

Die Überschätzung der Psychoanalyse

Schlußwort zu den Zuschriften*) zu dem Artikel
von Dr. med. Horst Puder in Heft 43/1978, Seite 2525 ff.

Dem geneigten Leser soll nicht vor-enthalten werden, daß den bisher veröffentlichten Er widerungen, die mich in ihrer Mehrzahl zum Sykophanten einer als rein materialistisch-naturwissenschaftlich und damit einseitig desavouierten Medizin abzustempeln versuchen, eine große Zahl an meist begeistert zustimmenden persönlichen Schreiben gegenübersteht. Ich will mich daraus nicht zu dem Urteil verleiten lassen, daß es in der Medizin eine schweigende Mehrheit gibt, die von dem Anspruch der Psychoanalyse keineswegs überzeugt ist. Der Umkehrschluß, daß jene, die in der Psychoanalyse eine gefährliche Entwicklung für die Medizin sehen, seelenlose Ärzte wären, die ihren Patienten kein Verständnis entgegenbringen (und auch wohl die psychoanalytische Literatur nicht kennen könnten) und für ihre therapeutischen „Odysseen“ (Petri) verantwortlich seien, ist jedoch gefährlich naiv. Aus meiner mehr als 25jährigen ärztlichen Tätigkeit kann ich solche Odysseen durchaus nicht für typisch halten. Ich kenne umgekehrt mehr solcher, auch nicht weniger zeit- und kostenaufwendiger erfolgreicher „Patientenkarrieren“ von Psychotherapeut zu Psychotherapeut und von einer psychosomatischen Klinik zur anderen.

Wissenschaft oder Heilslehre

Um auf die Kernpunkte der Kritik eingehen zu können, muß ich noch einmal auf die beiden entscheidenden Fragen, die ich in meinem Aufsatz angeschnitten hatte, zurückkommen. Die erste lautete: Stellt die Psychoanalyse eine wertfreie wissenschaftliche Methode dar, die also auch bereit und in der Lage ist, wie die von Kollegen Henseler angezo-

gene Physik, sich als falsch erweisende Prämissen zu korrigieren, oder haben wir es vielmehr mit einer Ideologie zu tun, die ihr Anliegen – ein der Medizin scheinbar verwandtes „Heils“-Streben gemäß ihrem eigenen Menschenbild – ähnlich religiösen Bewegungen zu verwirklichen sucht?

Einige Kollegen (Garcia, von Ferber) haben mir darin zugestimmt, daß die Psychoanalyse zumindest die Tendenz in sich birgt, zum Religionersatz zu werden. Die Gefahren, die sich allein hierin andeuten, sind für die Medizin von ungeheurer Tragweite und wurden vom Präsidenten der Bundesärztekammer auf dem letzten Deutschen Ärztetag in dem Hinweis angedeutet, daß die Sozialbeiträge aus Teilen der Kirchensteuer aufgestockt werden müßten, wenn „Seel“-sorge in den medizinischen Leistungskatalog integriert werde.

Daß auch Religion und Glauben Menschen von ihrem Leid befreien können – und insofern natürlich auch die Psychoanalyse –, darüber sollte hier nicht diskutiert werden.

Auch für mich gibt es Dinge zwischen Himmel und Erde, von denen sich, wie ich glaube, unsere Schulweisheit nichts träumen läßt. Dies bedeutet jedoch, in Erwiderung des Goethezitates von Herrn Krauss, keine Rechtfertigung für die Psychoanalyse oder gar deren Integration in die Medizin.

Der Hinweis auf die Denkabläufe im geisteswissenschaftlichen Bereich (Peres) oder der, daß Psychoanalyse

ja im eigentlichen Sinne „Geisteswissenschaft“ sei und mit naturwissenschaftlichen Kategorien nicht erfassbar, drückt im übrigen deutlich aus, daß hier unter dem Anspruch ärztlich-medizinischer Betreuung etwas prinzipiell ganz anderes gemeint ist und dieser Etikettenschwindel durch die „Erhöhung“ ins „Geisteswissenschaftliche“ auch noch seine besonderen Weihen erhalten soll.

Ich möchte in diesem Zusammenhang an den „wissenschaftlichen Sozialismus“ erinnern als ein beredtes Beispiel, wie geisteswissenschaftliche Ansprüche zu beurteilen sind, wenn sie nicht ihres Grunddogmas, nämlich hier des Eigentums als Ursprung allen Übels, entkleidet werden.

Jenen Kollegen (Kelleter et al., Petri, Garcia u. a.), die noch einmal so deutlich die Grundkonzeption der Psychoanalyse hervorgehoben haben, bin ich außerordentlich dankbar. Zeigen sie doch, daß die Grunddogmen der Psychoanalyse trotz aller „Fortschritte“ noch heute als gültig angesehen werden. Sie sind demnach erheblich älter als die Kritik von Jaspers, die von Herrn Eichert als längst überholt bezeichnet wurde. Wenn auf die persönlichen Attacken Jaspers' auf Freud (als inferioren Menschen) verwiesen wird (Braasch), so darf man wohl auch an einen Ausspruch von C. G. Jung erinnern, der zu Claire Goll gesagt hat: „Ich wollte die Analyse aus der dumpfen Schlafzimmeratmosphäre raus holen. Handelt es sich doch dabei in der Regel um die Schweinereien, die den Analytikern dauernd selbst im Kopf herumgehen und die sie dann bei anderen entdecken.“ (Ich verdanke das Zitat einer Zuschrift von Herrn Kreetz, Utersum.)

Wenn es den „Verdrängungsmechanismus“ und das „Unbewußte“ gibt, deren Erhellung die Psychoanalyse als heilbringend anstrebt, wie soll da – und darauf muß ich noch einmal hinweisen – auch ein über Jahre geführtes Gespräch mehr als nur Bruchstücke aus einem langen Leben mit seiner unvorstellbar großen

*) Zuschriften wurden veröffentlicht in Heft 50/1978, Seite 3064 ff., in Heft 3/1979, Seite 179 ff., und Heft 8/1979, Seite 514 ff.

Zahl von Engrammen zutage fördern können? Deren Dignität zu beurteilen müßte wahrhaft göttliche Gaben voraussetzen. Deshalb die These von der Beliebigkeit in der Psychoanalyse und der Unmöglichkeit, die Realität des Seelischen auf einige Radikale zu reduzieren. Hinzu kommt die von Kollegen Nieschke so deutlich angesprochene Einseitigkeit aus der Sicht des jeweilig analysierten Klienten, ohne die Möglichkeit einer ausreichenden Beurteilung des sozialen Umfeldes, die ebenso bestenfalls nur bruchstückhaft erfaßbar ist. Diese Einseitigkeit produziert viele neue Spannungen und Konflikte gegenüber allen Nichtbehandelten, z. B. den Eltern oder Ehepartnern. Von den Problemen der „Übertragung“ und deren „Lösung“ soll schon gar keine Rede sein.

Erfolgsbewertung

Meine zweite grundsätzliche Frage betraf die Bewertung des Erfolges psychoanalytischer Tätigkeit (die Komplexität der Zusammenhänge und ihrer unvermeidlichen Überschneidungen mögen die von Herrn von Ferber monierte Ungenauigkeit im Gebrauch der Begriffe Psychoanalyse, Psychosomatik und Psychotherapie erklären) und ihr Vergleich mit den Erfolgen der Organmedizin. In verschiedenen Zuschriften wird der immer wiederkehrende Grundfehler in der Psycho-Szene begangen, die Mißerfolge oder die Fehlbehandlungen der Körpermedizin auf der Habenseite der Psychoanalyse gutzuschreiben. Der nicht ausrottbare Trugschluß, organisch durch bisher übliche Methoden nicht verifizierbare Beschwerden seien psychisch bedingt, weil ich in der Biographie der betreffenden Patienten entsprechende Hinweise finde (ich mache mich anheischig, bei jedem Patienten verdrängte seelische Bewußtseinsinhalte aufzufinden, die nach psychoanalytischem Dogma als Krankheitsursache in Frage kommen), ist sicher nicht richtiger als das vor der laparoskopischen Ära verbreitete Verfahren, z. B. jede Druckempfindlichkeit im

Bereich der Adnexe als sogenannte Adnexitis mit den gerade gebräuchlichen Methoden der Organmedizin zu behandeln. Mit der Möglichkeit verfeinerter Organdiagnostik verlieren viele psychoanalytische Deutungen unmittelbar an „kausaler“ Dignität. Durch trickvoll verbalisierten Ideenreichtum gelingt es natürlich, die Kausalität deutungsmäßig immer letztlich doch noch ins Psychische zu verschieben, wenn ich, wie Groddeck, dann schlicht postuliere: „Krebs ist Sünde“ und der „Gebärmutterkrebs Sünde wider die Mutterschaft“ (woran ja dann ein Quentchen Wahrheit ist, wenn ich zum Beispiel an die statistische Häufigkeitsverteilung des Kollumkarzinoms denke).

Gegen solche Zitate ist mir von psychoanalytischer Seite kein Widerspruch bekannt geworden. Die Empörung gegen meine Berufung des Teufels nimmt sich aus dieser Sicht doch recht merkwürdig aus.

Selbstverständlich bietet auch die Körpermedizin Angriffsflächen, weist Einseitigkeiten und Auswüchse auf (Braasch). Nur die Art, wie sie sich ihrer erwehrt und mit ihnen auseinanderzusetzen versucht, ist eine grundsätzlich andere, als wir es in der Psychoanalyse gewohnt sind. Natürlich kommt es vor, daß ein Chirurg die richtige Indikation verfehlt, ja daß sogar durch Folgen organmedizinischer Fehlbehandlungen Patienten in die Arme des Psychotherapeuten getrieben werden. Selbst ein Pathologe kann ein Karzinom histologisch übersehen. Falsch ist hier nicht die naturwissenschaftliche Grundlage der Medizin. Hier handelt es sich um Fehler in ihrer Anwendung, deren objektive Kontrolle sehr wohl möglich ist.

In der Psychoanalyse aber haben wir es mit dem subjektiven Verstehen von verdrängten seelischen Inhalten zu tun, deren Überzeugungskraft auch unter Heranziehung des „geborgten Elends“ psychisch kranker Menschen und in der Erhebung persönlicher Überzeugung zum Dogma nicht mehr als subjektive Gültigkeit beanspruchen kann.

Die immer wieder zu findenden vagen Angaben, daß 25 bis 80 Prozent aller Beschwerden und Organstörungen, für die ärztliche Hilfe in Anspruch genommen wird, psychisch verursacht seien, sind durch nichts überzeugend zu belegen und bisher reine Spekulation von meist mehr oder weniger der medizinischen Psycho-Szene zuneigenden Autoren.

Für die Beweiskräftigkeit „wissenschaftlicher“ Erfolgsbelege in der psychoanalytischen Therapie sei ein Beispiel herangezogen (Dührssen, Zschr. f. Psychosom. Behdlg. Jg. 8, S. 94). Danach wiesen von 1004 Patienten, die eine durchschnittliche Einzel- oder Gruppentherapie von 100 Stunden „erfolgreich“ abgeschlossen hatten, fünf Jahre später 57,5 Prozent eine „sehr gute bis befriedigende“ und 26 Prozent eine „genügende“ Besserung auf. Solche, ausdrücklich als „harte Daten“ (Poettgen, Rhein. Ärztebl. 693, 1978) apostrophierten Ergebnisse würden, in der Organmedizin vorgetragen, nur homerisches Gelächter hervorrufen und könnten bestenfalls von pharmazeutischen „Sold“-Schreibern in medizinische Zeitschriften lanciert werden.

Genotypisch

Was den schillernden Neurosebegriff (Kelleter et al.) betrifft, so gibt es, wie jedermann weiß, unzählige Definitionen. Deshalb haben wir in der Tat eine „verschwommene“ Vorstellung, weil die Neurose keine eingrenzbar „Krankheit“ darstellt und Neurotiker sowohl das „Salz“ dieser Erde als auch Menschen sein können, die unter ihrem seelischen „So-sein“ leiden und dadurch auch anderen Leid zufügen können.

Insofern ist die These, daß die meisten Neurosen innerhalb kurzer Zeit von selbst ausheilen, die von Kelleter et al. und von Braasch beanstandet wurde, so richtig und so falsch wie die Indeterminiertheit des Neurosebegriffes überhaupt. Dabei darf Unschärfe nicht mit Komplexität verwechselt werden. Rechne ich das

Psychoanalyse

hinzu, was man früher als Psychopathie bezeichnete – ein Begriff, der wie der Hysterie heute in einer Psycho-Szenerie, die vom Dogma des guten Menschen und von der Möglichkeit eines erfüllten Lebens durch die Segnungen der Psychoanalyse für jeden Menschen (Braasch) ausgeht, obsolet geworden ist –, so heilen diese natürlich nie aus, weil sie genotypisch bestimmt sind. Trotzdem stehen sie, wie selbst Psychosen, auf den Indikationslisten zu psychoanalytischer Behandlung (es fehlt nur noch, wie ein Leser süffisant schreibt, daß der paralytische Größenwahn psychotherapeutisch angegangen wird).

Wie Kollege Braasch ein verklausulierte vorgetragene Dogma von der alleinigen Bedeutung erblicher Faktoren aus meinen Zeilen herauslesen konnte – am Ende hält er mich noch für einen verkappten Rassisten –, ist mir nicht recht erklärlich. Aber es muß selbstverständlich darauf hingewiesen werden, daß bei dem differenziertesten aller Lebewesen nicht nur die Körpermerkmale genotypisch vorgeprägt sind, sondern auch seelische Reaktionsmuster und Charaktermerkmale eine erbliche Grundlage haben müssen.

Die Ausführungen von Herrn Kollegen Röhling haben es mir erspart, auf die „nützlichen Affekte“ von Herrn Petri, die von Frau Mitscherlich übernommen wurden, eingehen zu müssen. Sie und auch einige andere polemische Äußerungen sind eher geeignet, meine Ausführungen zu bestätigen als sie zu widerlegen.

Was die Psychopharmakotherapie angeht, die Kelleter et al. als verabscheuungswürdigen Ausweg denjenigen anlasten wollen, die den „neurotisch und psychosomatisch kranken Menschen“ die psycho-persuadistische Hilfe versagen wollen, so ist ihre Anwendung nach meiner Erfahrung nirgendwo verbreiteter als gerade bei den Ärzten, die sich vom Fach her primär mit den psychischen Problemen befassen, also bei den Nervenärzten und auch denjenigen Ärzten, die zugleich psychotherapeutisch tätig sind.

Es macht sich sicher gut, wenn man behauptet, alle, die mühselig und beladen sind, mit seinem Wissen um die Geheimnisse der Psyche von aller Not befreien zu können. Es ist sicher leicht, mit dem Finger auf jene zu deuten, die eher die Grenzen ihrer Möglichkeiten und ihres Wissens sehen, aber möglicherweise mit dem Verständnis und dem Mitgefühl, das sie gerade deshalb ihren Mitmenschen entgegenbringen, im Grunde mehr Gutes erreichen.

Ein Herrschaftsmittel?

Es soll hier, was sicher interessant wäre, nicht auf die klugen Gedankengänge von Schelsky eingegangen werden, der ja hinter jenem „Heils“-Anspruch der Psycho-Szene, der die Interessen der Gesellschaft, ja der Menschheit schlechthin, zu vertreten vorgibt, die Absicht zur Bewußtseinsherrschaft sieht. Hier werden nach seiner Ansicht vormundlich für den einzelnen das Wesen und die Bedingungen der Mündigkeit definiert und mit den Mitteln der Psychoanalyse den Massen eine Therapie aufgedrängt, nur um sie im Grunde zu beherrschen.

In der Tat ist es eine ganz entscheidende Frage, inwieweit dem Patienten eine Therapie aufgedrängt wird oder inwieweit er von sich aus diese

Durch eine redaktionelle Kürzung ist in der Zuschrift „Das Menschenbild“ von Dr. med. Joseph Garcia in Heft 8/1979, Seite 521 f., ein Quellenhinweis weggefallen, auf dessen Zitierung der Autor, mit Recht, Wert legt: Zusammen mit D. Langen hat Garcia am 2. März 1978 in einem Leserbrief „Überwindung der Psychoanalyse“ Lösungen vorgeschlagen, um die immer wiederkehrende, schon aus den zwanziger Jahren stammende Polemik zwischen Schulmedizin und Psychoanalyse zu überwinden.

Therapie wünscht oder sogar verlangt. Selbstverständlich wäre es nicht richtig, einem Patienten, der eine psychoanalytische Behandlung verlangt und der, so wie es die frühen psychoanalytischen Schulen als Voraussetzung ihres Therapieerfolges für erforderlich hielten, auch dafür persönliche Opfer zu bringen bereit ist, die gewünschte Behandlung zu verweigern.

Der Krankheitsbegriff

Der Einwand von Kelleter et al., daß eine analytische Psychotherapie als Kassenleistung zu Lasten der Solidargemeinschaft nur dann in Frage kommt, wenn es sich um die „Behandlung von Krankheitszuständen“ handelt, ist in Anbetracht des gegenüber der Organmedizin weit vageren psychoanalytischen Krankheitsbegriffes nicht ohne Süffisance. Wer entscheidet über den Krankheitswert, die Krankenkassen, das Krankheitsgefühl des Patienten oder der analytische Therapeut, der offenbar etwas weiß, was er gar nicht wissen kann, weil „menschliches Unglück“ und „existentielle Not“ metaphysische Qualitäten berühren, für die es keine menschlich übergeordnete Instanz geben kann?

Wenn nicht alle Zeichen trügen, stehen wir derzeit an einer Schwelle, an der durch das bevorstehende Überangebot an psychoanalytischen „Leistungen“ infolge der beabsichtigten Freigabe zur Betätigungsmöglichkeit für immer mehr ungenügend naturwissenschaftlich-medizinisch ausgebildete „Psychotherapeuten“ verschiedenster Provenienz eine zumindest in Teilen fragwürdige analytische Psychotherapie den Massen quasi aufgedrängt wird. Hier kann die therapeutische „Betreuung“ in Abwandlung eines Wortes von Sternberger zu einer „Art von Terror“ werden, „für die der Betreute auch noch Dank schuldet“.

Daß ein verantwortungsvoller psychoanalytischer Therapeut Psycho-manipulation zu vermeiden sucht, wurde von mir nicht in Abrede gestellt (es war ja lediglich von der

„Über“-Schätzung der Psychoanalyse die Rede, so wie es nicht meine Absicht war, den psychoanalytisch und psychotherapeutisch tätigen Kollegen persönliche Redlichkeit abzusprechen).

Schlimm wird es jedoch, wenn bekannte Psychoanalytiker aus „psychoanalytischer Sicht“ Stellung nehmen zu politischen Tages Themen oder gar aus ihnen bekannt gewordenen biographischen Daten führende Politiker hinsichtlich ihres „Vaterkomplexes“ öffentlich desavouieren und damit helfen, sie aus ihrer Position zu katapultieren. Dafür gibt es Beispiele, von denen Frau Mitscherlich aus nächster Anschauung weiß.

Die Komplexität des Themas bringt es mit sich, daß Argumente auf beiden Seiten, wenn sie aus ihrem Sinnzusammenhang gerissen werden, den Anschein von Polemik und Diskreditierung gewinnen. Kritik soll helfen, Grenzen und Möglichkeiten deutlicher werden zu lassen. Das ist ganz besonders wichtig in einer Situation, in der durch die ständige Vermehrung von Wissensdaten und die dadurch möglich gewordene Ausbreitung pseudowissenschaftlicher Scharlatanerie – dies gilt selbstverständlich auch für die Organmedizin – die Übersicht immer schwieriger wird.

Daß Kritik gewöhnlich von denen nicht aufgegriffen wird, die angesprochen sind, ist verständlich. Sie haben auch das in diesem Falle taktisch Klügste getan, nämlich geschwiegen.

Anschrift des Verfassers:
Dr. med. Horst Puder
Kreiskrankenhaus Marienhöhe
5102 Würselen

AUSBILDUNG

Zu der „Spiegel“-Story „Nicht mal gelernt, eine Wunde zu schließen“, erschienen in Nr. 30/1978 des Hamburger „Nachrichten-Magazins“.

Das wahre Dilemma

Das Dilemma der gegenwärtigen Ausbildung von Medizinstudenten in den klinischen Studienabschnitten besteht nach meiner Ansicht in der Koinkidenz von drei Umständen:

- ① Zunahme der absoluten Zahl der Studenten,
- ② in bezug auf den Studiengang zu früh terminierte und in der realen Bedeutung überschätzte Praktika an Stelle herkömmlicher Demonstrationsvorlesungen,
- ③ Fortfall der mündlichen Prüfungen zugunsten eines praxisfernen, am trockenen Gegenstandskatalog ausgerichteten Quiz-Examens, welches in der Tat den „fixen Gedächtnisautomaten“ (so die von Ihnen zitierte Veronika Lindl) bevorzugt.

Die Kritiker der Reform des Medizinstudiums, die sich eine Art Probelauf der Approbationsordnung vor deren endgültigem Inkrafttreten gewünscht hätten, behalten recht: Man hat zu vieles in zu kurzer Zeit verändern wollen. Unsere frühere Ausbildung war so schlecht nicht.

... Dem Anwachsen der Zahl der in die klinischen Studienjahre drängenden Medizinstudenten ließe sich kaum anders als mit einer Vermehrung der Ausbildungsstätten begegnen, dieses kostete jedoch Zeit und Geld. Überall, wo praktische Ausbildung geboten wird, ist der einzelne Kranke nur in beschränktem zeitlichen Umfang und nur nach seinem ausdrücklichen Einverständnis für klinische Demonstrationen bzw. Examina im dritten Studienabschnitt heranzuziehen. Diese Gelegenheit beschränkt wie nichts sonst die Verfügbarkeit von Ausbildungsplätzen am Patienten.

Die Praktika des zweiten klinischen Studienabschnittes können und

sollten nur der Demonstration von Befunden am Kranken dienen, sie haben also exemplarischen Charakter und nützen nichts, wenn sie der Student ohne ausreichende theoretisch-wissenschaftliche Vorbildung absolviert: Vorlesung, audiovisuelles oder Buchstudium zuerst, als Schritt danach die Demonstration am Kranken. Die Gleichzeitigkeit des Vorgehens oder gar dessen Umkehr, Praktikum zuerst, theoretische Grundlage danach, wäre didaktisch falsch.

Das gegenwärtige Prüfungswesen nach dem zweiten klinischen Studienabschnitt kanalisiert die Masse der Studenten bisher weniger in ein sinnvolles Studium der Ergänzung von theoretisch-wissenschaftlichen Grundlagen durch praktische Anschauung, sondern stimuliert sie vielmehr zu einer bloßen Examensvorbereitung. Dieser Trend ist zu bedauern, und wir versuchen, ihm entgegenzuwirken. Das gegenwärtige System erfordert noch mehr Eigeninitiative und intelligente Planung als früher; Erfordernisse, die ein wissenschaftliches Studium durchaus aufwerfen darf. Wer etwas lernen will, schafft es heute ebenso wie früher. Am besten gelingt uns die Unterweisung der Medizinstudenten im sogenannten praktischen Jahr, weil sie da wirklich in kleinen Gruppen den engsten Kontakt mit ihren Lehrern erfahren. Gute Ausbildungsstätten für diesen dritten Studienabschnitt sind wahrscheinlich viel zu knapp.

Schließlich zitieren Sie [gemeint ist der „Spiegel“, die Red.] die Essener Medizinstudentin Swantje Dittmann auch mit der mein Fach betreffenden Feststellung, sie habe im Gynäkologiepraktikum konkret keine einzige Patientin angefaßt, keine einzige gynäkologische Untersuchung und keine Geburt gesehen. Das konnte sie in der Tat nicht. Frau Dittmann hat im Wintersemester 1977/78 von den 10 ihr angebotenen Praktikumsstunden nur sechs wahrgenommen; im Sommersemester 1978, in dem sie sich in eine Gruppe von 4 Studenten für die Zeit vom 22. bis 26. 5. 1978 hat einteilen lassen,