitigung von Symptomen und nicht von Ursachen, eine „vordergründige psychosoziale Anpassung“ (Schneider 2013, S. 230) ist Ziel.

Über Medikalierungsprozesse wird Verantwortung ins Medizinalsystem verschoben, dieses wiederum verschiebt Verantwortung ins Individuum. Die Individualisierungstendenzen werden durch die Ausweitung des Präventionssektors unterstrichen, die vor allem im Zuge des Anstiegs psychosomatischer Erkrankungen und der damit verbundenen Frühverrentungen vorgenommen wurde (Bühren et al. 2008). Neben den ausgleichenden Effekten auf das vegetative Nervensystem und die Wahrnehmungsfähigkeit haben die (im Einzelfall zunächst oftmals hilfreichen) Präventionsangebote der gesetzlichen Krankenkassen in diesen Zusammenhängen eine systemstabilisierende Funktion: Sie sollen die Verhältnisse erträglicher gestalten, hohen Krankenständen vorbeugen und in betrieblichen Zusammenhängen letztlich die Produktivität steigern. Zwischen diesem Präventionsbereich und der stationären psychosomatischen Behandlung klafft dabei eine Versorgungslücke, der ambulante Bereich existiert im psychosomatischen Bereich nach wie vor, abgesehen von der psychosomatischen Grundversorgung, kaum. Die Konsequenzen reihen sich ein in den seit den 1980er-Jahren geführten Individualisierungsdiskurs (vgl. Beck 1986), auch im Rahmen der (post-)foucaultschen *governmentality studies* wurde vielfach untersucht, inwieweit die Zurücknahme direkter staatlicher Interventionen nicht als eine Verringerung des Zwanges beschrieben werden kann, sondern als eine Ausweitung und Transformation in politisch regulierte und *in die eigene Hand zu nehmende* Selbstführungspflichten (vgl. Bröckling 2007). Überraschend ist

dieser Umstand nicht, und auch nicht einem größtenteils staatlich regulierten Gesundheitswesen vorzuwerfen, von dem ein Großteil der Weltbevölkerung kaum zu träumen wagt. Er unterstreicht allerdings die stets dem Zeitgeist unterliegende Definition von Krankheit und Gesundheit, sowie den Primat der Wiederherstellung der Arbeitskraft. Das benannte bereits Simmel: „Denn die Sozialversicherung in ihrer heutigen Form [...] ist eine zwangsläufige Ergänzung zur kapitalistischen Produktionsweise“ (Simmel 1932, S. 156). Die Gesundheit, also die Arbeitskraft, wird durch diese Institution stets „so weit restituiert, daß sie ausbeutungsfähiges Objekt bleibt.“ Die Folgen für den Arztberuf sieht Simmel in der Beraubung des großen Ideals ärztlicher Heilkunst – „denn jetzt durften sie nicht mehr danach streben, den Kranken gesund zu machen, weil das Prinzip der *Gesundheit* zwangsläufig ersetzt wurde durch das Prinzip der *Arbeitsfähigkeit*“ (ebd., Hervoh. i. O.).

Die Psychosomatik *könnte* ja dazu beitragen, die „irrationalen Bindungen des Einzelnen ans Bestehende aus dem Dunkeln in ein je individuelles Bewusstsein“ (Zepf 2006, S. 248) zu heben, die sich in der Erkrankung niederschlagen. Sie könnten dann auch, über sozialpsychologische Analysen, ins gesellschaftliche Bewusstsein gehoben werden. Und ein solches gesellschaftliches Bewusstsein kann wieder fruchtbar auf therapeutische Überlegungen zurückwirken. Das in den Körper ‚eingeschriebene‘ Symptom ist *zugleich* Ausdruck individuellen Leids und gesellschaftlicher, ökonomischer Verhältnisse, durch den Ausdruck auf der körperlichen Ebene ist es allerdings hervorragend als ‚Naturgeschehen‘ getarnt. Die Entleerung innerhalb der Psychosomatik ist die eine Seite der Verkürzung, ihre institutionelle Ausdehnung und breitere Akzeptanz verkürzt die Betrachtung auch von der anderen Seite indem ihr dieses Leiden in immer größerem Maße überantwortet wird. Diese gestiegene Akzeptanz gegenüber psychischen und psychosomatischen Erkrankungen ist, darauf sei hier wiederholt hingewiesen, tendenziell positiv zu bewerten. Trifft sie allerdings in dieser Konstellation auf die Psychosomatik, verbleibt die Bedeutung des Symptoms weiterhin in ihm verborgen.

7.4 Ausblick

In dieser Arbeit wurde größtenteils auf einer theoretischen Ebene argumentiert. Was der Erforschung harret, ist auch an dieser Stelle das Verhältnis von theoretischen Erkenntnissen und praktischer, therapeutischer Arbeit. Es steht zu vermuten, dass sich hier in der Praxis ein etwas anderes Bild zeichnet als im untersuchten Diskurs, dass die Sphärentrennung anders gehandhabt wird und sicher auch ‚neuere‘ oder verhältnismäßig ‚verkürzte‘ Psychotherapiemodelle zu interessanten Ergebnissen führen können. Methodisch sind solche Untersuchungen allerdings stets eine Herausforderung. Ebenso interessant wäre es der Frage nachzugehen, ob und inwieweit Akuterkrankungen in der allgemeinmedizinischen Praxis unter psychosomatischen Aspekten betrachtet werden, sich also im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung ein grundlegendes Bild psychosomatischer Zusammenhänge durchgesetzt

hat. Wenn, wie bereits bei von Weizsäcker und Mitscherlich angenommen, sich bereits in der Akuterkrankung die allgemeine Krise zeigt und die Chronifizierung oftmals einsetzt *nachdem* dieser Ruf ungehört verhallt ist, wäre ein psychosomatisch orientiertes Einwirken bereits an dieser Stelle eine äußerst effektive Form der Prävention, Plab bezeichnet ein solches Vorgehen als eine „Sekundärprophylaxe“ (a. a. O., S. 11). Besonders in diesem Zusammenhang wäre es von Interesse, die Auswirkungen der neueren DSM-5-Diagnose der *Somatischen Belastungsstörung* näher zu untersuchen, die die Trennung zwischen akuter und chronischer Erkrankung weniger scharf zieht.

Bei der Durchsicht des Zeitschriftenmaterials entstand zudem der Eindruck, dass ‚manifesten‘ körperlichen Erkrankungen prinzipiell abnehmende Aufmerksamkeit zukommt und dafür ‚psychische‘ Symptome mehr in den Fokus rücken. Wenn Herzog et al. zu dem Schluss kommen, dass jährlich etwa 190.000 Patient_innen ambulant von Fachärzt_innen für psychosomatische Medizin versorgt werden und dabei Depressive Störungen, Angststörungen und Anpassungsstörungen am häufigsten diagnostiziert werden, so unterstreicht dies diesen Eindruck (vgl. Herzog et al. 2012, S. 57). Das Spektrum der Erkrankungen, die in diesem Fachbereich behandelt werden, „umfasst psychische Erkrankungen wie Depressionen, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen und Posttraumatische Belastungsstörungen, somatoforme Störungen, psychosomatische Störungen im engeren Sinne (wie Anorexia nervosa oder Bulimie), ebenso wie psychische Folgen und Begleiterkrankungen von chronischen körperlichen Krankheiten (wie Krebserkrankungen, Herz-Kreislaufkrankungen, Diabetes, Adipositas)“ (a. a. O., S. 33ff.). Die ehemaligen ‚Holy Seven‘ der Psychosomatik haben sich hier nicht deutlich durchgesetzt. Welche Erkrankungen und Komorbiditäten tatsächlich behandelt werden und welche körperlichen Niederschläge sich besonders hinter den somatoformen Störungen verbergen wäre unter der Prämisse zu untersuchen, inwiefern der psychische Konflikt überhaupt noch eine ätiologische Rolle spielt oder sich die Behandlung vielmehr zunehmend auf psychische *Folgen* von Erkrankungen verschiebt und darüber die Frage nach sozialpsychologischen *Ursachen* körperlicher Erkrankungen auch von dieser Seite eingeeengt wird.

Was ebenfalls aussteht, ist „das noch weitgehend brachliegende Terrain der Sekundärsozialisation zu bearbeiten,“ worauf Zepf (2006 III, S. 190) hinweist: „Jede Bedingungsanalyse psychosomatischer Störungen“, so schreibt er, „muss dieses Terrain durchqueren, wenn sie die gesellschaftliche Herstellung psychosomatischer Erkrankungen begrifflich genau rekonstruieren will.“ Dieses Terrain zu durchqueren, ist für die Forschung eine notwendige und komplexe Aufgabe, wobei stets mit Problemen oder Widersprüchen in der Methodenwahl zu kämpfen ist. „Wenn empirisches Forschen nicht auf ein unverständiges Anwenden von Techniken reduziert werden soll“, setzt sie „die Vertrautheit mit einer komplexen Methodologie“ voraus – Kächele und Kordy (1994, S. 73) versuchen beispielsweise systematisch, „Visionen für die Zukunft einer empirischen psychosomatischen

Forschung“ zu entwickeln. Bei der Beschäftigung mit psychosomatischen Erkrankungen betreten wir unweigerlich den sumpfigen Boden schwer allgemeingültig überprüfbarer Sachverhalte. Zugleich zu berücksichtigen, dass sich die Seele in den Körper einschreibt und dass sich in diese Seele unabwendbar bereits allerlei gesellschaftlich bedingte Vorstellungen, Zwänge, Hoffnungen und ähnliches eingeschrieben haben, ist eine unübersichtliche Angelegenheit. Die Alternative, diesen sumpfigen Boden durch Komplexitätsreduktion trocken zu legen mag kurzfristig hilfreich sein oder den Einstieg erleichtern, der langfristige Erfolg bleibt fraglich. Leib und Leben erscheinen komplexer als der medizinische Imperativ und es ist nach wie vor die psychosomatische Medizin, die die Werkzeuge besitzt, diese Komplexität in Ansätzen doch bearbeitbar zu machen, was durchaus auch durch empirisch-analytisches Werkzeug glücken kann. Es muss allerdings dem Gegenstand angepasst werden und nicht andersherum.

Während die Psychoanalyse durch Abwicklung der Institute aus den Universitäten verbannt wurde, ließ die Psychosomatik, einst ohne Psychoanalyse nicht denkbar, sich entkernen und anpassen, was ihr institutionelles Wachstum und Macht verschaffte. Unter einem Deckmantel der ‚Ganzheitlichkeit‘, mit einem „biopsychosozialen“ Etikett, droht sie zum Wolf im Schafspelz zu werden: Zunehmende medikamentöse Eingriffe und ein Verorten der Erkrankung im Gehirn *anstatt* in den unbewussten Niederschlägen der gesellschaftlichen Verhältnisse, der Arbeits- und Lebensbedingungen, vernebeln die emanzipatorische Kraft, mit der die Psychosomatik einst angetreten war. Es ist dies eine doppelte Verkürzung des vorhandenen Erfahrungsschatzes der Psychosomatik. Die Verantwortung für die Erkrankung ist mit diesem institutionellen Wachstum in den medizinischen Bereich verschoben, dessen Einäugigkeit (im Sinne Mitscherlichs) ist aber den vormals entscheidenden Dimensionen beraubt: Ohne Unbewusstes und Gesellschaft in die Ätiologie einzubeziehen, erscheint eine Linderung dieses Leidens an der Gesellschaft unmöglich. Nichtsdestotrotz ist es eine beachtliche Leistung, dass es eine Facharztausbildung mit zwingend integrierter psychotherapeutischer Ausbildung gibt und dass überhaupt soziale Variablen mit in die Überlegungen einbezogen werden. Vor dem Hintergrund einer ausschließlich empirisch-analytisch ausgerichteten Medizin ist das ein gewaltiger Fortschritt, der allerdings einen gewaltigen Preis forderte: Das stillschweigende Zurücklassen des der Disziplin vormals eigenen emanzipatorischen Potenzials. Aber, das ist hinzuzufügen, es gibt durchaus noch einen Gegendiskurs, der auf einen reichen Erfahrungsschatz zurückblicken kann. Es scheint, als sei dies in der aktuellen Situation der erfolgsversprechendste Weg für eine im ursprünglichen psychosomatischen Sinn *ernsthaft* betriebene biopsychosoziale Herangehensweise: *Gegendiskurs* zu bleiben.

8. Literatur und Quellen

- Achilles, P. (2003): Anthropologische Medizin und humanistische Psychologie. Zum Verhältnis von Gestaltkreis und Gestalttherapie. In: Rainer-M. E. Jacobi (Hg.): Zur Aktualität Viktor von Weizsäckers. Würzburg: Königshausen & Neumann (Beiträge zur medizinischen Anthropologie, 1), S. 145–163.
- Ahrens, St.; Deffner, G.; Feiereis, H. (1986): Zur Differenzierung von Colitis- und Morbus-Crohn-Kranken anhand psychosozialer Variablen. In: *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 32, S. 301–315.
- Aichhorn, Th. (2013): Die sogenannten voranalytischen Schriften. In: H.-M. Lohmann und J. Pfeiffer (Hg.): Freud-Handbuch. Leben - Werk - Wirkung. Sonderausgabe. Stuttgart, Weimar: Verlag J.B. Metzler, S. 77–79.
- Alexander, F. (1994): Der Einfluß psychologischer Faktoren auf gastrointestinale Störungen: Ein Symposium. In: *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 40, S. 205–235.
- Alexander, F. (1985): Psychosomatische Medizin. Grundlagen und Anwendungsgebiete [1950]. 4. unveränderte Auflage. Berlin, New York: De Gruyter.
- Aoyama, N.; Kinoshita, Y.; Fujimoto, S.; Himeno, S.; Todo, A.; Kasuga, M.; Chiba, T. (1998): Peptic ulcers after the Hanshin-Awaji earthquake: Increased incidence of bleeding gastric ulcers. In: *Am. J. Gastroenterol.* 93.
- Arenz, D. (2003): Dämonen, Wahn, Psychose. Exkursionen durch die Psychiatriegeschichte. Köln: Viavital-Verl.
- Argelander, H. (1979): Balintgruppen. In: A. Heigl-Evers (Hg.): Psychologie des Zwanzigsten Jahrhunderts, Band VIII, Lewin und die Folgen: Sozialpsychologie, Gruppendynamik, Gruppentherapie. Zürich: Kindler, S. 822–829.
- Balint, M.; Balint, E. (1963): Psychotherapeutische Techniken in der Medizin. Bern, Stuttgart: Huber; Klett.
- Balint, M.; Ornstein, P. H.; Balint, E. (1973): Fokalthherapie. Ein Beispiel angewandter Psychoanalyse. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Bauch, J. (1996): Gesundheit als sozialer Code. Von der Vergesellschaftung des Gesundheitswesens zur Medikalisierung der Gesellschaft. Weinheim: Juventa.
- Bauer, J. (2008): Das kooperative Gen. Abschied vom Darwinismus. Hamburg: Hoffmann und Campe.
- Bauer, J.; Kächele, H. (2005): Das Fach ‚Psychosomatische Medizin‘: Seine Beziehungen zur Neurobiologie und zur Psychiatrie. In: *Psychotherapie* 10, S. 1–7.
- Baumann, U.; Laitreiter, A.; Pflingstmann, G.; Schwarzenbacher, K. (1987): Fragebogen zum sozialen Netzwerk und zur sozialen Unterstützung (SONET). In: *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 16, S. 429–431.
- Bayer, L.; Lohmann, H.-M. (2013): Psychoanalyse. Rezeption im deutschsprachigen Raum. In: H.-M. Lohmann und J. Pfeiffer (Hg.): Freud-Handbuch. Leben – Werk – Wirkung. Sonderausgabe. Stuttgart, Weimar: Verlag J.B. Metzler, S. 277–280.
- Beck, U. (1986): Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Beckmann, D. (2012): Die Gießener Schule [1998]. In: J. Kruse, U. Gieler, F. Leichsenring, F. Leweke und H.-J. Wirth (Hg.): Psychosomatik im Wandel der Zeiten. 50 Jahre Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie Gießen. Gießen: Psychosozial-Verlag, S. 15–25.

- Benzenhöfer, U. (2007): Der Arztphilosoph Viktor von Weizsäcker. Leben und Werk im Überblick. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Berger, M. (2004a): Die Versorgung psychisch Erkrankter in Deutschland. In: *Nervenarzt* 75, S. 195–204.
- Berger, M. (2004b): Bettenführende Abteilungen für Psychotherapeutische Medizin und ihre Auswirkungen auf die stationär psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung. In: *Nervenarzt* 75, S. 832–843.
- Bernfeld, S. (1970): Sozialismus und Psychoanalyse. In: S. Bernfeld, W. Reich, W. Jurinetz, I. Sapir und A. Stoljarov (Hg.): Psychoanalyse und Marxismus. Dokumentation einer Kontroverse. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag, S. 46–55.
- Biebl, W.; Platz, Th.; Bergant, A.; Judmaier, G. (1986): Untersuchungen zur Ulcuskrankheit. Untersuchung bei Patienten mit chronisch rezidivierenden Ulcus duodendi mit dem Versuch einer Differenzierung in Subgruppen anhand von Erkrankungsalter, psychopathologischen und biographischen Daten. In: *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 32, S. 272–282.
- Blanke, B. (1994): „Governance“ im Gesundheitswesen. In: B. Blanke (Hg.): Krankheit und Gemeinwohl. Gesundheitspolitik zwischen Staat, Sozialversicherung und Medizin. Opladen: Leske + Budrich, S. 13–36.
- Blech, J. (2005): Die Krankheitserfinder. Wie wir zu Patienten gemacht werden. Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag.
- Bonnevie, O. (1967): A socio-economic study of patients with ulcerative colitis. In: *Scandinavian Journal of Gastroenterology* 2, S. 129–136.
- Bornewasser, M. (2009): Organisationsdiagnostik und Organisationsentwicklung. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bourquin, M.; Kerekjarto, M. v. (1964): Mögliche Ursachen der Entstehung einer chronischen Magenerkrankung bei einem eineiigen Zwillingspaarling. In: *Zeitschrift für Psycho-somatische Medizin* 10, S. 10–16.
- Bräutigam, W. (2001): Theorien und Praxis der Psychosomatischen Medizin in 100 Jahren ihrer Geschichte. In: H.-Ch. Deter (Hg.): Psychosomatik am Beginn des 21. Jahrhunderts. Chancen einer biopsychosozialen Medizin. Bern: Huber, S. 29–38.
- Bräutigam, W.; Christian, P. (1986): Psychosomatische Medizin. Ein kurzgefaßtes Lehrbuch. 4., neubearbeitete Auflage. Stuttgart, New York: Thieme Verlag.
- Brede, K. (1972): Sozioanalyse psychosomatischer Störungen. Zum Verhältnis von Soziologie und Psychosomatischer Medizin. Frankfurt am Main: athenäum.
- Brede, K. (1983): Der Organismus als Problem der Sozialwissenschaften. In: P. Hahn (Hg.): Kindlers Psychologie des 20. Jahrhunderts. Band II: Psychosomatik. Weinheim: Beltz, S. 278–295.
- Brede, K. (1994): Ein sozialpsychologischer Zugang zur Spezifität psychosomatischer Störungen. In: G. Overbeck und A. Overbeck (Hg.): Seelischer Konflikt - körperliches Leiden. Reader zur psychoanalytischen Psychosomatik. 6. Aufl. Eschborn bei Frankfurt am Main: Klotz, S. 321–326.
- Breuer, J.; Freud, S.: Studien über Hysterie [1895]. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Bröckling, U. (2007): Das unternehmerische Selbst. Soziologie einer Subjektivierungsform. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.

- Brunner, M.; Burgermeister, N.; Lohl, J.; Schwietring, M.; Winter, S. (2012): Psychoanalytische Sozialpsychologie im deutschsprachigen Raum. Geschichte, Themen, Perspektiven. In: *Freie Assoziation* 15, S. 15–78.
- Brunner, M.; Lohl, J. (2012): „Außerdem würde ich gerne mal einen Orgon-Akkumulator bauen ...“. Zur Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft der psychoanalytischen Sozialpsychologie. Geschichtsüberblick und Umfrageergebnisse. In: *Psychologie & Gesellschaftskritik* 36, S. 31–60.
- Buckmiller, M.; Heimann, D.; Perels, J. (Hg.) (2000): Judentum und politische Existenz. Siebzehn Porträts deutsch-jüdischer Intellektueller. Hannover: Offizin.
- Bühren, A.; Voderholzer, U.; Schulte-Markwort, M.; Loew, Th. H.; Neitscher, F.; Hohagen, F.; Berger, M. (2008): Psychische Erkrankungen: Alle Fachgebiete sind gefordert. In: *Deutsches Ärzteblatt* 105, S. 280–284.
- Busch, H.-J. (2001): Subjektivität in der spätmodernen Gesellschaft. Konzeptuelle Schwierigkeiten und Möglichkeiten psychoanalytisch-sozialpsychologischer Zeitdiagnose. Göttingen: Velbrück.
- Cámara, R. J. A.; Begré, St.; Känel, R. v. (2010): Der Effekt stressreduzierender Interventionen auf chronisch entzündliche Darmerkrankungen: Qualitätskontrolle von zehn therapeutischen Studien. In: *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 56, S. 116–135.
- Clement, U.; Löwe, B. (1996): Fragebogen zum Körperbild (FKB-20). Göttingen: Hogrefe.
- Cremerius, J. (1978): Zur Theorie und Praxis der psychosomatischen Medizin. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Cremerius, J. (1978a): Freuds Konzept über die Entstehung psychogener Körpersymptome. In: J. Cremerius 1978, S. 13–31.
- Cremerius, J. (1978b): Die Prognose unbehandelter psychosomatischer Erkrankungen im Lichte der psychoanalytischen Theorie des Symptomwandels. In: J. Cremerius 1978, S. 267–336.
- Cremerius, J. (1978c): Die Situation der Psychosomatischen Medizin und Psychoanalyse an den Universitäten der Bundesrepublik Deutschland 1976. In: J. Cremerius 1978, S. 339–360.
- Cremerius, J. (1981): Einleitung. In: J. Cremerius (Hg.): Die Rezeption der Psychoanalyse in der Soziologie, Psychologie und Theologie im deutschsprachigen Raum bis 1940. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag, S. 7–29.
- Cremerius, J. (2006): Ein Leben als Psychoanalytiker in Deutschland. Würzburg: Königshausen & Neumann.
- Császár, G.; Juhász, E. (1979): Untersuchungen von zwei psychosomatischen Erkrankungen des gastrointestinalen Systems (Ulkus, Kolitis) mittels des Frustrationstests. In: *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 25, S. 169–182.
- Dahmer, H. (2005): Sandor Ferenczi (Einleitung). In: H. Dahmer (Hg.): Sandor Ferenczi. Zur Erkenntnis des Unbewussten. Schriften zur Psychoanalyse III. Gießen: Psychosozial-Verlag, S. 7–60.
- Dahmer, H. (2013): Vorwort. In: A. Peglau (Hg.): Unpolitische Wissenschaft? Wilhelm Reich und die Psychoanalyse im Nationalsozialismus. Gießen: Psychosozial-Verlag, S. 11–17.
- Dahmer, H. et al. (2014): Zur gegenwärtigen Situation der Psychoanalyse. In: *Psyche* 68, S. 477–484.
- Dahmer, H. (2015): in memoriam Alfred Lorenzer [2002]. In: Th. Simonelli und S. Zepf (Hg.): Verstehen und Begreifen in der Psychoanalyse. Erkundungen zu Alfred Lorenzer. Gießen: Psychosozial-Verlag, S. 249–254.

- Danzer, G. (1992): Der wilde Analytiker. Georg Groddeck und die Entdeckung der Psychosomatik. München: Kösel.
- Danzer, G.; Albrecht, H. (1994): Georg Groddeck oder die Geburt der Psychosomatik aus dem Geiste des Es. In: A.-E. Meyer und U. Lamparter (Hg.): Pioniere der Psychosomatik. Beiträge zur Entwicklungsgeschichte ganzheitlicher Medizin. Heidelberg: Asanger, S. 225–232.
- Dehli, Martin (2007): Leben als Konflikt. Zur Biographie Alexander Mitscherlichs. Göttingen: Wallstein-Verlag.
- Deneke, F.-W. (2001): Psychische Struktur und Gehirn. Die Gestaltung subjektiver Wirklichkeiten. Stuttgart: Schattauer.
- Deter, H.-C.; Manz, R.; Becker, M.; Gladisch, R. (1991): Soziale Unterstützung in ihrer Beziehung zu körperlichen und seelischen Befunden bei Morbus-Crohn-Patienten. In: *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 37, S. 45–59.
- Deter, H.-Ch. (Hg.) (2001): Psychosomatik am Beginn des 21. Jahrhunderts. Chancen einer biopsychosozialen Medizin. Bern: Huber.
- Deutsch, F. (1922): Psychoanalyse und Organkrankheiten. In: *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse* 8, S. 290–306.
- Deutsch, F. (1924): Zur Bildung des Konversionssymptoms. In: *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse* 10, S. 380–392.
- Deutsch, F. (1926): Der gesunde und der kranke Körper in psychoanalytischer Betrachtung. In: *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse* 12, S. 493–503.
- Deutsch, F. (1959): On the mysterious leap from the mind to the body. New York: IUP.
- DGPM (2019a): Historische Entwicklung. <https://www.perspektive-psychosomatische-medizin.net/profik-psychosomatik> (zuletzt geprüft 01.04.2019).
- DGPM (2019b): Unikliniken und Lehrstühle. <https://www.dgpm.de/de/wissenschaftsforschung/unikliniken-und-lehrstuehle/> (zuletzt geprüft 01.04.2019).
- DGPM (2019c): Wir über uns: DGPM - Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie. <https://www.dgpm.de/de/wir-ueber-uns/> (zuletzt geprüft am 01.04.2019).
- DiMaggio, P.; Powell, W. (1983): The Iron Cage revisited. Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields. In: *American Sociological Review* 48, S. 147–160.
- Dörner, K. (1984): Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie. Frankfurt am Main: Europäische Verlagsanstalt.
- DPG (2019): Geschichte-Personen-Krankheitsmodelle. https://dpg-psa.de/Geschichte_5.html (zuletzt geprüft am 01.04.2019).
- DPV (2019): Psychoanalytische HochschullehrerInnen. <https://www.dpv-psa.de/wissenschaft/psa-hochschullehrer/> (zuletzt geprüft am 01.04.2019).
- Dreyer, H.; Görges, Th. (1964): Über die Verteilung von Magenkrankheiten auf bestimmte Belegschaftsgruppen eines westdeutschen Großbetriebes. In: *Zeitschrift für Psycho-somatische Medizin* 10, S. 17–26.
- Dührssen, A. (1962): Katamnestische Ergebnisse bei 1004 Patienten nach analytischer Psychotherapie. In: *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 8, S. 94–113.
- Dührssen, A. (1984): Risikofaktoren für die neurotische Krankheitsentwicklung. In: *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 30, S. 18–42.

- Eckensberger, D.; Overbeck, G.; Wolff, E. (1977): Ein objektivierendes Verfahren zur diagnostischen Untergruppenbildung von Ulkuskranken. In: *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 23, S. 371–386.
- Egger, J. W. (2005): Das biopsychosoziale Krankheitsmodell. Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit. In: *Psychologische Medizin* 16, S. 3–12.
- Egger, J. W. (2015): Integrative Verhaltenstherapie und psychotherapeutische Medizin: Ein biopsychosoziales Modell. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Eisenreich, S. (2016): Über die Thure von Uexküll-Akademie für Integrierte Medizin. In: *Dr. med Mabuse* 30, S. 30–32.
- Engel, G. L. (1961): Biologic and psychologic features of the ulcerative colitis patient. In: *Gastroenterology* 40, S. 313–322.
- Engel, G. L.; Schmale, A. H. (1967): Eine psychoanalytische Theorie der somatischen Störung. In: *Psyche* 23, S. 241–261.
- Engel, G. L. (1976): Psychisches Verhalten in Gesundheit und Krankheit [1962]. 2. Aufl. Bern: Huber.
- Ermann, M. (2016): Psychotherapie und Psychosomatik. Ein Lehrbuch auf psychoanalytischer Grundlage. 6., überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.
- Evers, T. (1987): Mythos und Emanzipation. Eine kritische Annäherung an C. G. Jung. Hamburg: Junius Verlag.
- Fain, M. (1971): The prelude to fantasmatic life. In: D. Birksted-Breen, S. Flanders und A. Gibeault (Hg.): *Reading French psychoanalysis*. London, New York: Routledge, S. 338–354.
- Fallend, K. (1988): Wilhelm Reich in Wien. Psychoanalyse und Politik. Wien, Salzburg: Geyer-Edition.
- Feiereis, H. (1990): Entzündliche Darmerkrankungen. In: Thure von Uexküll (Hg.): *Psychosomatische Medizin*. München, Berlin, Wien: Urban & Schwarzenberg.
- Fenichel, Otto (1974): *Hysterien und Zwangsneurosen* [1931]. unveränderter Nachdruck. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Fenichel, O. (1932): Psychoanalyse der Politik. In: *Die psychoanalytische Bewegung* 4, S. 255–267.
- Fenichel, O. (1985): Über die Psychoanalyse als Keim einer zukünftigen dialektisch-materialistischen Psychologie [1934]. In: O. Fenichel: *Aufsätze, I*. Hg. v. K. Laermann. Frankfurt am Main, Berlin, Wien: Ullstein, S. 276–296.
- Fenichel, O.; (1972): Über Psychoanalyse, Krieg und Frieden [1935]. In: O. Fenichel: *Psychoanalyse und Gesellschaft. Aufsätze*. Frankfurt am Main: Roter Druckstock, S. 132–146.
- Fenichel, O. (1945): *Allgemeine psychoanalytische Neurosenlehre*. 2 Bände. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Ferenczi, S. (1984): Psychoanalyse und Pädagogik [1908]. In: S. Ferenczi: *Bausteine zur Psychoanalyse. Arbeiten aus den Jahren 1908-1933, Band III*, Bern: Huber, S. 9–22.
- Ferenczi, S. (1984): Hysterische Materilisationsphänomene [1919]. In: S. Ferenczi: *Bausteine zur Psychoanalyse. Arbeiten aus den Jahren 1908-1933, Band III*, Bern: Huber, S. 129–147.
- Ferenczi, S. (1988): *Ohne Sympathie keine Heilung. Das klinische Tagebuch von 1932*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.

- Fischer, K. (2009): Die evolutionäre Entwicklung der Psyche in Thure von Uexkülls „Theorie der Humanmedizin – Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns“. Online verfügbar unter https://edoc.ub.uni-muenchen.de/10695/1/Fischer_Katrin.pdf (zuletzt geprüft am 01.04.2019).
- Fleck, L. (1983): Erfahrung und Tatsache. Gesammelte Aufsätze. Herausgegeben von L. Schäfer und Th. Schnelle. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Freimüller, T. (2007): Alexander Mitscherlich. Gesellschaftsdiagnosen und Psychoanalyse nach Hitler. Göttingen: Wallstein-Verlag.
- Freud, A. (1945): Indications for Child Analysis. In: *The Psychoanalytic Study of the Child* 1, S. 127–149. DOI: 10.1080/00797308.1945.11823129.
- Freud, S. (1905e) [1901]: Bruchstück einer Hysterie-Analyse. In: GW V, S. 161–286.
- Freud, S. (1933a) [1932]: Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. In: GW XV.
- Freud, S. (1940a) [1938]: Abriß der Psychoanalyse. In: GW XVII, S. 63–138.
- Freud, S. (1894a): Die Abwehr-Neuroptychosen. In: GW I, S. 57–74.
- Freud, S. (1895b): Über die Berechtigung von der Neurasthenie einen bestimmten Symptomenkomplex als „Angstneurose“ abzutrennen. In GW I, S. 313–342.
- Freud, S. (1895d): Studien über Hysterie. In: GW I, S. 75–312.
- Freud, S. (1898a): Die Sexualität in der Ätiologie der Neurosen. In GW I, S. 489–516.
- Freud, S. (1905d): Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. In: GW V, S. 27–145.
- Freud, S. (1909d): Bemerkungen über einen Fall von Zwangsneurose. In: GW VII, S. 379–463.
- Freud, S. (1910d): Die zukünftigen Chancen der psychoanalytischen Therapie. In: GW VIII, S. 103–115.
- Freud, S. (1910k): Über „wilde“ Psychoanalyse. In: GW VIII, S. 117–125.
- Freud, S. (1912f): Zur Einleitung der Onanie-Diskussion, Schlusswort. In: GW VIII, S. 331–345.
- Freud, S. (1914c): Zur Einführung des Narzissmus. In: GW X, S. 137–170.
- Freud, S. (1915c): Triebe und Tribschicksale. In: GW X, S. 209–232.
- Freud, S. (1916/17): Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. In: GW XI.
- Freud, S. (1919a): Wege der psychoanalytischen Therapie. In: GW XIII, S. 71–161.
- Freud, S. (1924c): Das ökonomische Problem des Masochismus. In: GW XIII, S. 369–391.
- Freud, S. (1926d): Hemmung, Symptom und Angst. In: GW XIV, S. 111–205.
- Freud, S. (1926e): Die Frage der Laienanalyse. In: GW XIV, S. 207–296.
- Freud, S. (1927c): Die Zukunft einer Illusion. In: GW XIV, S. 323–380.
- Freud, S. (1930a): Das Unbehagen in der Kultur. In: GW XIV, S. 419–506.
- Freud, S. (1950c) [1895]: Entwurf einer Psychologie. Nachtragsband. In: GW, Nachtr., S. 387–477.
- Freyberger, H. (1979): Gastroenterologische Erkrankungen. In: P. Hahn (Hg.): Die Psychologie des 20. Jahrhunderts, IX. Zürich: Kindler, S. 440–441.
- Fromm, E. (1981): Über Methoden und Aufgaben einer analytischen Sozialpsychologie: Bemerkungen über Psychoanalyse und historischen Materialismus [1932]. In: E. Fromm: Gesamtausgabe. Stuttgart: deutscher Verlag, S. 37–57.

- Garma, A. (1957/58): Psychische Faktoren bei gastrischen und Duodenalulcera. In: *Zeitschrift für Psycho-somatische Medizin* 4, S. 57–60.
- Geyer, D. (2014): Trübsinn und Raserei. Die Anfänge der Psychiatrie in Deutschland. München: Beck.
- Ghaemi, S. N. (2009): The rise and fall of the biopsychosocial model. In: *British Journal of Psychiatry* 195, S. 3-4.
- Gieler, U.; Kruse, J.; Leichsenring, F.; Leweke, F.; Wirth, H.-J. (2012): Einführung. In: J. Kruse, U. Gieler, F. Leichsenring, F. Leweke und H.-J. Wirth (Hg.): *Psychosomatik im Wandel der Zeiten. 50 Jahre Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie Gießen*. Gießen: Psychosozial-Verlag, S. 9–14.
- Glatzel, H. (1954/55): Zur Psychosomatik der Ulkuskrankheit. Ergebnisse einer klinischen Arbeitsrichtung. In: *Zeitschrift für Psycho-somatische Medizin* 1, S. 11–21.
- Glatzel, H. (1955/56): Zur Psychosomatik der Ulkuskrankheit. Antworten auf die Fragen von H. Rehder. In: *Zeitschrift für Psycho-somatische Medizin* 2, S. 54–58.
- Gödde, G. (2013): Hysterie-Studien. In: H.-M. Lohmann und J. Pfeiffer (Hg.): *Freud-Handbuch. Leben - Werk - Wirkung. Sonderausgabe*. Stuttgart, Weimar: Verlag J.B. Metzler, S. 84–93.
- Göring, M. H. (1936): Vortrag auf der ersten Mitgliederversammlung des Deutschen Instituts für psychologische Forschung und Psychotherapie. In: *Zentralblatt für Psychotherapie und ihre Grenzgebiete einschließlich der medizinischen Psychologie und psychischen Hygiene* 9, S. 290–296.
- Görlich, B. (2002): Zur Erkenntnis des Unbewußten. Alfred Lorenzers Forschungen zu Freud und zur Psychoanalyse als Wissenschaft. In: A. Lorenzer (Hg.): *Die Sprache, der Sinn, das Unbewußte. Psychoanalytisches Grundverständnis und Neurowissenschaften*. Stuttgart: Klett-Cotta, S. 7–20.
- Gottschalk, L. A.; Gleser, G. C. (1969): *The measurement of psychological states through the content analysis of verbal behavior*. Berkeley: University of California Press.
- Greenwood, R.; Oliver, Ch.; Suddaby, R.; Sahlin, K. (Hg.) (2008): *The Sage Handbook of Organizational Institutionalism*. London: Sage.
- Groddeck, G. (1966): *Psychoanalytische Schriften zur Psychosomatik*. Herausgegeben von G. Clauser. Wiesbaden: Limes.
- Gross, M.; Herrmann, Ch. (1999): Das Ulkusleiden – nur eine Infektionskrankheit? In: *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 45, S. 390–400.
- Habermas, J. (1983): Bemerkungen zu Alexander Mitscherlichs analytischer Sozialpsychologie. In: *Psyche* 37, S. 352–363.
- Habermas, J.; Henrich, D.; Taubes, J. (Hg.) (1971): *Jürgen Habermas/Niklas Luhmann. Theorie der Gesellschaft oder Sozialtechnologie? Was leistet die Systemforschung?* Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Häfner, St.; Otten, H.; Petzold, R. (2011): Praxis der Balintgruppenarbeit in Deutschland. Ergebnis einer Umfrage unter Balintgruppenleitern. In: *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 57, S. 233–243.
- Hagedorn, E. (1972): Zur Pathogenese psychosomatischer Colonerkrankungen. Beziehungen zwischen Pathophysiologie und Psychodynamik. In: *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 18, S. 131–144.
- Hagspiel, K. (1954/55): Das Besitzproblem im auslösenden Konflikt bei Magen- und Darmerkrankungen. In: *Zeitschrift für Psycho-somatische Medizin* 1, S. 21–28.

- Hahn, P. (1976): Die Bedeutung des „somatischen Entgegenkommens“ für die Symptombildung bei der phobischen Herzneurose. In: *Therapiewoche* 26, S. 963–966.
- Hahn, P. (1983a): Klinisch-biographische Ansätze. In: Peter Hahn (Hg.): *Kindlers Psychologie des 20. Jahrhunderts*. Band II: Psychosomatik. Weinheim: Beltz, S. 34–42.
- Hahn, P. (1983b): Konversion. In: Peter Hahn (Hg.): *Kindlers Psychologie des 20. Jahrhunderts*. Band II: Psychosomatik. Weinheim: Beltz, S. 116–126.
- Haland-Wirth, T.; Spangenberg, N.; Wirth, H.-J. (Hg.) (1998): *Unbequem und engagiert. Horst-Eberhard Richter zum 75. Geburtstag*. Unter Mitarbeit von Horst-Eberhard Richter. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Haller, Ch.; Kemmler, G.; Judmair, G.; Rathner, G.; Kinzl, H.; Richter, R.; Günther, V. (2003): Soziales Netzwerk und soziale Unterstützung bei Patienten mit chronisch entzündlicher Darmerkrankung. In: *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 49, S. 36–48.
- Hardt, J. (2007): Über die zukünftigen Chancen der Psychoanalyse – oder besser: des psychoanalytischen Projekts. In: A. Springer, K. Münch, D. Munz und W. Brüggel (Hg.): *Psychoanalyse heute?! Tagungsband der 57. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie 2006*. Gießen, Lahn: Psychosozial-Verlag, S. 249–271.
- Härter, M.; Sitta, P.; Keller, F.; Metzger, R.; Wiegand, W.; Schell, G. et al. (2004): Stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Depressionsbehandlung. In: *Nervenarzt* 75, S. 1083–1091.
- Hartkamp, N. (1986a): Zur Kritik an Max Schurs Konzept der Desomatisierung und Resomatisierung. In: S. Zepf (Hg.): *Tatort Körper – Spurensicherung. Eine Kritik der psychoanalytischen Psychosomatik*. Berlin: Springer, S. 27–44.
- Hartkamp, N. (1986b): Die psychosomatische Theorie von George L. Engel und Arthur H. Schmale. In: S. Zepf (Hg.): *Tatort Körper – Spurensicherung. Eine Kritik der psychoanalytischen Psychosomatik*. Berlin: Springer, S. 45–57.
- Hartmann, H. (1964): Bemerkungen zur psychoanalytischen Theorie des Ich [1950]. In: H. Hartmann (Hg.): *Zur psychoanalytischen Theorie des Ichs*. Stuttgart: Klett-Cotta, S. 12–35.
- Hartmann, H.-P. (2016): Psychoanalyse und Psychosomatik. In: K. Köhle, W. Herzog, P. Joraschky, J. Kruse, W. Langewitz und W. Söllner (Hg.): *Psychosomatische Medizin. Theoretische Modelle und klinische Praxis*. 8. Auflage. München: Urban & Fischer, S. 97–106.
- Hartmann, S. (1986): Das integrierte Menschenbild Thure v. Uexkülls: Metasemantik statt Metatheorie. In: S. Zepf (Hg.): *Tatort Körper – Spurensicherung. Eine Kritik der psychoanalytischen Psychosomatik*. Berlin: Springer, S. 104–128.
- Hasler, F. (2015): *Neuromythologie. Eine Streitschrift gegen die Deutungsmacht der Hirnforschung*. 5., unveränderte Auflage. Bielefeld: transcript.
- Hasse, R.; Krücken, G. (2009): Neo-institutionalistische Theorie. In: G. Kneer und M. Schroer (Hg.): *Handbuch soziologische Theorien*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 237–251.
- Hehl, F. J.; Hehl, R. (1975): *PSS 25 Persönlichkeitsskalen, System 25*. Weinheim: Beltz-Test.
- Heinroth, J. Ch. A. (1818): *Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens oder der Seelenstörungen und ihrer Behandlung. Vom rationalen Standpunkt aus entworfen*. Leipzig: Vogel.
- Henkelmann, Th. (Hg.) (1986): *Viktor von Weizsäcker (1886 – 1957). Materialien zu Leben und Werk*. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo: Springer.

- Henkelmann, Th. (1992): Zur Geschichte der Psychosomatik in Heidelberg. V.v. Weizsäcker und A. Mitscherlich als Klinikgründer. In: *Psychotherapie Psychosomatik medizinische Psychologie* 42, S. 175–186.
- Henningsen, P. (2006): Strukturmerkmale des Erklärungsrahmens: Wie passen „Neuro“ und „Psycho“ in der Neuro-Psychosomatik zusammen? In: P. Henningsen, H. Gündel und A. Ceballos-Baumann (Hg.): *Neuro-Psychosomatik. Grundlagen und Klinik neurologischer Psychosomatik*. Stuttgart: Schattauer, S. 31–52.
- Henningsen, P. (2016): Psychosomatische Medizin heute. Ein Überblick. In: *Dr. med Mabuse* 41, S. 24–26.
- Hermanns, L. M.; Schultz-Venrath, U. (1993): Ernst Simmel. Pionier einer psychoanalytischen Psychosomatik. In: E. Simmel: *Psychoanalyse und ihre Anwendungen. Ausgewählte Schriften*. Herausgegeben von L. M. Hermanns und U. Schultz-Venrath. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag, S. 9–18.
- Herrmann, C.; Buss, U.; Snaith, R. P. (1995): *Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version: HADS-D; Manual*. Bern: Huber.
- Herzog, W.; Beutel, M. E.; Kruse, J. (Hg.) (2012): *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie heute. Zur Lage des Fachgebietes in Deutschland*. Stuttgart: Schattauer.
- Horn, K.; Beier, Ch.; Wolf, M. (Hg.) (1983): *Krankheit, Konflikt und soziale Kontrolle. Eine empirische Untersuchung subjektiver Sinnstrukturen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Horney, K. (2014): *Der neurotische Mensch unserer Zeit. 2. Auflage der Neuausgabe*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Hoyer, T. (2008): *Im Getümmel der Welt. Alexander Mitscherlich – ein Porträt*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Illich, I. (1975): *Die Enteignung der Gesundheit*. Reinbek b. Hamburg: Rowohlt.
- Illich, I. (2007): *Die Nemesis der Medizin. Die Kritik der Medikalisierung des Lebens [1975]. 4. Auflage* München: Beck.
- Iversen, E.; Bonnevie, O.; Anthonisen, P.; Riis, P. (1968): An epidemiological model of ulcerative colitis. In: *Scand. J. Gastroenterology* 3, S. 593–621.
- Jacobi, R.-M. E. (Hg.) (2003): *Zur Aktualität Viktor von Weizsäckers*. Würzburg: Königshausen & Neumann.
- Jacoby, R. (1985): *Die Verdrängung der Psychoanalyse oder der Triumph des Konformismus*. Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag.
- Jäger, M.; Jäger, S. (2007): *Deutungskämpfe. Theorie und Praxis Kritischer Diskursanalyse*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Jäger, S. (2015): *Kritische Diskursanalyse. Eine Einführung*. Münster: UNRAST Verlag.
- Janssen, P. L. (2002): Stand der Diskussion zur Änderung der Weiterbildungsordnung zum Facharzt für psychotherapeutische Medizin. In: *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 48, S. 220–229.
- Janssen, P. L. (2017): *Als Psychoanalytiker in der Psychosomatischen Medizin. Eine persönliche berufspolitische Geschichte der Psychotherapie, Psychiatrie und Psychosomatik*. Gießen: Psychosozial-Verlag.

- Janssen, P. L.; Menzel, H. (2012): Zwanzig Jahre Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Deutschland. In: *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 58, S. 106–125.
- Janus, L. (1983): Spezifitätsmodelle. In: P. Hahn (Hg.): *Kindlers Psychologie des 20. Jahrhunderts*. Band II: Psychosomatik. Weinheim: Beltz, S. 127–148.
- Jörgens, H.; Dieckhöfer, K. (1972): Internistische und psychopathologische Aspekte zur Colitis ulcerosa (mit kasuistischen Beiträgen). In: *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 18, S. 305–323.
- Kächele, H.; Kordy, H. (1994): Empirische Forschung: ein Stiefkind der psychosomatischen Medizin? In: B. Strauß und A.-E. Meyer (Hg.): *Psychoanalytische Psychosomatik. Theorie, Forschung und Praxis*. Stuttgart, New York: Schattauer.
- Kandel, E. R.; Bischoff, M. (2012): *Psychiatrie, Psychoanalyse und die neue Biologie des Geistes*. 4. Auflage. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Kapfhammer, H.-P. (1985): *Psychoanalytische Psychosomatik. Neuere Ansätze der psychoanalytischen Entwicklungspsychologie und Objektbeziehungstheorie*. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo: Springer.
- Keller, R. (2011): Wissenssoziologische Diskursanalyse. In: R. Keller, A. Hirsland, W. Schneider und W. Viehöver (Hg.): *Handbuch sozialwissenschaftliche Diskursanalyse. Theorien und Methoden*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 125–158.
- Kipnowski, J.; Kipnowski, A. (1981): Psychosomatischer Beitrag zur Ätiopathogenese der Colitis ulcerosa. In: *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 27, S. 372–380.
- Klinger, L. (1986): Einführung in die Gestaltkreisexperimente. In: Th. Henkelmann (Hg.): *Viktor von Weizsäcker (1886 – 1957). Materialien zu Leben und Werk*. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo: Springer, S. 178–189.
- Klinik Mengerschwaige (2019): *Klinik Mengerschwaige – Geschichte*. Online verfügbar unter <https://www.klinik-mengerschwaige.de/home/geschichte> (zuletzt geprüft am 01.04.2019).
- Koch, U.; Potreck-Rose, F. (1994): Stationäre psychosomatische Rehabilitation. Ein Versorgungssystem in der Diskussion. In: B. Strauß und A.-E. Meyer (Hg.): *Psychoanalytische Psychosomatik. Theorie, Forschung und Praxis*. Stuttgart, New York: Schattauer, S. 193–212.
- Köhle, K.; Herzog, W.; Joraschky, P.; Kruse, J.; Langewitz, W.; Söllner, W. (Hg.) (2016): *Psychosomatische Medizin. Theoretische Modelle und klinische Praxis*. 8. Auflage. München: Urban & Fischer.
- Köhler, Th. (1994): Freuds Theorie der Migräneentstehung. In: A.-E. Meyer und U. Lamparter (Hg.): *Pioniere der Psychosomatik. Beiträge zur Entwicklungsgeschichte ganzheitlicher Medizin*. Heidelberg: Asanger, S. 43–48.
- Kollbrunner, J. G. (2010): *Die Reanimation der Psychosomatik. Kritische Bestandsaufnahme und Zukunftsperspektiven*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- König, R. (09.11.1956): König an Mitscherlich. Alexander Mitscherlich Archiv Frankfurt I, 2005.29. Brief.
- Krovoza, A.; Schneider, Ch. (1989): Analytische Sozialpsychologie als Politische Psychologie. Positionen und methodische Probleme. In: *Psychoanalytisches Seminar Zürich* (Hg.): *Die Gesellschaft auf der Couch. Psychoanalyse als sozial-wissenschaftliche Methode*. Frankfurt am Main: athenäum, S. 107–142.

- Kruse, J.; Gieler, U.; Leichsenring, F.; Leweke, F.; Wirth, H.-J. (Hg.) (2012): Psychosomatik im Wandel der Zeiten. 50 Jahre Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie Gießen. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Kugelstadt, A. (2010): Psychosomatik im Spiegel deutscher Zeitungsartikel. Eine systematische Medienanalyse. Duisburg: WiKu.
- Kühl, Stefan (2011): Organisationen. Eine sehr kurze Einführung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Künzler, E. (1986): Körper – Psyche – Individuum. Anthropologische Entwürfe in der Psychosomatischen Medizin. In: *Fragmente 19. Schriftenreihe zur Psychoanalyse. Schwerpunkt: Krankheit, Geschichte, Krankengeschichte - zur Aktualität Alexander Mitscherlichs*, S. 137–166.
- Kütemeyer, M. (2003): Ärztlicher Umgang mit Schmerzen und Schmerzkranken. Schmerz im Rahmen einer subjektiven Neurologie. In: R.-M. E. Jacobi (Hg.): *Zur Aktualität Viktor von Weizsäckers*. Würzburg: Königshausen & Neumann, S. 55–74.
- Kutter, P. (1986): Mitscherlichs Beiträge zur psychosomatischen Medizin. In: *Fragmente 19. Schriftenreihe zur Psychoanalyse. Schwerpunkt: Krankheit, Geschichte, Krankengeschichte - zur Aktualität Alexander Mitscherlichs*, S. 167–183.
- Lamparter, U. (1994): Phänomene der Zeitgeschichte in der praktischen psychoanalytischen Psychosomatik. In: B. Strauß und A.-E. Meyer (Hg.): *Psychoanalytische Psychosomatik. Theorie, Forschung und Praxis*. Stuttgart, New York: Schattauer, S. 56–64.
- Lamparter, U.; Götze, P.; Meffert H.J. (1990): Psychodynamic Prediction of Postoperative Mental Vulnerability. In: AE. Willner und Rodewald G. (Hg.): *Impact of Cardiac Surgery on the Quality of Life*. New York, London: Plenum Press.
- Lamprecht, F. (1999): Allgemeine Psychosomatik und Modellvorstellungen. In: W. Machleidt, M. Bauer, F. Lamprecht, H. K. Rose und Ch. Rohde-Dachser (Hg.): *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie*. 6., komplett neu bearb. und erw. Auflage. Stuttgart: Thieme Verlag, S. 121–129.
- Lamprecht, F.; Schmid-Ott, G.; Künsebeck, H.-W. (Hg.) (2000): Neue Betätigungsfelder der Psychosomatik und Psychotherapie. Jahrestagung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin. Frankfurt am Main: VAS.
- Larese, D. (1978): Alexander Mitscherlich. Eine Lebensskizze [1969]. In: S. Drews (Hg.): *Provokation und Toleranz. Festschrift für Alexander Mitscherlich zum siebzigsten Geburtstag*. Frankfurt am Main: Brandes & Apsel, S. 1–5.
- Laufenberg, M. (2016): Die Macht der Medizin. In: O. Friedrich, D. Aurenque, G. Assadi und S. Schleidgen (Hg.): *Nietzsche, Foucault und die Medizin. Philosophische Impulse für die Medizinethik*. Bielefeld: transcript, S. 109–130.
- Lehmacher, A. T. K. (2013): Trauma-Konzepte im historischen Wandel: Ein Beitrag zur Rezeptionsgeschichte der Posttraumatic-Stress Disorder in Deutschland (1980–1991). Dissertation. Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität, Bonn. Medizinische Fakultät. Online verfügbar unter <http://hss.ulb.uni-bonn.de/2013/3103/3103.pdf> (zuletzt geprüft am 01.04.2019)
- Leibig, Th.; Wilke, E.; Feiereis, H. (1985): Zur Persönlichkeitsstruktur von Patienten mit Colitis ulcerosa und Morbus Crohn. Eine testpsychologische Untersuchung während der Krankheitsremission. In: *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 31, S. 380–392.

- Leibing, E.; Kraul, A.; Bergter, W.; Rüger, U. (1998): Das „Irritable-Bowel-Syndrome“ (Colon irritabile). In: *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 44, S. 163–197.
- Leuzinger-Bohleber, M.; Böker, H.; Fischmann, T.; Northoff, G.; Solms, M. (Hg.) (2015): *Psychoanalyse und Neurowissenschaften. Chancen – Grenzen – Kontroversen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Lieberz, K. (1991): Colitis ulcerosa. Ein Beitrag zur Verursachungsdiskussion. In: *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 37, S. 343–349.
- Link, Ch. (2003): Die Einführung des Subjekts. Ein methodischer Umbruch in Medizin und Theologie. In: R.-M. E. Jacobi (Hg.): *Zur Aktualität Viktor von Weizsäckers*. Würzburg: Königshausen & Neumann, S. 227–245.
- Lockot, R. (1994): *Die Reinigung der Psychoanalyse. Die Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft im Spiegel von Dokumenten und Zeitzeugen (1933 - 1951)*. Tübingen: Ed. Diskord.
- Lockot, R. (2002): *Erinnern und Durcharbeiten. Zur Geschichte der Psychoanalyse und Psychotherapie im Nationalsozialismus*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Lohmann, H.-M. (1987): *Alexander Mitscherlich*. Reinbek b. Hamburg: Rowohlt.
- Lorenzer, A. (1970): *Sprachzerstörung und Rekonstruktion. Vorarbeiten zu einer Metatheorie der Psychoanalyse*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Lorenzer, A. (1971): Symbol, Interaktion und Praxis. In: K. Brede, H. Dahmer, K. Horn, A. Lorenzer und E. Schwanenberg (Hg.): *Psychoanalyse als Sozialwissenschaft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag, S. 9–59.
- Lorenzer, A. (1972): *Zur Begründung einer materialistischen Sozialisationstheorie*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Lorenzer, A. (1981): *Das Konzil der Buchhalter. Die Zerstörung der Sinnlichkeit. Eine Religionskritik*. Frankfurt am Main: Europäische Verlagsanstalt.
- Lorenzer, A. (1986): Geleitwort. In: S. Zepf (Hg.): *Tatort Körper – Spurensicherung. Eine Kritik der psychoanalytischen Psychosomatik*. Berlin: Springer, S. V–X.
- Lorenzer, A. (Hg.) (2002): *Die Sprache, der Sinn, das Unbewußte. Psychoanalytisches Grundverständnis und Neurowissenschaften*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Luhmann, N. (2009): *Soziologische Aufklärung 4. Beiträge zur funktionalen Differenzierung der Gesellschaft*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Machleidt, W.; Bauer, M.; Lamprecht, F.; Rose, H. K.; Rohde-Dachser, Ch. (Hg.) (1999): *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie*. 6., komplett neu bearb. und erw. Auflage. Stuttgart: Thieme Verlag.
- Malan, D. H. (1972): *Psychoanalytische Kurzzeittherapie. Eine kritische Untersuchung*. Reinbek b. Hamburg: Rowohlt.
- Martens, U.; Czerwenka, S.; Schrauth, M.; Kowalski, A.; Enck, P.; Hartmann, M. et al. (2010): Körperbild und psychische Komorbidität bei Patienten mit somatoformen autonomen Funktionsstörungen des oberen und unteren Gastrointestinaltrakts. In: *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 56, S. 47–54.
- Marty, P.; Fain, M.; M'Uzan, M. de; David, C. (1979): Der Fall Dora und der psychosomatische Gesichtspunkt [1968]. In: *Psyche* 33, S. 888–925.
- Marty, P.; M'Uzan, M. de; David, C. (1963): *L'Investigation psychosomatique*. Paris: Presses universitaires de France.

- Martynkewicz, W. (1997): Georg Groddeck. Eine Biographie. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Mayntz, R. (1988a): Differenzierung und Verselbständigung. Zur Entwicklung gesellschaftlicher Teilsysteme. Frankfurt am Main: Campus Verlag.
- Mayntz, R. (1988b): Funktionelle Teilsysteme in der Theorie sozialer Differenzierung. In: R. Mayntz, B. Rosewitz, U. Schimank und R. Stichweh (Hg.): Differenzierung und Verselbständigung. Zur Entwicklung gesellschaftlicher Teilsysteme. Frankfurt am Main, New York: Campus Verlag, S. 11–44.
- Mendeloff, A. J.; Monk, M.; Siegel, C. J.; Lilienfeld, A. (1966): Some epidemiological features of ulcerative colitis and regional enteritis. In: *Gastroenterology* 51, S. 748–756.
- Mentzos, S. (1991): Einleitung. In: J. Breuer und Sigmund Freud: Studien über Hysterie [1895]. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag, S. 7–20.
- Mentzos, S. (2015): Lehrbuch der Psychodynamik. Die Funktion der Dysfunktionalität psychischer Störungen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Meyer, A.-E.; Lamparter, U. (Hg.) (1994): Pioniere der Psychosomatik. Beiträge zur Entwicklungsgeschichte ganzheitlicher Medizin. Arbeitstagung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin. Heidelberg: Asanger.
- Meyer, A.-E.; Strauß, B. (1994): Vorwort. In: B. Strauß und A.-E. Meyer (Hg.): Psychoanalytische Psychosomatik. Theorie, Forschung und Praxis. Stuttgart, New York: Schattauer, S. V–VII.
- Meyer, J.; Rowan, B. (1977): Institutionalized Organizations. Formal Structures as Myth and Ceremony. In: *American Journal of Sociology* 83, S. 340–363.
- Mitscherlich, A. (1946; 1977): Freiheit und Unfreiheit in der Krankheit. Das Bild des Menschen in der Psychotherapie. In: A. Mitscherlich (1983): Gesammelte Schriften, X Bände, hier Band II. Hg. v. H. Wiegandt und K. Menne. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag (im Folgenden GS), S. 7–135.
- Mitscherlich, A. (1947a): Vom Ursprung der Sucht. Eine pathogenetische Untersuchung des Vieltrinkens. GS I, S. 137–404.
- Mitscherlich, A.; Mielke, F. (1947b): Vorwort zu Das Diktat der Menschenverachtung. Eine Dokumentation. GS VI, S. 151-154.
- Mitscherlich, A. (1949): Über die Reichweite psychosomatischen Denkens in der Medizin. GS II, S. 32–51.
- Mitscherlich, A. (1951; 1966): Über etablierte Unfreiheiten im Denken der unbewußten Freiheit. Die wechselseitige Beeinflussung des Freiheits- und Krankheitsbegriffs in einer anthropologischen Heilkunde. GS II, 9–31.
- Mitscherlich, A. (19.12.1952): Mitscherlich an Becker. Alexander Mitscherlich Archiv Frankfurt III. Brief.
- Mitscherlich, A. (1954): Zur psychoanalytischen Auffassung psychosomatischer Krankheitsentstehung. In: *Psyche* 7, S. 561–578.
- Mitscherlich, A. (1954): Leib und Seele. GS VII, S. 220–242.
- Mitscherlich, A. (07.11.1956): Mitscherlich an König. Alexander Mitscherlich Archiv Frankfurt I, 3005.25. Brief.
- Mitscherlich, A. (1961/62): Anmerkungen über die Chronifizierung psychosomatischen Geschehens. In: *Psyche* 15, 1-25.

- Mitscherlich, A. (1966a): Krankheit als Konflikt. Studien zur psychosomatischen Medizin I. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Mitscherlich, A. (1966b): Die Krankheit der Medizin. Zur Soziologie des ärztlichen Berufes. GS I, S. 461–474.
- Mitscherlich, A. (1967a): Krankheit als Konflikt. Studien zur psychosomatischen Medizin II. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Mitscherlich, A. (1967b): Der psychologische Zugang zur Krankheit. GS II, S. 76–91.
- Mitscherlich, A. (1967c): Ein psychosomatisches Modell. Schritte der Forschung. GS II, S. 129–141.
- Mitscherlich, A. (1967d): Bedingungen der Chronifizierung psychosomatischer Krankheiten. Die zweiphasige Abwehr. GS II, S. 142–153.
- Mitscherlich, A. (1967e): Psychoanalytische Anmerkungen zur psychosomatischen Krankheitsentstehung. GS II, S. 154–175.
- Mitscherlich, A. (1967f): Anmerkungen zum Ulcusleiden und zum Begriff der Übertragung. GS II, S. 176–190.
- Mitscherlich, A. (1967g): Zusätzliche Gedanken über die Chronifizierung psychosomatischer Krankheiten. GS II, S. 191–219.
- Mitscherlich, A. (1967h): Über die Behandlung psychosomatischer Krankheiten. GS II, S. 255–277.
- Mitscherlich, A. (1967i): Soziologische und psychoanalytische Forschung als natürliche Verbündete. GS II, S. 445–460.
- Mitscherlich, A. (1970): Anpassungsgefährdungen und heutige gesellschaftliche Lebensbedingungen - Erkenntnisse psychosomatischer Medizin. GS II, S. 589–599.
- Mitscherlich, A. (27.02.1974): Mitscherlich an Brocher. Alexander Mitscherlich Archiv Frankfurt I, 699.97. Brief.
- Mitscherlich, A. (1978): Der Patient - nur ein Werkstück? GS VII, S. 506–511.
- Mitscherlich, A. (1980): Ein Leben für die Psychoanalyse. Anmerkungen zu meiner Zeit. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Mitscherlich, A.; Richards, A.; Strachey, J. (1989a): Editorische Vorbemerkung zu Über die Berechtigung, von der Neurathenie einen bestimmten Symptomenkomplex als „Angstneurose“ abzutrennen. In: Sigmund Freud: Studienausgabe, VI. 5., korrigierte Auflage. Hg. v. Alexander Mitscherlich, Angela Richards und James Strachey. Unter Mitarbeit von Ilse Grubrich-Simitris. Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag, S. 26.
- Mitscherlich, A.; Richards, A.; Strachey, J. (1989b): Editorische Vorbemerkung zu Hemmung, Symptom und Angst. In: Sigmund Freud: Studienausgabe, VI. 5., korrigierte Auflage. Hg. v. Alexander Mitscherlich, Angela Richards und James Strachey. Unter Mitarbeit von Ilse Grubrich-Simitris. Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag, S. 229–232.
- Möhle, S. (2010): Die erste Generation der deutschen Psychosomatik. Frühe psychoanalytische Ansätze und Entwicklungen. Hamburg: Kovač.
- Möhlen, K.; Brähler, E. (1984): Beschwerdebild und Selbstkonzept von Patienten mit Ulcus duodeni vor und 4 Jahre nach einer Operation. In: *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 30, S. 150–163.
- Monk, M.; Mendeloff, A. J.; Siegel, C. J.; Lilienfeld, A. (1967): An epidemiological study of ulcerative colitis and regional enteritis among adults in Baltimore. In: *Gastroenterology* 53, S. 198–210.

- Moritz, C. Ph. (1986): *Gnothi sauton* oder Magazin zur Erfahrungsseelenkunde (1783-1793). Bd. 9/1792. 10 Bände. Nördlingen.
- Moser, G. (2006): Psychosomatik der Darmerkrankungen. In: *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 52, S. 112–126.
- Nemiah, J. C.; Sifneos, P. E. (1970): Affect and Fantasy in Patients with psychosomatic Disorders. In: O. W. Hill (Hg.): *Modern Trends in Psychosomatic Medicine*, II. London: Butterworths, S. 26–34.
- Ongaro Basaglia, F. (1985): *Gesundheit, Krankheit. Das Elend der Medizin*. Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag.
- Overbeck, G.; Overbeck, A. (Hg.) (1994): *Seelischer Konflikt – körperliches Leiden. Reader zur psychoanalytischen Psychosomatik*. 6. Auflage. Eschborn bei Frankfurt am Main: Klotz.
- Overbeck, Annegret; Overbeck, Gerd (1994a): Vorwort. In: G. Overbeck und A. Overbeck 1994, S. 9–14.
- Overbeck, A.; Overbeck, G. (1994b): Nachwort. In: G. Overbeck und A. Overbeck 1994, S. 335–348.
- Overbeck, G.; Biebl, W. (1975): Psychosomatische Modellvorstellungen zur Pathogenese der Ulkuserkrankung. In: *Psyche* 6, S. 542–567.
- Parin, P. (1975): Gesellschaftskritik im Deutungsprozess. In: *Psyche* 29, S. 97–117.
- Parin, P. (1990): Die Beschädigung der Psychoanalyse in der angelsächsischen Emigration und ihre Rückkehr nach Europa. In: *Psyche* 44, S. 191–201.
- Parin, P.; Parin-Matthèy, G. (1986): *Medicozentrismus [1983]*. In: P. Parin: *Subjekt im Widerspruch. Aufsätze 1978-1985*. Herausgegeben von P. Parin und G. Parin-Matthèy. Frankfurt am Main: Syndikat, S. 61–80.
- Parsons, T. (1951): *The Social System*. London: Routledge.
- Parsons, T. (1964): *Beiträge zur soziologischen Theorie*. Neuwied: Luchterhand.
- Peglau, A. (2013): *Unpolitische Wissenschaft? Wilhelm Reich und die Psychoanalyse im Nationalsozialismus*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Peter, J. (1998): *Der Nürnberger Ärzteprozeß im Spiegel seiner Aufarbeitung anhand der drei Dokumentensammlungen von Alexander Mitscherlich und Fred Mielke*. Münster: LIT-Verlag.
- Petermann, F.; Schüßler, G. (2010): Zum Status der Psychotherapieforschung im deutschen Sprachraum. Eine bibliometrische Analyse dreier deutschsprachiger Zeitschriften. In: *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 56, S. 297–313.
- Peters, U. H. (Hg.) (1984): *Wörterbuch der Psychiatrie und medizinischen Psychologie*. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg.
- Pieper, R. (2000): Institution. In: G. Reinhold (Hg.): *Soziologie-Lexikon*. München: Oldenbourg, S. 295–298.
- Pieringer, W.; Meran, J. G.; Stix, P.; Fazekas, Ch. (2002): Psychosomatische Medizin. Historische Modelle und aktuelle Theorien. In: *Wiener Medizinische Wochenschrift* 152, S. 488–494.
- Plab, K. (2016): *Psychoanalytische Psychosomatik. Eine moderne Konzeption in Theorie und Praxis*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Pleßner, H. (1965): *Die Stufen des Organischen und der Mensch. Einleitung in die philosophische Anthropologie*. Berlin.

- Pohl, R. (2000): Ernst Simmel. In: M. Buckmiller, D. Heimann und J. Perels (Hg.): Judentum und politische Existenz. Siebzehn Porträts deutsch-jüdischer Intellektueller. Hannover: Offizin, S. 231–268.
- Pohl, R. (2009): Der antisemitische Wahn. Aktuelle Ansätze zur Psychoanalyse einer sozialen Pathologie. Online verfügbar unter <http://www.agpolpsy.de/wp-content/uploads/2009/05/rolf-pohl-der-antisemitische-wahn.pdf> (zuletzt geprüft 01.04.2019).
- Pohl, R. (2011): Der wissenschaftliche und kulturelle Hintergrund der Psychoanalyse. Vorlesung gehalten an der Leibniz Universität Hannover 2011. Nicht veröffentlichtes Manuskript.
- Pohl, R. (2012): Was macht der Krieg aus Soldaten? Über Auslandseinsätze und Posttraumatische Belastungsstörungen. Vortrag in der Vortragsreihe *Warum Gewalt? Krieg, Amok, Nationalismus*. VHS Hannover, 23.11.2012. Nicht veröffentlichtes Manuskript.
- Probst, B.; Wietersheim, J. v.; Wilke, E.; Feiereis, H. (1990): Soziale Integration von Morbus-Crohn- und Colitis-ulcerosa-Patienten. Studie zur Wechselwirkung somatischer, psychischer und sozialer Faktoren. In: *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 36, S. 258–275.
- Quindeau, I. (2004): Spur und Umschrift. Die konstitutive Bedeutung von Erinnerung in der Psychoanalyse. München: Wilhelm Fink Verlag.
- Quindeau, I. (2008): Psychoanalyse. Paderborn: Wilhelm Fink Verlag.
- Rad, M. v. (1983): Weiterentwicklung psychoanalytischer Modelle (M. Schur; G- L. Engel und A. H. Schmale). In: P. Hahn (Hg.): *Kindlers Psychologie des 20. Jahrhunderts*. Band II: Psychosomatik, S. 149–155.
- Rehder, H. (1955/56): Zur Psychosomatik der Ulkuskrankheit. Bemerkungen zu dem Aufsatz von H. Glatzel. In: *Zeitschrift für Psycho-somatische Medizin* 2, S. 54–55.
- Reich, W. (1927): Die Funktion des Orgasmus (nicht identisch mit Reich 1942 bzw. 1987). Zur Psychopathologie und zur Soziologie des Geschlechtslebens. Leipzig, Wien, Zürich: Internationaler Psychoanalytischer Verlag.
- Reich, W. (1929): *Sexualerregung und Sexualbefriedigung*. Wien: Münster-Verlag.
- Reich, W. (1933): *Massenpsychologie des Faschismus. Zur Sexualökonomie der politischen Reaktion und zur proletarischen Sexualpolitik*. Kopenhagen, Prag, Zürich: Verlag für Sexualpolitik.
- Reich, W. (1934): *Dialektischer Materialismus und Psychoanalyse*. Kopenhagen: Verlag für Sexualpolitik.
- Reich, W. (1936): *Die Sexualität im Kulturkampf. Zur sozialistischen Umstrukturierung des Menschen*. Kopenhagen: Verlag für Sexualpolitik.
- Reich, W. (1942): *Die Entdeckung des Orgons. Die Funktion des Orgasmus. Sexualökonomische Grundprobleme der biologischen Energie*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Reich, W. (1945): *Charakteranalyse*. Köln, Berlin: Kiepenheuer & Witsch.
- Reindell, A.; Ferner, H.; Gmelin, K. (1981): Zur psychosomatischen Differenzierung zwischen Colitis ulcerosa und Ileitis terminalis (M Crohn). In: *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 27, S. 358–371.
- Reuster, Th. (1990): *Victor von Weizsäckers Rezeption der Psychoanalyse*. Stuttgart, Bad Cannstatt: Frommann-Holzboog.
- Richter, H.-E. (1990): Der schwierige Weg einer kritischen Psychosomatik. In: *Psychotherapie Psychosomatik medizinische Psychologie* 40, S. 318–323.

- Richter, H.-E. (1991): Vorwort. In: H.-E. Richter und M. Wirsching (Hg.): Neues Denken in der Psychosomatik. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag, S. 13–17.
- Roelcke, V. (1999): Krankheit und Kulturkritik. Psychiatrische Gesellschaftsdeutungen im bürgerlichen Zeitalter (1790 – 1914). Frankfurt am Main: Campus Verlag.
- Rösch, W. (1986): Reizmagen – Reizdarm. Plädoyer für eine differenzierte Therapie. In: *Medizinische Klinik* 81, S. 316–319.
- Rosenthal, G. (2011): Interpretative Sozialforschung. Eine Einführung. Weinheim, München: Juventa.
- Sammet, K. (2000): „Ueber Irrenanstalten und deren Weiterentwicklung in Deutschland“. Wilhelm Griesinger im Streit mit der konservativen Anstaltspsychiatrie 1865-1868. Münster, Hamburg, London: LIT-Verlag.
- Schaefer, H.; Blohmke, M. (1978): Sozialmedizin. Einführung in die Ergebnisse und Probleme der Medizin-Soziologie und Sozialmedizin. Mit Schlüssel zum Gegenstandskatalog. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Thieme Verlag.
- Schauenburg, H.; Hildenbrand, G.; Koch, U.; Mattke, D.; Neun, H.; Rüdell, H. (Hg.) (2007): Klinikführer. Stationäre psychosomatisch-psychotherapeutische Einrichtungen. Stuttgart: Schattauer.
- Schellack, D. (1954/55): Neurosenpsychologische Faktoren in der Ätiologie und Pathogenese der afebrilen Colitis ulcerosa chronica. In: *Zeitschrift für Psycho-somatische Medizin* 1, S. 28–38.
- Schellack, D. (1958/59a): Grundsätzliches zur Psychosomatik von Darmkrankheiten, insbesondere des spastischen Colon (Teil I). In: *Zeitschrift für Psycho-somatische Medizin* 5, S. 28–36.
- Schellack, D. (1958/59b): Grundsätzliches zur Psychosomatik von Darmkrankheiten, insbesondere des spastischen Colon (Teil II). In: *Zeitschrift für Psycho-somatische Medizin* 5, S. 102–110.
- Schellack, D. (1960): Grundsätzliches zur Psychosomatik von Darmkrankheiten, insbesondere des spastischen Colon (Teil III). In: *Zeitschrift für Psycho-somatische Medizin* 6, S. 100–109.
- Schindler, W. (2003): Anthropologische Medizin – heute? Anmerkungen zur unzeitgemäßen Aktualität Viktor von Weizsäckers. In: R.-M. E. Jacobi (Hg.): Zur Aktualität Viktor von Weizsäckers. Würzburg: Königshausen & Neumann, S. 19–39.
- Schneider, Ch. (1993): Jenseits der Schuld? Die Unfähigkeit zu trauern in der zweiten Generation. In: *Psyche* 47, S. 754–774.
- Schneider, W. (2013): Medikalisierung sozialer Prozesse. In: *Psychotherapeut* 58, S. 219–236. DOI: 10.1007/s00278-013-0977-5.
- Schrenk, M. (2003): Zur Einführung des Subjektes in die Medizin. In: R.-M. E. Jacobi (Hg.): Zur Aktualität Viktor von Weizsäckers. Würzburg: Königshausen & Neumann, S. 301–312.
- Schröter, M. (2013): Briefe. In: H.-M. Lohmann und J. Pfeiffer (Hg.): Freud-Handbuch. Leben – Werk – Wirkung. Sonderausgabe. Stuttgart, Weimar: Verlag J.B. Metzler, S. 220–231.
- Schultz-Venrath, U.; Hermanns, L. M. (1991): Gleichschaltung zur Ganzheit. Gab es eine Psychosomatik im Nationalsozialismus? In: H.-E. Richter und M. Wirsching (Hg.): Neues Denken in der Psychosomatik. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag, S. 83–103.
- Schulz, L. (1969): Über einen Fall von Colitis ulcerosa. In: *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 15, S. 181–199.
- Schur, M. (1974) [1955a]: Zur Metapsychologie der Somatisierung. In: K. Brede (Hg.): Einführung in die psychosomatische Medizin. Klinische und theoretische Beiträge. Frankfurt am Main: Syndikat, S. 335–395.

- Schur, M. (1955b): Comments on the Metapsychology of Somatization. In: *The Psychoanalytic Study of the Child* 10, S. 119–164. DOI: 10.1080/00797308.1955.11822553.
- Schwidder, W. (1954/55): Psychische Faktoren bei Magen- und Darmerkrankungen. In: *Zeitschrift für Psycho-somatische Medizin* 1, S. 4–10.
- Scott, W. R. (2001): *Institutions and Organizations*. 2., erweiterte und überarbeitete Auflage. London: Thousand Oaks.
- Selye, H. (1977): *Stress. Lebensregeln vom Entdecker des Stress-Syndroms*. Reinbek bei Hamburg:rororo.
- Sharaf, M. (1994): *Wilhelm Reich. Der heilige Zorn des Lebendigen. Die Biographie*. Berlin: Simon + Leutner Verlag.
- Siegrist, J. (2001): Hat die psychosomatische Forschung ihre soziale Dimension verloren? In: H.-Ch. Deter (Hg.): *Psychosomatik am Beginn des 21. Jahrhunderts. Chancen einer biopsychosozialen Medizin*. Bern: Huber, S. 479–484.
- Sifneos, P. E. (1973): The Prevalence of „Alexithymic“ Characteristics in Psychosomatic Patients. In: *Psychotherapy and Psychosomatics* 22, S. 255–262.
- Sigusch, Vo. (2013): *Sexualitäten. Eine kritische Theorie in 99 Fragmenten*. Frankfurt am Main: Campus Verlag.
- Simmel, E. (1927): Eröffnung einer psychoanalytischen Klinik in Berlin. In: *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse* 13, S. 245–246.
- Simmel, E. (1919): Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen. In: *Simmel 1993*, S. 21–35.
- Simmel, E. (1924): Die psycho-physische Bedeutsamkeit des Intestinalorgans für die Urverdrängung. In: *Simmel 1993*, S. 45–49.
- Simmel, E. (1928): Die psychoanalytische Behandlung in der Klinik. In: *Simmel 1993*, S. 82–100.
- Simmel, E. (1930): Zur Geschichte und sozialen Bedeutung des Berliner Psychoanalytischen Instituts. In: *Simmel 1993*, S. 132–138.
- Simmel, E. (1931): Über die Psychogenese von Organstörungen und ihr psychoanalytische Behandlung. In: *Simmel 1993*, S. 139–150.
- Simmel, E. (1932): Nationalsozialismus und Volksgesundheit. In: *Simmel 1993*, S. 151–162.
- Simmel, E. (1937): Das psychoanalytische Sanatorium und die psychoanalytische Bewegung. In: *Simmel 1993*, S. 165–175.
- Simmel, E. (1944a): Kriegsneurosen. In: *Simmel 1993*, S. 204–226.
- Simmel, E. (1944b): Selbsterhaltung und Todestrieb. In: *Simmel 1993*, S. 227–247.
- Simmel, E. (1993): *Psychoanalyse und ihre Anwendungen. Ausgewählte Schriften*. Herausgegeben von L. M. Hermanns und U. Schultz-Venrath. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Simon, F. B. (2007): *Einführung in die systemische Organisationstheorie*. Heidelberg: Auer.
- Simonelli, Th. (2015a): Vorwort. In: Th. Simonelli und S. Zepf (Hg.): *Verstehen und Begreifen in der Psychoanalyse. Erkundungen zu Alfred Lorenzer*. Gießen: Psychosozial-Verlag, S. 7–22.
- Simonelli, Th. (2015b): Sprache, Subjekt und Gesellschaft bei Lacan und Lorenzer. In: Th. Simonelli und S. Zepf (Hg.): *Verstehen und Begreifen in der Psychoanalyse. Erkundungen zu Alfred Lorenzer*. Gießen: Psychosozial-Verlag, S. 87–114.

- Solms, M.; Turnbull, O.; Sacks, O. W. (2007): Das Gehirn und die innere Welt. Neurowissenschaft und Psychoanalyse. Düsseldorf: Patmos.
- Speidel, H. (1994): Psychosomatik – Stiefkind der Psychoanalyse? In: B. Strauß und A.-E. Meyer (Hg.): Psychoanalytische Psychosomatik. Theorie, Forschung und Praxis. Stuttgart, New York: Schattauer, S. 3–12.
- Sperling, M. (1958/59): Psychiatrische Aspekte der ulcerativen Colitis. In: *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin* 5, S. 171–178.
- Sperling, M. (1963): Psychoanalytische Studie über einen Fall von chronischer Colitis ulcerosa. In: *Zeitschrift für Psycho-somatische Medizin* 9, S. 5–15.
- Springer, A.; Münch, K.; Munz, D.; Brüggem, W. (Hg.) (2007): Psychoanalyse heute?! Tagungsband der 57. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie 2006. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Staar, B. (2016): Ernst Simmel. Ein Pionier der Sozialmedizin. Bad Rappenau: Verlag für Tiefenpsychologie und Anthropologie.
- Statistisches Bundesamt (2018a): Staat & Gesellschaft – Krankenhäuser – Krankenhäuser nach Fachabteilungen. Online verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/KrankenhaeuserFA.html> (zuletzt geprüft am 01.04.2019).
- Statistisches Bundesamt (2018b): Betten in Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Online verfügbar unter http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=3&p_aid=93539601&nummer=115&p_sprache=D&p_indsp=5077&p_aid=18590266 (zuletzt geprüft am 01.04.2019).
- Stauber, M. (1985): Vorwort zur vierten Auflage. In: F. Alexander: Psychosomatische Medizin [1950]. Grundlagen und Anwendungsgebiete. 4. unveränderte Auflage. Berlin, New York: De Gruyter, S. V–VI.
- Stephanos, S. (1973): Analytisch-psychosomatische Therapie. Bern: Huber.
- Stephanos, S. (1979): Das Konzept des „pensee operateire“ und das „psychosomatische Phänomen“. In: Th. v. Uexküll (Hg.): Lehrbuch der psychosomatischen Medizin. 4. Auflage. München: Urban & Schwarzenberg, S. 217–241.
- Stephanos, S.; Auhagen, U. (1983): Objektpsychologisches Modell auf der Basis der französischen psychoanalytisch-psychosomatischen Konzepte. In: P. Hahn (Hg.): Kindlers Psychologie des 20. Jahrhunderts. Band II: Psychosomatik. Weinheim: Beltz.
- Stichweh, R. (1988): Differenzierung des Wissenschaftssystems. In: R. Mayntz, B. Rosewitz, U. Schimank und R. Stichweh (Hg.): Differenzierung und Verselbständigung. Zur Entwicklung gesellschaftlicher Teilsysteme. Frankfurt am Main, New York: Campus Verlag, S. 45–115.
- Stöckel, S. (2009): Verwissenschaftlichung der Gesellschaft – Vergesellschaftung der Wissenschaft. In: S. Stöckel, W. Lisner, G. Rüge (Hg.): Das Medium Wissenschaftszeitschrift seit dem 19. Jahrhundert. Verwissenschaftlichung der Gesellschaft – Vergesellschaftung von Wissenschaft. Stuttgart: Franz Steiner Verlag, S. 9–23.
- Stoffels, H. (2003): Situationskreis und Situationstherapie. Überlegungen zu einem integrativen Konzept von Psychotherapie. In: R.-M. E. Jacobi (Hg.): Zur Aktualität Viktor von Weizsäckers. Würzburg: Königshausen & Neumann, S. 89–102.
- Storck, T. (2016): Psychoanalyse und Psychosomatik. Die leiblichen Grundlagen der Psychodynamik. Stuttgart: Kohlhammer.

- Studt, H. H.; Arnds, H.-G. (1983): Probleme der psychosomatischen Diagnostik. In: P. Hahn (Hg.): Kindlers Psychologie des 20. Jahrhunderts. Band II: Psychosomatik. Weinheim: Beltz, S. 303–317.
- Tavakoli, H. R. (2009): A closer evaluation of current methods in psychiatric assessments. A challenge for the biopsychosocial model. In: *Psychiatry* 6 (2), S. 25–30.
- Techniker Krankenkasse (2011): Gesundheitsreport 2011 – Gesundheitliche Veränderungen bei jungen Erwerbspersonen und Studierenden. Online unter: <https://www.tk.de/resource/blob/2034314/6b82bfb5c474032a37979d751121797c/gesundheitsreport-2011-data.pdf> (zuletzt geprüft 01.04.2019).
- Techniker Krankenkasse (2018a): Gesundheitsreport 2018 – Arbeitsunfähigkeiten. Online unter: <https://www.tk.de/resource/blob/2034000/60cd049c105d066650f9867da5b4d7c1/gesundheitsreport-au-2018-data.pdf> (zuletzt geprüft 01.04.2019).
- Techniker Krankenkasse (2018b): Gesundheitsreport 2018 – Arzneiverordnungen. Online unter: <https://www.tk.de/resource/blob/2033996/058d06cec3bb4eca8ebc71a91e4b93da/gesundheitsreport-arzneimittelverordnungen-2018-data.pdf> (zuletzt geprüft 01.04.2019).
- Thieme-Verlag (2019): Profil Psychotherapie Psychosomatik medizinische Psychologie <https://thieme.de/de/ppmp-psychotherapie-psychosomatik-psychologie/mediadaten-3644.html>) (zuletzt geprüft 01.04.2019).
- Thoma, P. (1985): Psychische Erkrankung und Gesellschaft – eine medizinsoziologische Analyse. Frankfurt am Main, New York: Campus Verlag.
- Thomä, H. (1983): Von der psychosomatischen Medizin zur Psychoanalyse. Heidelberg 1949-1967. In: *Psyche* 37, S. 322-335.
- Tolbert, P. S.; Zucker, L. G. (1996): The Institutionalization of institutional Theory. In: St. Clegg, C. Hardy und W. R. Nord (Hg.): Handbook of organization studies. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage, S. 175–190.
- Tress, W.; Esch, A. (1992): Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Deutschland. Göttingen: Verlag für Medizinische Psychologie im Verlag Vandenhoeck & Ruprecht (Beiheft zur Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychoanalyse, 14).
- Uexküll, Th. v.; Wesiack, W. (1979): Wissenschaftstheorie und Psychosomatik. In: Thure von Uexküll (Hg.): Lehrbuch der psychosomatischen Medizin. München: Urban & Schwarzenberg, S. 1–92.
- Uexküll, Th. von; Wesiack, W. (1998): Theorie der Humanmedizin. Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns. 3., völlig überarbeitete Auflage. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg.
- Urban, M. A. (1983): Kybernetische Modelle. In: P. Hahn (Hg.): Kindlers Psychologie des 20. Jahrhunderts. Band II: Psychosomatik. Weinheim: Beltz, S. 265–277.
- Vandenhoeck & Ruprecht (2019): Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. <https://www.vandenhoeck-ruprecht-verlage.com/zeitschriften-und-kapitel/9497/zeitschrift-fuer-psychosomatische-medizin-und-psychotherapie> (zuletzt geprüft 01.04.2019).
- Velden, M. (2007): Psychosomatik. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Vogel, R. (2009): Aufkommen und Verbreitung von New Public Management in Deutschland. Eine institutionalistische Diskursanalyse mit bibliometrischen Methoden. In: *der moderne staat* 2.
- Vogt, R. (1983): Wissenschaftstheoretische Leitlinien in ihrer Bedeutung für die psychosomatische Medizin. In: P. Hahn (Hg.): Kindlers Psychologie des 20. Jahrhunderts. Band II: Psychosomatik, S. 3–23.

- Walgenbach, P.; Meyer, R. (2008): Neoinstitutionalistische Organisationstheorie. Stuttgart: Kohlhammer.
- Walz-Pawlita, S.; Müller, U. A. (2010): Die Zukunft der Psychotherapieausbildung. Rezeptionsgeschichte des Forschungsgutachtens. In: *Psyche* 64, S. 578–601.
- Weissman, M. M.; Bothwell, S. (1976): Assessment of social adjustment by patient self-report. In: *Archives of General Psychiatry* 33, S. 1111–1115.
- Weissman, M. M.; Prusoff, B. A.; Thompson, W. D.; Harding, P. S.; Myers, J. K. (1978): Social adjustment by self-report in a community sample and in psychiatric outpatients. In: *The Journal of Nervous and Mental Disease* 166, S. 317–326.
- Weizsäcker, Viktor v. (1925): Randbemerkungen über Aufgabe und Begriff der Nervenheilkunde. In: P. Achilles; D. Janz; M. Schrenk; C. F. v. Weizsäcker (Hrsg.) (1986-2005): Viktor von Weizsäcker. Gesammelte Schriften. X Bände. Frankfurt am Main: Suhrkamp (im Folgenden GS). Hier: GS III, S. 301-323.
- Weizsäcker, V. v. (1926a): Der Arzt und der Kranke. Stücke einer medizinischen Anthropologie 1. In: GS V, S. 9-26.
- Weizsäcker, V. v. (1926b): Die Schmerzen. Stücke einer medizinischen Anthropologie 2. In: GS V, S. 89-119.
- Weizsäcker, V. v. (1933): Ärztliche Fragen. Vorlesungen über allgemeine Therapie. Leipzig: Thieme. Wiederveröffentlicht in: GSW V, S. 261-342.
- Weizsäcker, V. v. (1935): Studien zur Pathogenese. In: GS VI, S. 253-330.
- Weizsäcker, V. v. (1937): Entstehung und psychophysische Behandlung sogenannter Organneurosen. In: GS VI, S. 331-341.
- Weizsäcker, Viktor v. (1940): Der Gestaltkreis. Theorie der Einheit von Wahrnehmen und Bewegen. In: GS IV, S. 76-338.
- Weizsäcker, V. v. (1946): Anonyma. In: GS VII, S. 43-89.
- Weizsäcker, V. v. (1947a): Körpergeschehen und Neurose. Forschungen zur Psychoanalyse und Psychotherapie. In: GS VI, S. 119-238.
- Weizsäcker, V. v. (1947b): Von den seelischen Ursachen der Krankheit. In: GS VI, S. 399-417.
- Weizsäcker, V. v. (1948): Grundfragen medizinischer Anthropologie. In: GS VII, S. 255-282.
- Weizsäcker, V. v. (1949b): Psychosomatische Medizin. In: GS VI, S. 451-464.
- Weizsäcker, V. v. (1954): Natur und Geist. Erinnerungen eines Arztes. In: GS I, S. 9-190.
- Weizsäcker, V. v. (1955): Meines Lebens hauptsächliches Bemühen. In: GS VII, S. 372-392.
- Weizsäcker, V. v. (1956): Ontisches und Pathisches. In: GS X, S. 11–446.
- Wesiack, W. (1974): Grundzüge der psychosomatischen Medizin. München: Beck.
- Will, H. (1984): Die Geburt der Psychosomatik. Georg Groddeck, der Mensch und Wissenschaftler. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg.
- Willutzki, U.; Fydrich, T.; Strauß, B. (2015): Aktuelle Entwicklungen in der Psychotherapeutenausbildung und der Ausbildungsforschung. In: *Psychotherapeut* 60, S. 353-364.
- Winkler, W. T. (2002): 50 Jahre AÄGP – ein Rückblick. In: *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 27, S. 74–84.

- Winter, S. (2013): Geschlechter- und Sexualitätsentwürfe in der SS-Zeitung Das Schwarze Korps. Eine psychoanalytisch-sozialpsychologische Studie. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Winter, S. (2014): Das Unbewusste sitzt im Fleisch. Einige psychoanalytisch-sozialpsychologische Überlegungen zum affective turn in der Geschlechterforschung. In: *fzg* 22, S. 43–58. DOI: 10.3224/fzg.v20i2.17134.
- Wirsching, M. (1984): Familientherapeutische Aspekte bei Colitis ulcerosa und Morbus Crohn. In: *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 30, S. 238–246.
- Wirth, H.-J.: Margarete Mitscherlich. Das linke Gewissen. In: *Tagesspiegel* 17.06.2012.
- Wittchen, H.-U.; Jacobi, F. (2002): Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. In: *Psychotherapeutenjournal* 1, S. 6–15.
- Wittmer, Ch. (1994): Psychosomatische Konzepte bei Franz Alexander und Alexander Mitscherlich. Zürich: Zentralstelle der Studentenschaft.
- Wolters, Ch.; Beyer, Ch.; Lohff, B. (Hg.) (2013): Abweichung und Normalität. Psychiatrie in Deutschland vom Kaiserreich bis zur Deutschen Einheit. Bielefeld: transcript.
- Zauner, J. (1967): Beitrag zur Psychosomatik des operierten Ulkuskranken. In: *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 13, S. 24–30.
- Zepf, S.; Künsebeck, H. W.; Sittaro, N. (1981): Körperbeschwerden und narzißtische Objektbeziehung bei Patienten mit Colitis ulcerosa. In: *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 27, S. 59–72.
- Zepf, S. (Hg.) (1986): Tatort Körper – Spurensicherung. Eine Kritik der psychoanalytischen Psychosomatik. Berlin: Springer.
- Zepf, S. (1986a): Zur Einführung in das Thema: Einige Anmerkungen zur psychosomatischen Theoriebildung und zu diesem Buch. In: S. Zepf 1986, S. 1–8.
- Zepf, S. (1986b): Die psychosomatische Erkrankung in der „Theorie der Interaktionsformen“ (Lorenzer): Metatheorie statt Metasemantik. In: S. Zepf 1986, S. 129–151.
- Zepf, S. (1994): Vom latenten gesellschaftlichen Inhalt psychoanalytischer Konzepte in der psychosomatischen Medizin. Oder: Ist die psychoanalytische Psychosomatik eine affirmative Wissenschaft? In: B. Strauß und A.-E. Meyer (Hg.): Psychoanalytische Psychosomatik. Theorie, Forschung und Praxis. Stuttgart, New York: Schattauer, S. 33–50.
- Zepf, S. (2006 I-III): Allgemeine psychoanalytische Neurosenlehre, Psychosomatik und Sozialpsychologie. Ein kritisches Lehrbuch. Zweite erweiterte und aktualisierte Auflage. 3 Bände. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Zepf, S. (Hg.) (2013): Psychoanalyse. Aufsätze zu epistemologischen und sozialpsychologischen Fragen sowie zu den theoretischen und therapeutischen Konzepten. 3 Bände. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Zepf, S. (2015a): Alfred Lorenzer. Erinnerungen. In: Th. Simonelli und S. Zepf (Hg.): Verstehen und Begreifen in der Psychoanalyse. Erkundungen zu Alfred Lorenzer. Gießen: Psychosozial-Verlag, S. 23–30.
- Zepf, S. (2015b): Sprache und Unbewusstes. Ein Vergleich von Freud und Lorenzer und ein ergänzender Kommentar. In: Th. Simonelli und S. Zepf (Hg.): Verstehen und Begreifen in der Psychoanalyse. Erkundungen zu Alfred Lorenzer. Gießen: Psychosozial-Verlag, S. 145–173.