

Teil I: Grundlagen

1 Allgemeine Einführung in den Gegenstand und die Absicht des Buches

Eine Theorie der Psychotherapie soll auf einer allgemeinen Krankheitslehre beruhen, die psychische Störungen in ihrer Entstehung und Aufrechterhaltung empirisch gesichert zu verstehen und zu erklären erlaubt. Das verlangen die Psychotherapierichtlinien (Rüger, Dahm & Kallinke, 2008). In ihnen wird festgelegt, dass Psychotherapie als Behandlung seelischer Krankheiten im Sinne dieser Richtlinien voraussetzt, dass

„das Krankheitsgeschehen als ein ursächlich bestimmter Prozess verstanden wird, der mit wissenschaftlich begründeten Methoden untersucht und in einem Theoriesystem mit einer Krankheitslehre definitorisch erfasst ist“ (Psychotherapierichtlinien 2009).

Neu in die GKV einzuführende Therapien müssen dahingehend überprüft werden, ob sie den Status von Techniken, Methoden oder eines Verfahrens haben. Nur wenn Letzteres vorliegt, kann es zu einer ursächlich begründbaren Indikationsstellung und Behandlungsplanung für den einzelnen Patienten kommen, deren innere Konsistenz und Widerspruchsfreiheit im Rahmen der Qualitätssicherungsmaßnahmen überprüft werden kann. Eine Aggregation von erfolgreichen Techniken macht ebenso wenig eine Methode aus wie die Ansammlung von Methoden ein Verfahren (Bundesausschuss, 2008, S. 58).

Die für ein Verfahren vorauszusetzende umfassende Theorie der Entstehung und Aufrechterhaltung von Krankheiten und ihrer Behandlung muss den Status einer Handlungstheorie haben, die es dem geschulten Psychotherapeuten erlaubt, auf der Basis der

bestmöglichen wissenschaftlichen Evidenz einzelfallbezogene Entscheidungen zu treffen, welche die Behandlungsplanung und Gestaltung der therapeutischen Beziehung und die Auswahl der untergeordneten Methoden und Techniken bestimmen. Daraus leitet sich ab, dass Methoden, die innerhalb eines Verfahrens zur Anwendung kommen, mit dessen handlungsleitender Theorie kompatibel sein müssen. Methoden, die im Rahmen eines Verfahrens ihren Nutzen nachgewiesen haben, können im Kontext eines anderen Verfahrens wirkungslos oder schädlich sein. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, Methoden ausschließlich im Rahmen derjenigen Verfahren anzuerkennen, mit deren Theorie sie vereinbar sind und in deren Kontext sie ihre Nützlichkeit erwiesen haben (Bundesausschuss, 2008, S. 59).

Auch der gesunde Menschenverstand sagt einem, dass man nicht zielgerichtet behandeln kann, wenn man nicht wenigstens glaubt, die Genese einer Störung zu verstehen. Jeder Therapeut arbeitet gewollt oder ungewollt mit einem solchen Modell. Allerdings kann dieses Modell immer nur vorläufig und unvollkommen sein. Diejenigen, die im Selbstverständnis wissenschaftlich sind, müssen die Befunde der sich ändernden Nachbarwissenschaften integrieren, als da in den letzten Jahren vor allem solche der Neuropsychologie und der Epigenetik sind. Über deren Praxisrelevanz wird gestritten (Beutel, et al., 2003; Pulver, 2003). Klinische Irrelevanz befreit aber nicht von der Verpflichtung die Metatheorie dem Stand der Wissenschaften anzupassen. Von den Nachbarwissenschaften aus betrachtet, kann man

1 Allgemeine Einführung und Absicht des Buches

beispielweise neuropsychologische oder systemtheoretische Therapietheorien aufstellen. Solche Aktualisierungsversuche sind auch dann verdienstvoll, wenn sie noch nicht handlungsrelevant sind. Die Befunde des einen Systembereiches sind Eingangs- oder Ausgangsgrößen für den anderen. Beispielsweise mag die Schrumpfung des Hippocampus für die defiziente Gedächtnisbildung im Umfeld von Traumatisierungen als materielle Grundlage verstanden werden (Bremner et al., 1997). Sie führt dann zu Beeinträchtigungen der Gedächtnisbildung und im Weiteren zu einer unangemessenen Zeitperspektive. Das Denken, die Gedächtnisbildung und das Phantasieren kann durch Abwehrvorgänge, Regressionen und parallel dazu neurobiologische Veränderungen verwirrend ablaufen (van der Kolk, 2000; 2009). Das Verständnisproblem verlagert sich nun auf die Lösung der Frage, wie es denn sein kann, dass ein seelischer Prozess solche Gewebewachstumsveränderungen herbeiführen kann, und ob durch eine wie auch immer geartete psychische Einflussnahme das Wachstum des Zellgewebes wieder angeregt und gefördert werden kann. Die Zusammenhänge sind sicher noch immer weitgehend unverstanden. Aber man kann sich solche Modelle im Rahmen einer erweiterten Psychosomatik vorstellen. Für Erste mag es hilfreich sein, sich vorzustellen, dass beispielsweise die ein traumatisches Geschehen begleitenden Affekte selbst ein leibseelisches Geschehen sind und dass sie wie alle seelischen Prozesse eine biochemische Grundlage haben. Eine somatische Theorie der Sucht oder des Schmerzes muss als Eingangsgröße bestimmte psychologisch zu definierende seelische Vorgänge beschreiben, die mit den jeweiligen Krankheitsphänomenen nachweislich verbunden sind. Trinkt oder raucht der eine zur Sedierung unerträglicher Affekte, tut der andere das Gleiche, um ohnehin vorhandene positive Gefühle zu steigern (Tomkins, 1962, 1991). Die „positive affect smokers“ können das Verhalten

im Allgemeinen kontrollieren, während die letztendlich unvollkommene Sedierung negativer Affekte durch das Pharmakon fast immer in die Sucht führt. Die Behandlung von Personen, die Substanzmittel benutzen, zeigt, dass die spezifische pharmakologische Wirkung und die mit ihr verbundenen spezifischen Rituale der Anwendung selektiv benutzt werden, um ebenso spezifische Phantasien zu induzieren, aufrechtzuerhalten und gleichzeitig zu kontrollieren. Der ehemals bedeutsame Kontext der Bewusstseinsweiterung, im Sinne einer gewollten Regression im Dienste des Ichs durch Substanzmittel, ist heute kein bedeutsamer Faktor mehr. Zwar wird in Künstler- und manchen Führungskreisen systematisch Kokain geschnupft, aber eher zur Herbeiführung und Stabilisierung von Allmachtsphantasien. Insgesamt ist die Verwendung von pharmakologischen Substanzen Teil des beruflichen und erzieherischen Alltags geworden. Vom Radsport bis zur Behandlung von ADHS mit Ritalin (Altwater, 2010; Lönneke, 2010; Paulus, 2009) werden solche Praxen für unverzichtbar erklärt. Wie immer man dazu stehen mag, es wäre naiv anzunehmen, die pharmakologische Wirkung sei von den Kontexten und den damit verbundenen bewussten und unbewussten Phantasien, zu deren Handhabung sie eingesetzt werden, unabhängig. Sie stellt ein Mischungsverhältnis der Auswirkung der unbewussten Phantasien und der mit ihnen verbundenen Affekte und des Wirkstoffes dar. Personen mit einer abhängigen Persönlichkeitsstruktur neigen zur Entwicklung von Panikattacken in Trennungssituationen. Die Symptomatik ist Folge einer Verlustangst und nicht der Angst vor einem Objekt. Dementsprechend sind die Psychopharmaka, auf die sie ansprechen, auch eher Benzodiazepine wie Alprazolam und Clonazepam, oder Antidepressiva wie Venlafaxine und Paroxetine. Sie sprechen auf Anxiolytica im engeren Sinne nicht an (Pankseep, 2003). Der Persönlichkeitstyp als Moderatorvariable ist wiederum auf soziale

1 Allgemeine Einführung und Absicht des Buches

Eingangsgrößen angewiesen, denn die unerträglichen Affekte, die durch das „Gift“ seditiert werden müssen, stammen aus typischen verinnerlichten sozialen Beziehungen und Normen. Der eine mag trinken, um den unerträglichen Anforderungen seines Gewissens zu entkommen, was sich als Schuld und Versagensgefühl niederschlägt. Der andere trinkt möglicherweise, um unerträglichen Leeregefühlen etwas entgegenzusetzen, die der verinnerlichte Niederschlag fehlender Beziehungserfahrungen sein können. Solche überdauernden Zustände als Eingangsgrößen von Erkrankungsprozessen kann man als den Niederschlag von Strukturen wie Gewissen, Überich, Ichideal oder von emotionalem Skript nennen (Tomkins, 1991). Wichtig ist an dieser Stelle nur, dass diese Begriffe ohne eine psychosozialistische Theorie der Verinnerlichungen keinen Sinn ergeben. Das Gleiche gilt für die Identifizierungen der genannten Formen der Verinnerlichungen sozialer Geschehnisse. Man kann nicht über Transvestitismus, Perversion und Sexualität reden, ohne die kulturell definierten identifikatorischen Muster – in die die Phantasien und Handlungen eingebettet sind – zu kennen. Dies wird hier eingeführt, um dem Irrtum vorzubeugen, es gebe nur eine und zudem richtige Krankheitslehre. Die Krankheitslehre muss partiell immer neu geschrieben werden, zum einen wegen der neuen Erkenntnisse der Nachbarwissenschaften, zum anderen wegen der sich verändernden Sozietät. Diese Vorgehensweise kann man, wie das Uexküll und Wesiack (2006) tun, aus der allgemeinen Systemtheorie ableiten. Systeme sind demnach Ausschnitte der Realität, die einerseits durch das Erkenntnisinteresse ausgewählt werden und sich andererseits durch die Art ihrer Selbstorganisation von den Nachbarsystemen unterscheiden.

Ursprünglich beschäftigt sich die psychoanalytische Krankheitslehre vor allem mit dem Systembereich der bewussten und unbewussten inneren Abbildungen somati-

schen, psychischen und vor allem sozialen Geschehens und deren Auswirkung auf das Fühlen, Handeln und Interagieren. Es handelte sich also in wesentlichen Bereichen um eine kognitive oder – in analytischen Begriffen ausgedrückt – um eine Theorie der mentalen Innenweltdie zwar im Umfeld von Erkrankungen entstanden ist, aber trotzdem Allgemeingültigkeit beanspruchte. Durch die starke Zunahme von Krankheitsbildern mit eher gering ausgebauten psychischen Innenwelten mussten Modelle und Behandlungstechniken entwickelt werden, die sehr viel stärker auf das interaktive Verhalten fokussieren (Heigl et al., 1993; Clarkin et al., 2001; Rudolf, 2006).

Die Bindungsforschung hat eine Reihe von klinisch und theoretisch fruchtbaren Modellen zur Verbindung von inneren „Arbeitsmodellen“ der Eltern und ihrem interaktiven Verhalten den Kindern gegenüber entwickelt (Fonagy, Gergely & Target, 2007; Haskett et al., 2003). Sie schließen Prognosen über die spätere Partnerwahl und das innere Arbeitsmodell ein, das sie ihren eigenen Kindern gegenüber zur Anwendung bringen. Auf alle diese Vorstellungen werden wir eingehen. Der Grundtenor bleibt allerdings, dass das von unbewussten Phantasmen meist projektiver Natur gesteuerte Verhalten der Elterngeneration in Form von Verinnerlichungsprozessen neben vielem anderen die Phantasien und Verhaltensweisen der nachfolgenden Generation bestimmt. So ist der zuverlässigste Prädiktor für elterliches Fehlverhalten die Wahrnehmung des Kindes durch die Eltern. Wenn das Kind als böse und häufig noch als intentional böse gesehen wird, ist die Wahrscheinlichkeit für Misshandlungen durch die Eltern sehr hoch.

Das zuverlässigste Gegenmittel gegen solche Arten von Projektionen ist die Fähigkeit der Eltern, sich in die Verfassung des Kindes hineinzusetzen, und die ist wiederum abhängig von ihrer Bindungssicherheit und der mit ihr verbundenen Fähigkeit zur Mentalisierung (Blatt & Auerbach, 2001; Fonagy &

1 Allgemeine Einführung und Absicht des Buches

Target, 2007). Das heißt, die interpersonalen Beziehungen mit der Elterngeneration einer bestimmten Entwicklungsperiode kehren als intrapsychische Konfliktbereitschaften und damit als handlungssteuernde Phantasmen und gleichzeitig als interpersonelle Störungen wieder. Somit ist jede psychische Störung anteilmäßig als Beziehungsstörung zu definieren. Wir werden später zu zeigen versuchen, dass die hohe Stabilität und transgenerationale Durchschlagskraft seelischer Störungen auf diesem interaktionellen Wiederholungszwang beruht. Die zweite unveränderte Kausalvorstellung geht davon aus, dass es bestimmte Typen von unbewussten Konflikten im mentalen Bereich gibt, die das Erleben und Verhalten der von ihnen Betroffenen in spezifischer Weise festlegen und damit auch die Symptome beeinflussen. Ausgehend von den Forschungen um die Gleichartigkeit der Erzählungen von psychisch Kranken, die Barber, Crits-Christoph & Luborsky (1990) in die Wege geleitet haben, werden heute sieben solcher Konflikte eingehend beschrieben und für die Diagnostik und Behandlungsplanung benutzt (Arbeitskreis OPD, 2006). In Rahmen anderer, verwandter Theorien wird an dieser Stelle mit Rollenbeziehungsmodellen (Horowitz, 1994 a), Plänen (Curtiss et al., 1994) oder Schemata (Grawe, 1987) operiert. Der sogenannte Wiederholungszwang ist die psychoanalytische Ausformulierung solcher Konstrukte.

In diesem Sinne ist und bleibt das psychoanalytische Denken einem „medizinischen“ Modell verhaftet. Die Symptome sind Folgeerscheinungen anderer Prozesse und nur beschränkt aus sich selbst heraus versteh- und vorhersagbar. Sie sind auch durch diese dahinterliegenden Prozesse determiniert. Damit ist aber nicht gesagt, dass alles Verhalten determiniert sei. Die deterministische Annahme beschränkt sich auf den pathologischen Bereich des Menschen, wobei die folgende Gesetzmäßigkeit gilt: Je schwerer die Erkrankung, desto höher ist die Vorhersagbarkeit und Determiniertheit des Gesche-

hens. Wenn man die Theorie der personalen Konstrukte, die davon ausgeht, dass eine Person dadurch, wie sie Ereignisse vorwegnimmt, psychologisch gesteuert wird, als Modell nimmt, könnte man die psychoanalytischen Erklärungen von Pathologien als unbewusste Vorwegnahme von als absolut sicher eingeschätzten Ereignisabfolgen betrachten. Diese Annahme deckt sich mit der Control-Master-Theorie von Weiss und Sampson (1986), auf die wir später eingehen werden. In einem solchen Sinne funktionieren die Betroffenen streng deterministisch. In bestimmten Bereichen ihres Seelenleben gibt es 100 Prozent Gewissheit, dass, wenn sie x tun, y passieren wird, zum Beispiel wenn sie sich auf eine Beziehung einlassen, sie unabweislich ihr Streben nach Autonomie gänzlich aufgeben müssen.

Eine weitere affine Modellbildung bleiben diejenigen Handlungstheorien, in denen die Handlungen selbst als symbolische bewusste und unbewusste Bedeutungsträger beschrieben werden. Die mit ihnen verbundenen Phantasmen strukturieren die Handlungsfelder und zwar nicht nach sachlichen Gesichtspunkten, sondern nach einer unbewussten subjektiv begründeten Valenz-Topographie. Desgleichen gewinnen sogenannte Reize, seien sie äußerlich perceptiver oder innerlich interozeptiver Art ihre Wirkungsmacht durch die Natur des unbewusst phantasierten Handlungsfeldes, in das sie eingebettet werden (Boesch, 1991). Um beim oben eingeführten Beispiel der Nikotinsucht zu bleiben, kann man feststellen, dass das Ritual der Applikation der Droge in solche unbewusste Handlungstopographien eingebettet ist. Schnupfen, Pfeife rauchen, Zigarren, Nikotinpflaster, Kaugummikauen sind als rituelle Handlungen in ihrer bewussten und unbewussten Valenz höchst unterschiedlich, wobei der Verzicht auf die positive Valenz des Handlungsumfeldes bereits als Einstieg in den Ausstieg verstanden wird. Wir betrachten experimentelle Ansätze, die diese von jeder Person neugeschaffene Situa-

tionsdefinition nicht berücksichtigen, als dem Gegenstand der zwischenmenschlichen Beziehung und dem der Behandlung von Erkrankungen nicht angemessen. Ein möglicher Faktor zur Verstärkung, Entstehung oder Aufrechterhaltung von hypochondrischem Verhalten ist eine erhöhte somatosensorische Wahrnehmungsbereitschaft, die man auch als eine erhöhte Selbstbeobachtung verstehen kann. Eine weiterführende klinisch relevante Fragestellung ist, wie diese Neigung zu erhöhter Selbstbeobachtung mit den unbewussten und bewussten Phantasien dieser Personen verbunden ist (Barsky & Wischak, 1990; Fortenberry et al., 2007).

1.1 Definitiorische Bemühungen – gesund und krank, psychisch und körperlich

Die gegenwärtigen Beschreibungssysteme psychischer Störungen vermeiden den Begriff Krankheit. In der von der UNESCO vorgelegten Definition wird statt Krankheit „Störung“ (disorder) geschrieben. „Konzeptionell wird ... einem ‚theoretischen Ansatz‘ folgend versucht, auf bisherige Begriffsbildungen wie etwa Neurose, Psychose und Endogenität zu verzichten und diese durch Einführung einer deskriptiven, an diagnostischen Kriterien orientierten Klassifikation zu ersetzen. – So ersetzt der Begriff ‚Störung‘ den der ‚psychischen Erkrankung‘ weitgehend.“ Da Störung kein exakter Begriff sei, soll seine Verwendung im ICD-10 „einen klinisch erkennbaren Komplex von Symptomen oder Verhaltensauffälligkeiten“ anzeigen (Dilling, Mombauer & Schmidt, 2008, S. 9). Der Krankheitsbegriff selbst wird als problematisch betrachtet, weil er zu verfrühten Assoziationen mit nosologischen Konzepten führen könnte. Störung

1.1 Definitiorische Bemühungen

dürfe aber nicht als leichtere Form von Krankheit missverstanden werden (Gaebel & Müller-Spahn, 2002). Der Verzicht auf einen Krankheitsbegriff wird im US-amerikanischen System, dem Diagnostic and Statistical Manual DSM-IV ähnlich begründet.

Da dies so ist, hat unser Gesundheits-, Versorgungs- und Wissenschaftssystem ein grundlegendes Problem aufzuweisen. Auf der einen Seite ist die Bezahlung von Behandlungen, aber auch von Renten und vielem anderen mehr an das nachgewiesene Vorliegen einer Erkrankung gebunden. Und die Durchführung von Psychotherapien verlangt explizit die Anwendung und die Kenntnis von wissenschaftlich nachgewiesenen ätiologisch orientierten Kausaltheorien. Die Forscher meinten aber auf eben dieses Konzept verzichten zu müssen. Wie soll man ihre Angst vor der Verfrühtheit von nosologischen Assoziationen verstehen? Zu früh in Bezug auf die Entwicklung unseres Wissens als Forschungskollektiv? Oder haben sie Angst, dass sich der einzelne Praktiker auf eine Nosologie festlegt, die von anderen nicht geteilt wird?

Der Ausweg aus diesem Dilemma besteht im Moment darin, die Störungen unter Verzicht auf eine Nosologie von der Oberfläche der Symptomatik her zu beschreiben. Dieser Versuch ist im besten Fall eine vorübergehende Notmaßnahme, die man aber als weitgehend gescheitert betrachten muss.

„In essence, because psychiatry has stayed now for some years with a field guide classificatory method – emphasizing consistency and reliability rather than validity – it has grown long on disorders, short on explanations and treatment guidelines, and ever vulnerable to accusations of invention and mystification“ (McHugh, 2005, S. 2526).

Ein Versuch dieses Dilemma zu umgehen, ist das Diathese-Stress-Modell, demzufolge bei starker Diathese (Vulnerabilität, Disposition) geringer Stress für die Exazerbation

1 Allgemeine Einführung und Absicht des Buches

ausreicht, wohingegen er bei niedriger Diagnose hoch sein muss. Solche Aussagen haben nicht den Charakter eines Modells. Sie betonen, dass alles irgendwie mit allem zusammenhängt. Es müsste spezifiziert werden, welche Art von „Stress“, bei welcher Art von Vulnerabilität zu welchem Zeitpunkt im Leben eines Menschen zum Ausbruch der Krankheit führt. Diese Problematik ist in der Zwischenzeit offiziell bekannt und soll in der Neufassung des DSM mit der Nummer V, die im Jahre 2013 erscheinen soll, berücksichtigt werden (Kupfer, Michael & Regier, 2002). Hier wird immerhin problematisiert, was mögliche Validitätskriterien für die Krankheitseinheiten sein können und dass die erste und wichtigste – nämlich die klinische – Beschreibung objektiv und reliabel sein muss. Endlich wird in diesem Zusammenhang problematisiert, dass die klinische Beschreibung in sich noch keine Validitätskriterien enthält, dass es im Gegenteil ein Reliabilität – Validitätsdilemma gibt, d.h. je höher man die Reliabilität „künstlich“ erhöht, desto größer wird das Risiko, die Validität zu verlieren. Das unheimliche Anschwellen der DSM-Texte von ursprünglich 80 Seiten auf 1400 kann man so erklären.

Schließlich sollen zukünftig Laborstudien z.B. die Mausmodelle der Schizophrenie, Familien- und Verlaufsstudien berücksichtigt werden. Letztere setzen voraus, dass ein Substrat der Krankheit über die Zeit vorhanden ist oder bleibt, auch wenn die Krankheit selbst symptomatisch nicht exazerbiert. Die Kriterien sind nicht notwendigerweise zur Deckung zu bringen. Viele haben sich nicht bewährt, beispielsweise die Homogenität über die Zeit kann in der Form gar nicht existieren, denn es müsste ja sichergestellt werden, dass eine Person vor der Erkrankung schon etwas in sich trägt, das später herauskommt. Beispielsweise ist zu klären, ob die prämorbid Persönlichkeit vor der Exzerbation einer Psychose schon krank ist? Von der Symptomatik und der Alltagsvali-

dität sicher nicht. Jemand kann arbeiten, Beziehungen eingehen und sich manchmal des Lebens freuen. In jedem Fall muss sich die klinische Beschreibung prämorbid (hinsichtlich der Elemente Persönlichkeit, Familienkonstellation, der demographischen Faktoren, der vorauslaufenden Konstellationen von der gegenwärtigen Beschreibung in der Ersterkrankung unterscheiden. Dann muss man für die klinische Beschreibung noch trennen zwischen mit oder ohne Medikation und daran anschließend die Beschreibung nach der Ersterkrankung vornehmen. Das schließt auch prädiktive Validität ein. Wie sind typische Reaktionen auf Behandlungen, gibt es Spontanremissionen, gibt es Prädiktoren für Rückfälle?

Andere Gesundheitsbegriffe orientieren sie sich an statistischen, funktionalen oder sozialen Normen. Es lässt sich zeigen, dass statistische Normabweichungen allein als Bezugssystem für Erkrankungen nicht taugen. Die extreme Abweichung eines Merkmals, wie zum Beispiel der Intelligenz, um einen als Zentraltendenz definierten Wert ist kein Merkmal einer Erkrankung, sondern Ausfluss der natürlichen Streuung, die man bei sozialen und vielen biologischen Merkmalen findet. Vor diesem Hintergrund ist eine Intelligenzminderung allein ebenso wenig eine Erkrankung wie eine Hochbegabung. Aus pragmatischen Gründen mag es geeignet sein, solche Erscheinungen als psychische Störungen oder als Erkrankung zu definieren, aber solche Definitionen sind an die Rolle des Gesunden gebunden. Wenn die betreffenden Personen die „Kulturtechniken“ Lesen, Schreiben und sich anständig ausdrücken beherrschen sollen, muss man die Grenze anders legen, als wenn der Umgang mit Tieren, wie z. B. bei den Sennen, die wesentliche Kulturtechnik darstellt. Eine Definition von Erkrankung als Abweichung von einer wie auch immer empirisch gefundenen oder gedachten optimalen Funktion allein ist ebenso wenig tragfähig wie eine Orientierung an statistischen Normen. Auch

1.1 Definitiorische Bemühungen

bei funktional abweichendem Verhalten muss definiert werden, welche Funktionsabweichungen als gestört und welche als normal zu gelten haben. Offensichtlich sind die jeweiligen Definitionen sehr eng mit dem aktuellen Wissen in der Medizin und der Psychologie verbunden. Wenn man die Ursachen einer Funktionsabweichung einmal kennt, wird man nicht mehr bereit sein, sie als Variante des Lebens hinzunehmen. So betrachtet, sind alle für unser Fach zentralen Begriffe dauernd im Fluss. Krank- und Gesundsein ist also ein biopsychosoziales Phänomen und in diesem Rahmen u. a. eine bewusste und unbewusst definierte Rolle, die in Teilen normativ gefasst wird. Jede historische Epoche modelliert sich ihre eigenen Krankheitstheorien und Symptome, die wiederum mit den Phantasmen der Forscher und Theorienbauer zusammenhängen. Shorter (1994) zeigt dies anhand der Geschichte der psychosomatischen Medizin auf. Man ist tief beeindruckt von der Abstrusität und Verrücktheit der wissenschaftlichen Theorien und entsetzt über die aus ihnen abgeleiteten weit verbreiteten Behandlungsformen. Was soll man von männlichen Wissenschaftlern halten, die entdeckt hatten, dass überreizte weibliche Geschlechtsorgane reflektorisch das Gehirn der Frauen affizieren würden? Die Folge dieser Entdeckung war, dass die operative Gynäkologie ein psychiatrisches Behandlungsmittel wurde und zahllose Patientinnen an Klitoris, Schamlippen oder der Gebärmutter chirurgisch oder mit Brenneisen verstümmelt wurden. Oder die um 1890 über ganz Europa verbreitete vermeintlich wissenschaftlich fundierte Stottererbehandlung nach Dieffenbach, die zu lange Zungen für die Störung verantwortlich machte, um deshalb dreieckige Stück aus dem Zungengrund herauszuschneiden. Es sind etliche Todesfälle verbürgt (Krause, 1981).

Normative Setzungen von Krankheit sind zwar manchmal aus administrativen und rechtlichen Gründen notwendig, aber sie

sind selten wissenschaftlich ohne Zweifel. Für den Psychoanalytiker und den klinischen Psychologen ist die bewusste und vor allem die unbewusste unspezifische und krankheitsspezifische Rolle von ebenso großem Interesse wie der pathogene Prozess selbst, so es denn einen gibt. In manchen Fällen schafft sich die Rolle ihre je eigene Pathologie, ohne dass man ein Substrat finden könnte. Darauf haben Theoretiker wie Szasz (1979) hingewiesen, die meinten, die Kategorisierung, Benennung und Behandlung von Verhalten schaffe sich erst die Erkrankungen, die sie dann später behandle. Das Problem ist zweifellos vorhanden, aber wie wir später sehen werden, haben wir Grund zu der Annahme, dass sich auch die Gesunden und die Ärzte an die psychisch Erkrankten ganz unbemerkt anpassen und man dieser Logik folgend sagen muss, jeder psychisch Kranke schafft sich die zu ihm passende Umgebung. Bei der hohen destruktiven Macht beispielsweise bestimmter Formen des pathologischen Narzissmus kann dies fatale Auswirkungen auf die betroffenen Mitmenschen haben. Viele Wissenschaftler sind keineswegs frei von psychischen Störungen und strukturieren ihre Fragestellungen entlang der damit verbundenen Topographie. Für das Stottern kann beispielsweise aufgezeigt werden, dass viele führenden Stotterforscher selbst von dieser Störung betroffen waren, was in diesem Fall den Erkenntnisgewinn nicht befördert hat (Kollbrunner, 2004). Anhand dieses Beispiels lässt sich zeigen, dass der individuelle Leidensdruck auch kein ausreichendes Merkmal für die Definition einer psychischen Erkrankung ist, weil manche Erkrankte andere leiden machen, aber selbst dabei nicht leiden.

Wegen all dieser Einschränkungen scheint es mir sinnvoll, die bewusste und unbewusste Rolle des Krankseins einer je einzelnen Person in einer gegebenen Kultur mit dem Wissen der Experten dieser Kultur als Verständnis- und Definitionsrahmen zu wählen.

1 Allgemeine Einführung und Absicht des Buches

Parsons, ein Soziologe, hat die Rolle des Kranken wie folgt definiert:

„Eine offiziell anerkannte verallgemeinerte Störung der Fähigkeit des Individuums zur normalerweise erwarteten Aufgaben- und Rollenerfüllung, deren Überwindung nicht durch einen Willensakt geschehen kann, und die als Grundlage zur Befreiung des kranken Individuums von seinen normalen Verpflichtungen gilt, unter der Voraussetzung, dass der Kranke den Zustand als unnatürlich ansieht und kompetente Hilfe sucht“ (Parsons, 1968).

Die Legitimation der Rolle hängt daran, dass der Kranke den eigenen Zustand als nicht wünschenswert ansieht. Daraus ergibt sich eine ganze Reihe von Problemen im sozialpsychologischen Umfeld, wie die Diskussion um höhere Beiträge von Übergewichtigen oder Risiko- und Hochleistungssportlern zur Krankenversicherung zeigen. Kann man den mit Übergewicht verbundenen Grundumsatz durch einen Willensakt verändern? Es sieht eher nicht so aus, eher würde man dies einem Risikosportler zuschreiben. Aber von denen scheinen manche auch suchtähnliche Prozesse zu entwickeln, die von deren Kultur auch noch gefördert wird. Diese kulturelle Rollendefinition als legitimer Zustand der Befreiung von den normalen Rollen verkoppelt den Erkrankungszustand sehr eng mit dem der „normalen“ Rolle der Arbeitswelt.

So überstiegen die Krankheitsabsenzen der Prüfungskandidaten der Psychologie der Saarbrücker Psychologie den allgemeinen Krankenstand der Bevölkerung um nahezu 40 %. Dies liegt daran, dass eine vom Studenten als mangelhaft angesehene Vorbereitung vor der Prüfung nur durch die Rolle des Kranken während der Prüfung egalisiert werden kann. Früher wurden viele dann pflichtschuldigst auch noch wirklich krank. Dieses Phänomen, das einen Zusammenhang zwischen Schuld/Sühne und Krankenrolle vermuten ließ, ist weitgehend verschwunden. Die Studenten riefen freund-

licherweise im Voraus im Sekretariat an, dass man nicht auf sie zu warten brauche, weil sie zum Zeitpunkt der Prüfung krank sein zu gedenken. Würde das Prüfungsamt solche Anrufe ernst nehmen, müssten die Kandidaten trotz des Attestes wegen Betrugs durchfallen. Allerdings hat sich die Legitimierung aus ihrem ursprünglichen Kontext völlig gelöst. Der krankschreibende Arzt als Machträger hat seine unbewusste Rolle neu definiert oder vielleicht sogar verloren. Um mit dieser neuen Selbstdefinition verbundene Exzesse abzumildern, verlangt das Prüfungsamt nach dreimaliger Krankschreibung ein amtsärztliches Zeugnis. Die Legitimierung ist eine Stufe weiter nach oben geschoben worden. Was die unbewusste Rolle des Krankseins betrifft, gibt es ganz unterschiedliche Möglichkeiten. Viele Personen erleben Krankheit unbewusst als schuldhaft und eine wie auch immer geartete Vergeltung, andere als Zugang zu einer ansonsten verwehrten Regression (Hinderling, 1981). Es gibt eine Gruppe von Patienten, „Artefakt“- oder Münchhausenpatienten genannt, die sich oder gar ihre Kinder aktiv selbst verletzen, um in die Rolle des Kranken zu geraten. Diese Gruppe von Patienten war in der Kindheit oftmals sexuellen und anderen körperlichen Misshandlungen ausgesetzt, so dass ihr selbsterstörerisches Verhalten auch als Fortsetzungs- und Bewältigungsversuch dieser traumatischen Erfahrungen zu sehen ist, wobei rollenwidrig dem Arzt die Rolle des körperlich besitzergreifenden Täters zukommt. Deshalb kommen die Behandler mit diesen Patienten selten klar (Nordmeyer et al., 1994) Diese soziale und kulturelle Relativierung der Krankenrolle heißt nicht, dass notwendigerweise die Krankheitsbilder mit den unterschiedlichen Kulturen und Gesellschaften komplett wechseln müssen und wir eine unübersehbar große und schwer vergleichbare Menge jeweils neuer Krankheitsbilder hätten. Das ist gewiss nicht so, aber es macht einen großen Unterschied für Verlauf und Behandlung aus, ob

1.1 Definitiorische Bemühungen

ich z. B. das, was wir „psychotisch“ nennen, als besonders seherisch oder als somatisch bedingte Minusvariante ansehe. Möglich ist offensichtlich beides. So kann man die sogenannten Schizophrenien – ausgehend von sogenannten Basisstörungen kognitiv affektiver Art (Stüllwold, 1995) – beschreiben, und tatsächlich schneiden die Schizophrenen in vielen kognitiv und affektiv bestimmten Wahrnehmungsfunktionen schlechter ab als die Gesunden. Geht es aber um die Wahrnehmung zwischenmenschlicher Prozesse im Bereich der negativen Emotionen, scheinen sie besonders sensibel (Lempa, 1992).

Allein was das Verhältnis von Kultur, Gesellschaft und Krankheit betrifft, haben wir mindestens drei verschiedene Gesichtspunkte zu berücksichtigen, nämlich einen soziologischen im Sinne einer Rollenkonzeption, den zweiten mit dem ebenfalls durch die Kultur, aber auch die Person definierten möglichen sekundären Krankheitsgewinn durch die Übernahme der Krankenrolle und drittens die unbewussten Phantasien des je einzelnen Patienten über diese Rolle und die Erkrankung. Wie wir später sehen werden, sind die biologischen Vorgaben für Erkrankungen in weitem Bereich als spezifische Formen von Verletzlichkeiten zu sehen, die von den familiären und/oder gesellschaftlichen Randbedingungen durch die Schaffung spezifischer zur Verletzlichkeit passender Konflikte abgerufen oder auch gegengesteuert werden. Nach Shorter (1994) gibt es in allen Kulturen ein gleiches Reservoir an Syndromen, die grundsätzlich abrufbar sind, aber in unterschiedlichen Kulturen als signifikante Erkrankung auftreten oder eben als idiosynkratische Einzelfälle, für die man gar keine Namen hat. Gleichwohl benötigen sie keine grundsätzlich anderen Erklärungen. Beispielweise kann man alle Besessenheitsfälle unter Rekurs auf dissoziative Zustände erklären.

Ähnlich wie bei der Exprimierung eines Gens gibt es auch hier eine kulturell gesteuerte Epigenetik. So wie es Seelisches ohne

körperliche Grundlage nicht gibt, kann es eine körperliche Erkrankung ohne psychische „Beteiligung“ nicht geben. Schließt man in den Prozess der Erkrankung auch die Verarbeitung des Leidens und des Schmerzes ein, wird man nicht umhin können, auch die von der Entstehung her rein „somatischen“ Erkrankungen als somatopsychisch anzusehen. Die starke Bevorzugung körperlicher Verursachungsmodelle ist durch die methodischen Zugangsweisen bedingt, die im letzten Jahrhundert entwickelt wurden. Theoretisch ist sie nicht gerechtfertigt, und es hat sie weder in der älteren europäischen Medizin noch in den nichtwestlichen Medizinsystemen je gegeben, und sie entspricht auch nicht modernen medizinischen Kriterien. Wie wir später sehen werden, gibt es leib-seelische Phänomene *sui generis*, wie z. B. die Gefühle und Affekte, die sehr direkt mit Beziehungen einerseits und Erkrankungen andererseits zusammenhängen. Die Art der Diagnostik und Theoriebildung hängt allerdings sehr eng mit der bevorzugten Behandlung und der in einer Kultur vorgegebenen Mythologie und Abwehrstruktur, die sich um Krankheiten herum ansiedelt, zusammen. Es ist mittlerweile gut bestätigt, wie wenig weite Teile der Bevölkerung bereit sind, sich auf das bevorzugte Krankheits- und Behandlungsmodell unserer Kultur einzulassen. Innerhalb der Medizin beschäftigt sich die „Compliance-Forschung“ damit, ob und warum die Kranken die vorgesehene Hilfe überhaupt zu sich nehmen. Compliance heißt Einwilligung, Willfährigkeit. Man versteht darunter den Grad, in dem das Verhalten einer Person in Bezug auf die Einnahme eines Medikamentes, das Befolgen einer Diät oder die Veränderung des Lebensstils mit dem ärztlichen und gesundheitlichen Rat korrespondiert (Haynes, 1986). Waren die Psychoanalytiker von Anfang an gewöhnt, mit dem Widerstand der Patienten zu rechnen, ist dies in der somatischen Medizin und in den Therapieformen, die kein befriedigendes Konfliktmodell

1 Allgemeine Einführung und Absicht des Buches

haben, unbefriedigend axiomatisiert und praktisch kaum gelöst. So ist in der somatischen Medizin der Prozentsatz der tatsächlich angewandten Heilverfahren in Relation zu den verschriebenen manchmal sehr gering, was vielleicht deutlich macht, dass viele Patienten zumindest unbewusst eine andere Vorstellung von der „Rolle“ des Krankseins haben als die Ärzte (Ernould, 1982). Untersuchungen an diabetischen Kindern und Jugendlichen haben z.B. ergeben, dass 40 % in Bezug auf ihre diätetischen Maßnahmen und Behandlungspraktiken schwandelten. Seit der Erstauflage des Buches hat sich im Umfeld des Zerfalls der Bedeutung der Fachautoritäten ein außerordentlich weit verzweigtes System von Selbstdiagnosen und Behandlungen entwickelt, das auf internetbasierte Netzwerke zurückgreift. Auf diesem Wege werden jeweils andere Gestaltbildungen aus dem Symptompool abgerufen, beispielsweise die Multi Chemical Sensitivity als eine Form der Hypochondrie.

Schließt man die neueren Kenntnisse über das „Immunsystem“ in solche Betrachtungen ein, sind Gesundheit und Erkrankung in einem noch viel weiteren Sinne psychosomatisch. Man kann sich nämlich fragen, warum bestimmte Personen gesund bleiben, obgleich sie – rein äußerlich – die gleichen, ja wenn nicht gar schwerere Erkrankungsgefährdungen in ihren Lebensgeschichten aufzuweisen haben als die Erkrankten. Wir wissen heute, dass nur etwa 17 % der im Genotyp einer Person bereitliegenden Informationen exprimiert werden. Der Auswahlprozess wird auch durch den Kontext bestimmt. Auch dieses Geschehen wird unter Epigenetik abgehandelt. Sie beschäftigt sich mit der Weitergabe von Eigenschaften auf die Nachkommen, die nicht auf Abweichungen in der DNA-Sequenz zurückgehen, sondern auf eine vererbare Änderung der Genregulation und der Genexpression. Die Etablierung epigenetischer Modifikationen durch Umweltfaktoren ist heute unbestrit-

ten. Spezifische epigenetische Prozesse umfassen u.a. die Paramutation, das Bookmarking, das Gensilencing und den Prozess der Karzinogenese. Klar ist, dass viele Befunde darauf hindeuten, dass langandauernde affektive Belastungen, aber auch positive Gefühlslagen zu Veränderungen der Immunlage führen.

Wir haben nun bereits drei zusammenwirkende Beeinflussungsfaktoren, nämlich erstens die objektive Gefährdung bzw. Noxe, zweitens deren psychische Verarbeitung und drittens die mögliche Veränderung der Immunlage in Folge beider Einflussgrößen. Für wenige psychische Störungen und deren Ätiologie ist das Zusammenwirken dieser drei Einflussfaktoren bekannt, und es spricht sogar viel dafür, dass eben dieses Zusammenwirken von einem Kranken zum anderen hochgradig individualisiert betrachtet werden muss.

Eine weitere Relativierung aller Krankheitslehren ist notwendig, weil sie jeweils auf das Tätigkeitsfeld bezogen werden müssen, in dem sie entwickelt wurden. Die psychoanalytische Krankheitstheorie ist aus einer meist langandauernden zwischenmenschlichen Form der psychotherapeutischen Begegnung entstanden, und damit sind teilweise auch ihre Schwächen und Stärken erklärbar. Die daraus folgende methodische Schwierigkeit, über die einzelne Dyade hinaus zu verallgemeinern, wird uns noch beschäftigen. Auf der anderen Seite besteht so die Möglichkeit, über dynamische innere Abläufe in der Zeit Aussagen zu machen, die anderen Verfahren verwehrt ist (Haynal, 1995). Damit kann man Anschluss an die Theorien dynamischer selbstorganisierter Systeme gewinnen (Höger, 1992; Schiepek, 2004). Natürlich kann und muss man verhaltensorientierte und/oder psychiatrische Krankheitslehren aufstellen. Die müssen den psychoanalytischen Vorstellungen auch nicht notwendigerweise entsprechen, ohne dass deshalb eine der Aussagengruppen „falsch“ sein müsste,

1.1 Definitive Bemühungen

denn möglicherweise bilden sie andere Bereiche ab.

Das begriffliche Durcheinander in der klinischen Praxis ist nicht nur der Folge unserer mangelnden denkerischen und forschenden Bemühungen und Fähigkeiten sowie der Abbildung unterschiedlicher Systembereiche und der Benutzung unterschiedlicher Begrifflichkeiten zu verdanken, sondern ebenso der Tatsache, dass eine jede Theorie von psychischen Störungen „integrativ“ sein und die je eigenen Gesetzmäßigkeiten körperlichen, seelischen sowie sozialen Geschehens verbinden muss. Sie muss also im besten Sinne ganzheitlich sein.

Das kann man den Fachleuten nicht übelnehmen, aber die forcierte Anwendung solcher in sich sinnvollen Modellvorstellungen auf das Gesamtgebiet der Psychologie ist therapietechnisch und für die Forschung hinderlich. Der Körper ist eine physiologische und imaginäre Gegebenheit. Er ist auch Instrument und Ort des Austausches mit dem anderen. Auf die Beziehung zwischen „Hardware“ und Programm, um eine ganz andere Metaphorik zu verwenden, werden wir später noch eingehen müssen.

Im Folgenden will ich versuchen als jemand, der sowohl in der empirisch forschenden Psychologie als auch in der psychoanalytischen Praxis tätig ist, die Grundlagenforschung mit der klinischen Praxis so weit zu verbinden, als es mir zum jetzigen Zeitpunkt möglich ist. Für Jahre hatte ich an meiner Fachrichtung die drei Prüfungsgegenstände Allgemeine Psychologie II, Psychische Störungen und klinische Psychologie und Psychotherapie abzudecken. In der Allgemeinen Psychologie versteckte sich Lernen, Emotion und Motivation. Sinnigerweise hatte das Gedächtnis in der Allgemeinen Psychologie I eine Heimat gefunden, als könne man das Letztere ohne Lernen verstehen. In der Forschung hatte ich mich aus einem klinischen Interesse auf die Affekte konzentriert, weil ich zu Recht vermutete, dass sie die hauptsächlichlichen Substrate von

Übertragungs- und Gegenübertragungsprozessen sind. Das Vorhaben dieses Buches setzt zweierlei Einstellungen voraus, die deutlich gemacht werden müssen, ehe wir uns den eigentlichen Fragen zuwenden können. Die erste ist, dass die psychologische Grundlagenforschung von Relevanz für die klinische Praxis ist. Diese Einstellung hat sich auch unter den Analytikern weitgehend durchgesetzt, nicht zuletzt unter der Drohung aus dem Versorgungssystem zu verschwinden, wenn sie sich den Spielregeln der Scientific Community nicht beugen. Dieser Vorgang wurde sehr erleichtert, als sich plötzlich herausstellte, dass manche psychoanalytischen Behandlungsverfahren traumhaft hohe Wirkungsgrade erreichen (Leichsenring & Rabung, 2009). Die der Psychoanalyse aus nicht wissenschaftlichen Gründen feindlich gesonnenen Gruppierungen hatten dies so wenig erwartet wie die der Empirie misstrauenden Psychoanalytiker. Die ersteren meinen nun, die Studien seien methodisch nicht haltbar, was sich allerdings leicht widerlegen lässt (Rief & Hoffmann, 2009; Benecke et al., 2009). Die andere Gruppe ist recht still geworden. Auf jeden Fall sind Feststellungen wie die von Kaiser (1993), der der quantitativen Psychotherapieforschung jedwede Relevanz für die klinische Praxis abgesprochen hatte, kaum mehr zu finden. Meine Vorstellung, dass die „klinische Erfahrung mit Patienten“ eine Form der empirischen Forschung sei, die die gleiche Dignität wie die experimentelle Bedingungsvariation habe, hat sich wohl zu Recht nicht durchgesetzt. Sie wird als Expertenmeinung recht niedrig eingestuft. An ihre Stelle ist eine sehr lebhaftere Forschung getreten, die das Zusammenspiel des Verhaltens einzelner Therapeuten mit einzelnen Patienten über die Zeit studiert und daran anschließend solche dyadischen Prozesse aggregiert und aus ihnen kausal zu verstehende Prozessmodelle unter Einschluss der Person des Therapeuten und seines Handlungspartners zu entwickeln ver-

1 Allgemeine Einführung und Absicht des Buches

sucht. Diese Prozess-Ergebnisforschung stellt die Grundlage der Neuauflage dar.

1.2 Begriffliche Klärungen

Nach wie vor geht die Absicht dahin, den Leser in die Lage zu versetzen, zentrale Modelle psychoanalytischen Denkens kritisch zu verstehen, um sie mit anderen psychologischen integrieren bzw. sie gegeneinander abzuwägen zu können. Es hat im Jahr 1960 einen ersten ähnlichen Versuch von Rapaport gegeben, der den englischen Titel *The structure of psychoanalytic theory: A systematizing attempt* hatte. Im Jahr 1973 erschien das Buch in deutscher Übersetzung und hat Generationen von Studenten als Versuch, die akademische Psychologie mit der Psychoanalyse zu verbinden, beeindruckt (Rapaport, 1960). Aber die akademische Psychologie und die Psychoanalyse von heute sind kaum noch identisch mit den Verfahren, auf die sich Rapaport stützte. In der akademischen Psychologie führen damals tragende Theoriebestandteile heute eher Randexistenzen, ich erwähne nur die nichtkognitiven Lerntheorien sensu Skinner, Hull etc. Heute dominieren verschiedene Varianten der kognitiven Neuropsychologie. Sie sollen in der Neuauflage berücksichtigt werden. Des Weiteren durfte Rapaport wegen des Ärztemonopols in der US-amerikanischen psychoanalytischen Gesellschaft zwar eine Lehranalyse machen, aber nie Patienten behandeln, was ihm die Integrationsaufgabe sehr erschwert hat. Ich selbst habe von 1973 bis heute regelmäßig Patienten behandelt. Zuerst in der von mir aufgebauten Beratungsstelle des Psychologischen Instituts der Universität Zürich psychoanalytisch, verhaltens- und gesprächspsychotherapeutisch. In den letzten Jahren als verantwortlicher Leiter einer Hochschulambulanz an der Fachrichtung Psychologie der Univer-

sität des Saarlandes, in der die Fachkunden Verhaltenstherapie, Kinder- und Jugendtherapie, Psychoanalytische und tiefenpsychologische Erwachsenenpsychotherapie zur Anwendung kamen. Im Verlaufe meiner Tätigkeit habe ich unter anderem die Gesprächspsychotherapie, das Psychodrama, die Hypnose und die Frühformen der Verhaltenstherapie erlernt.

1.2.1 Frühe differentielle psychoanalytische Begriffe

Die erste große Synopsis der psychoanalytischen Krankheitsvorstellungen erschien im Jahr 1946 in England und stammte von dem vertriebenen deutsch-jüdischen Analytiker Otto Fenichel. Sie hatte den Titel *The psychoanalytic theory of neurosis*. Dieses Buch ist, obwohl in vielen Bereichen veraltet, bis heute als Nachschlagewerk der differentiellen Neurosenlehre unverzichtbar. Es war im Bereich der traumatischen Neurosen immer aktuell, auch zu Zeiten, in denen man diese Störung übersehen, verdrängt oder verschwiegen hatte. Ich benutze es als Einstieg in eine historisierende Sichtweise, weil ich den Eindruck vermeiden möchte, das, was wir heute anzubieten haben, sei weil modern auch richtig. Man kann im besten Fall hoffen, dass es richtiger ist. Über das Verhältnis von Fort- und Rückschritt des je gegenwärtigen Verständnisses können eigentlich erst kommende Generationen befinden.

Wenn man unter Neurose mit Laplanche und Pontalis (1973) Folgendes versteht:

„psychogene Affektionen, die symbolischer Ausdruck eines (unbewussten) psychischen Konfliktes sind, der seine Wurzeln in der Kindheitsgeschichte des Subjektes hat [...]“,

kann man Fenichels Titel nicht mehr benutzen, da wir auch Krankheitsbilder abdecken wollen, deren Symptome nicht notwendigerweise symbolischen Ausdruckswert haben, wie z.B. manche somatopsy-

1.2 Begriffliche Klärungen

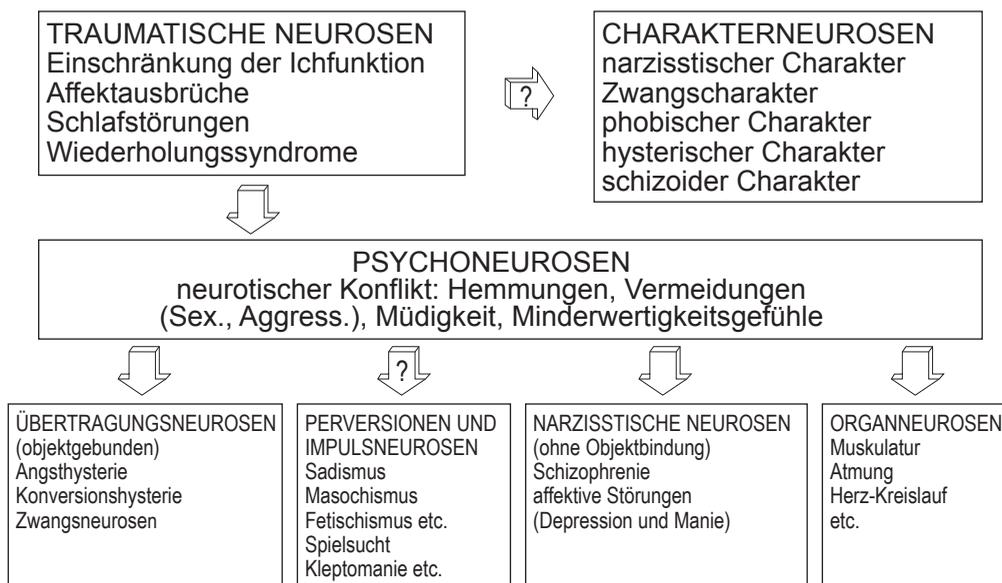


Abb. 1.1: Nosologie nach Otto Fenichel

chischen Erkrankungen. Auch werden nicht alle unter das Modell eines unbewussten Konfliktes untergeordnet werden können. Wir werden uns mit Störungen, die der Niederschlag von strukturellen Schwächen sind, beschäftigen müssen. Das soll nun nicht heißen, solche Störungsbilder wie beispielsweise die Borderline-Persönlichkeits-Organisationen hätten keine unbewussten Konflikte. Die sind aber in eine dauerhaft veränderte Struktur mit veränderten Ichfunktionen eingebettet. Die allgemeine Neurosen- und Krankheitslehre beschäftigt sich nicht vordringlich mit einzelnen Störungsbildern, sondern mit grundlegenden Fragen zu der Entstehung, Aufrechterhaltung und Behandlung aller psychischen Störungen. Sie muss, wie gesagt, soziologische, sozial-, allgemein- und entwicklungspsychologische sowie neurophysiologische Forschungen heranziehen. Die differentielle Neurosenlehre beschäftigt sich mit der Beschreibung und der Ätiopathogenese einzelner Störungsbilder. Sie werden wir nur streifen können.

Seit der 1. Auflage können wir auf dem Gebiet der Psychotherapieforschung und der psychotherapeutischen Praxis gewisse Annäherungen betrachten (Linden et al., 2007; Revenstorff, 2008; Krause, 2009). Da der Entstehungsort der psychoanalytischen Krankheitslehre – und wie ich meine, aller wichtigen Vorstellungen psychischer Erkrankungen – die Behandlungssituation ist, kommt dieser Annäherung große Bedeutung für die allgemeine Krankheitslehre zu. Deshalb werden wir auf diese Bestrebungen in den nächsten Kapiteln näher eingehen. Im Vorfeld sind allerdings einige Begriffe aus der differentiellen Neurosenlehre, die immer wieder auftauchen, zu klären. Wir werden von der ersten Systematik, die von Fenichel (1946; 1974) stammt, ausgehen (s. **Abb. 1.1**).

Abb. a-1

Innerhalb dieses Schemas wurden die folgenden Unterscheidungen gemacht: Auf der einen Seite gibt es die sogenannten traumatischen Neurosen. Das wären diejenigen Zustände, in denen unter dem Einfluss von Reizen überwältigender Intensität rela-

1 Allgemeine Einführung und Absicht des Buches

tiv unabhängig von der Verursachung ein Zustand auftritt, in dem die Ichfunktionen blockiert und eingeschränkt sind. Es kommt zu unkontrollierbaren Gefühlsausbrüchen, insbesondere Angst, und häufig Wutanfällen, gelegentlich Krämpfen, Schlaflosigkeit oder schweren Schlafstörungen und der Wiederholung des traumatischen Ereignisses im Traum oder als Flashback, in dem die ganze oder Teile der traumatischen Situation wiederholt werden. Im ICD-10 tauchen drei Störungsbilder auf, die als Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) eingeordnet sind. Im Einzelnen sind dies die akute Belastungsreaktion, die posttraumatische Belastungsreaktion, sowie die Anpassungsstörungen. Die Belastungsreaktion ebenfalls mit anfänglicher Betäubung, Angst, Ärger, Verzweiflung, Depression, Überreaktion ist zeitlich an das Trauma gebunden und sollte bei Entfernung aus der belastenden Umgebung innerhalb von Stunden abklingen. Die posttraumatische Belastungsstörung habe eine Latenz, die Wochen bis Monate dauern könne. Eigentlich müsste auch Fenichels „traumatische Neurose“ posttraumatische Neurose heißen, weil eine zeitliche Bindung an das „Trauma“ nicht gegeben ist. In der Mehrzahl der Fälle der posttraumatischen Störungen seien Heilungen zu erwarten, die durch Abfuhr, Ruhe, Reden und andererseits durch eine nachträgliche Form der Bewältigung, wie Gefühlsausbrüche, motorische Wiederholungen etc. gefördert werde. Gelingt dies nicht, dann könne unter bestimmten Randbedingungen die traumatische Neurose in eine sekundäre Psychoneurose übergehen oder zur Entwicklung von dauernden Charakterneurosen führen.

Unabhängig von den einzelnen Zustandsbildern wird allen Psychoneurosen ein unbewusster „neurotischer Konflikt“ zugeschrieben, der ebenfalls eine unspezifische Form von symptomatischer Auswirkung hat, die in Hemmungen, Vermeidungen – sei es im sexuellen oder aggressiven Bereich –, Müdig-

keit, Schlafstörungen, Unfähigkeit zu regressiven Aktivitäten, Verfall kreativer und schöpferischer Prozesse oder Verlust an Neugier einmünden. Dieser unspezifische Zustand eines neurotischen Konfliktes, der noch nicht in eine festgelegte Form von Neurose übergeführt ist, wurde manchmal als Neurasthenie, Aktualneurose bezeichnet. Interkulturell treten ähnliche Syndrome als Nervios bei den Latinos in den USA und in lateinamerikanischen Ländern auf; hier sind die üblichen Symptome Kopf- und „Gehirnschmerzen“, Reizbarkeit, Magenbeschwerden, Schlafstörungen, Nervosität, Weinerlichkeit, die Unfähigkeit, sich zu konzentrieren, Zittern, Kribbelempfindungen oder Mareos (Benommenheit mit gelegentlichen schwindelähnlichen Verschlimmerungen; DSM-IV, S. 900).

In den seltensten Fällen werden solche Zustände bei uns als eine eigene diagnostische Kategorie geführt, weil sich hier relativ rasch überdauernde komorbide Zustandsbilder wie Angst- oder depressive Erkrankungen entwickeln, so dass – sieht man vom ICD-10 ab – die Neurasthenie als eigenes Krankheitsbild nicht mehr diagnostiziert wird. Auch dort wird behauptet, die Störung trete vor allem im mediterranen Bereich auf, was man vielleicht Shorter folgend so erklären kann, dass die dort noch immer stärkere Differenzierung der Geschlechter zuungunsten der Frauen dieses Krankheitsbild stärker aus dem Pool abrufte. Die Vorstellung dahinter war und ist, dass jede Neurose in sich eine Neurasthenie verberge, als ein durch den Prozess der Abwehr bedingten psychischen Erschöpfungszustand, der sich in der vermehrten Müdigkeit nach geistigen Anstrengungen, abnehmender Arbeitsleistung und mit dem Verlust der Effektivität im Alltagsleben charakterisieren lasse.

Im Allgemeinen, so die gut bestätigte Annahme Fenichels, treten diese unspezifischen Störungsfolgen nicht als stabiles Krankheitsbild auf. Entweder sie verschwinden wieder oder sie werden durch zeitlich überdauernde

1.2 Begriffliche Klärungen

Psychoneurosen ergänzt, die dann eher das Zustandsbild charakterisieren. Er unterscheidet vier Subgruppen, nämlich die Übertragungsneurosen, die Perversionen und Impulsneurosen, die narzisstischen und die Organneurosen. Die gesündesten seien die sogenannten Übertragungsneurosen, die wiederum in drei relativ abgrenzbare Zustandsbilder, nämlich die Angsthysterie, die Konversion und die Zwangneurosen aufgeteilt wurden. In der Angsthysterie wird die diffuse Angst der Aktualneurose sekundär an bestimmte Situationen und Objekte gebunden, was es erlaubt, die Angstanfälle unter Kontrolle zu behalten, solange das sekundäre Bindungsobjekt vermieden werden kann. Die Konversion benutzt symptomatische Veränderungen physischer Funktionen, um unbewusst gewordenen Intentionen Ausdruck zu verleihen. Ein klassisches Beispiel wäre der Verlust der Stimme nach einer abgewehrten Intention, eine Person zu beschimpfen (hysterische Aphonie). Über die Übertragungswege solcher leib-seelischer Zusammenhänge werden wir später zu sprechen haben. Bei der Zwangneurose wird in einer Zwangshandlung oder Zwangsvorstellung die Ursprungsintention oder der Affekt oder die Triebhandlung zusammen mit der Abwehr gegen ihn verdichtet. Je nach vorherrschenden Anteilen von Abwehr und Ursprungsintention müssen die Handlungen mehrfach wiederholt werden. Diese drei Gruppen werden in Abgrenzung von den narzisstischen Neurosen auch Übertragungsneurosen genannt und zwar deshalb, weil die Personen und Objekte, auf die sich das neurotische Geschehen bezieht, während der Entstehung des unbewussten Konfliktes reale im Erleben des Kindes ganze Personen waren, was man meistens für die Entwicklungsphasen der ödipal-sexuellen Periode und der späten Autonomieentwicklung annehmen kann. Ursprünglich nahm Freud an, Personen mit Fixierungen in den früheren – also oralen – Entwicklungsphasen könnten gar keine Übertragungen entwickeln, seien

also in diesem Sinne narzisstisch in sich verkapselt. Dem wird man heute so nicht mehr zustimmen, es wird zwar übertragen, aber die andere Person, die dazu benutzt wird, ist erlebnismäßig eine Extension eines defekten Selbstanteils des Patienten. Aus diesem Grunde werden andere Formen von Zustandsbildern und Abwehrformationen entwickelt, beispielsweise die Borderline-Persönlichkeiten als eine Übergangsform zwischen Psychose und Neurose. Bekannt waren diese Zustandsbilder sehr wohl. Man ordnete sie aber entweder als Psychopathie, Hysterie oder Schizophrenie ein. All diese Störungsbilder finden wir auch in den modernen Klassifikationssystemen, wobei das Neurosenkonzept ab dem DSM-III ganz aufgegeben wurde, und im ICD-10 nicht mehr als Organisationsprinzip benutzt wird. Dort werden einfach alle Störungsbilder, die von Anhängern des Neurosenkonzepts als ätiologisch aus gemeinsamen Wurzeln stammend betrachtet werden, in ein Kapitel gesteckt (Konversion).

Die sogenannten Organneurosen, die bei Fenichel unter den Psychoneurosen abgehandelt werden, haben gegenwärtig einen eigenen nosologischen Status, der die Bindung an einen neurotischen Konflikt und eine traumatische Neurose nicht mehr voraussetzt, ebenso wenig wie den Ausdruck eines intentionalen Geschehens im Körper. Sie werden gegenwärtig somatopsychische Störungen genannt. In den Klassifikationssystemen der Psychiatrie laufen sie unter „somatoforme Störung“ (ICD-10; Dilling et al., 1992). Des Weiteren sind die Depression und Manie (affektive Störungen) sowie die Schizophrenie auch in der Psychoanalyse aus der Unterordnung unter die Psychoneurosen und die Anbindung an einen neurotischen Konflikt herausgenommen worden. Es wird angenommen, dass relativ unabhängig von den neurotischen konfliktiven Zustandsbildern, die die Kranken auch haben können, bestimmte sogenannte Ichfunktionen verändert sind, die mit der Konstituie-

1 Allgemeine Einführung und Absicht des Buches

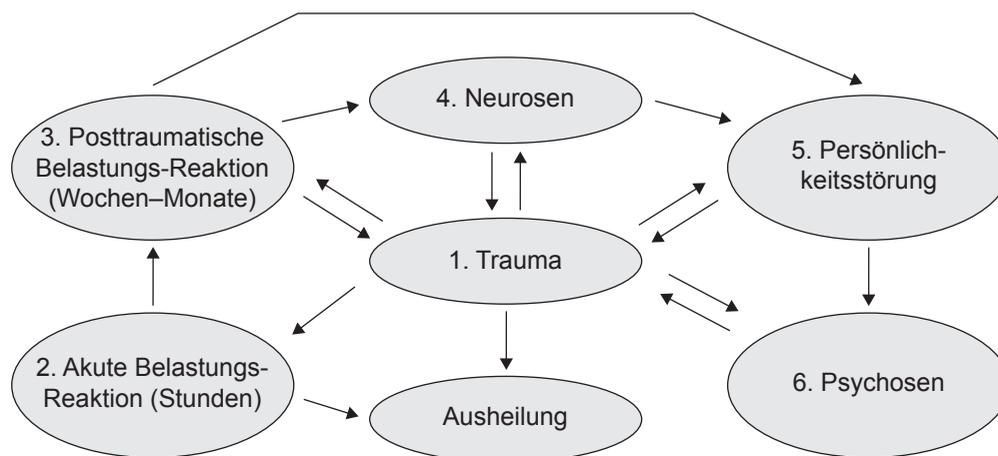


Abb. 1.2: Mögliche Entwicklungspfade zwischen den Krankheitseinheiten

nung und Wahrnehmung von Realität zu tun haben (Frosch, 1983). Diese Störungen wurden im Gegensatz zu den Übertragungsneurosen als „narzisstisch“ bezeichnet. „Narzisstisch“ deshalb, weil ein Teil der pathologischen Regulation durch einen Rückzug aus der Bindung an die Objektwelt beschrieben werden kann (Mentzos, 1992)

Des Weiteren ist der Status der sogenannten Charakterneurosen weitgehend unklar. Die ursprüngliche Idee war, dass diese Personen ohne manifeste Symptomatik existieren können, solange sie eine hochspezifische, zu ihrer Struktur passende Umgebung haben. Beim Zusammenbruch derselben ergäbe sich eine der vier Formen der Psychoneurosen. Von der Symptomatik ausgehend handelt es sich um das, was in den modernen Klassifikationssystemen als Persönlichkeitsstörung beschrieben wird. Sie werden im Kapitel 5 über die entwicklungspsychologischen Modelle näher besprochen werden.

Wenn man in Fortführung von Fenichels Überlegungen der traumatischen Verletzung versuchsweise eine zentrale Rolle einräumt, wären die in **Abbildung 1.2** skizzierten Entwicklungspfade zu untersuchen.

1. Müssen alle Neurosen, die definitionsgemäß auf einem unbewussten Konflikt beruhen, über die Schiene akute Belastungsreaktion – posttraumatische Belastungsreaktion laufen? Dann wäre die direkte Verbindung von Traumatisierung zur Neurose nicht möglich, es sei denn, das Trauma verfalle direkt einer Amnesie. Das wird uns im Kapitel über das Gedächtnis und die Abwehrvorgänge eingehend beschäftigen
2. Von wo aus gibt es Spontanremissionen? Bei der akuten Belastungsreaktion scheint dies der Normalfall zu sein, sie kann definitionsgemäß ebenso wie die PTSD kein stabiles Zustandbild sein (Fischer & Riedesser, 2010).
3. Was ist mit den Kindheitslernprozessen? Gibt es einen traumafreien Weg in die Neurosen? Beispielsweise über eine verwöhnende Erziehung, oder kann man die wegen der Verfehlung der Entwicklungsaufgabe als kumulative Minitraumata betrachten?
4. Wie wird ein Konflikt unbewusst und welche Folgen hat das für die Zustandsbilder?
5. Haben alle Persönlichkeitsstörungen eine traumatische Lebensgeschichte?

Abb. a-2

1.2 Begriffliche Klärungen

Im Unterschied zu anderen Krankheitsmodellen ist das psychoanalytische ein dynamisches Regulierungsmodell, in dessen Rahmen das scheinbar statische Verhalten bzw. die überdauernden Symptome und Eigenschaften als Folge eines fortlaufenden Optimierungsprozesses zwischen verschiedenen Führungsgrößen in der Zeit verstanden wird. Das grundlegende Schema zeigt **Abbildung 1.3**.



Abb. 1.3: Grundlegendes Schema der Reaktivierung eines neurotischen Konflikts

Dieses Modell setzt voraus, dass der Impuls nicht aufgegeben werden kann. Für Fälle, in denen die Impulse, vor allem aus dem Trieb- und Affektbereich aufgegeben werden, ist das Modell nicht mehr zutreffend. Dann kommt es zu einem Regulierungsgeschehen, das später unter Besetzungsregulierung und -abwehr dargestellt werden wird.

Das grundlegende Schema einer (neurotischen) Konfliktoptimierung ist, dass eine bewusste Intention – es kann sich dabei um die Folge eines Affekts, eines Triebprozesses oder eines anders entstandenen Wunsches handeln –, die im Verlaufe einer Lerngeschichte mit einem traumatischen neurotischen Zustand verbunden war, mobilisiert wird. Aus dieser Mobilisierung heraus wird ein Affektssignal entwickelt, das eine weitere Verfolgung des Wunsches als indikativ für einen erneuten Zusammenbruch überprüft. Aus dieser Rückmeldung heraus werden sogenannte Abwehrmechanismen mobilisiert, die nun wiederum die Ursprungsintention so verändern, dass eine weitere Form

einer – wenn auch pathologisch – veränderten Verfolgung des Ziels möglich ist. Die Symptomatik des Zustandsbildes wird einerseits durch die Art des Wunsches, der dem konfliktiven Geschehen unterliegt, und andererseits durch die Art der Abwehrmechanismen bestimmt, wobei die Abwehrmechanismen im Allgemeinen dasjenige sind, was nach außen hin als Persönlichkeitseigenschaften leichter sicht- und erfassbar ist als die Wunschstruktur selbst. Im Allgemeinen wählen die Kranken diejenigen kognitiv-affektiven Funktionen, die sie gut beherrschen, in Form einer pathologischen Übersteigerung als bevorzugte Abwehrform (Haan, 1977). Es gibt keine feste Verkopplung zwischen Wünschen und Abwehrmechanismen. Statistisch betrachtet kann man aber davon ausgehen, dass sogenannte ‚archaische‘ frühe Wünsche auch mit Abwehrmechanismen, die eine primitive Form kognitiv-affektiver Regulierung beinhalten, verkopplert sind. So wird man im Allgemeinen davon ausgehen, dass die Abwehr von oraler Gier eher projektiv erfolgt, indem der Abwehrende einfach seinem Handlungspartner die Wünsche unterstellt, die er selbst hat, aber an sich nicht tolerieren kann (Moser, 2009).

Dieses Regulierungsmodell des neurotischen Konfliktes, das in der klinischen Praxis elaboriert und im Einzelfall individuell ausgestaltet sein muss, wird für die Psychosen, Charakterneurosen und die Psychosomatosen in der bestehenden Form nicht angewendet werden können. Des Weiteren gibt es repetitive pathologische Beziehungserfahrungen, die im Einzelnen nicht traumatisierend sein müssen.

1.2.2 Vergleich psychoanalytischer und psychiatrischer Beschreibungssysteme

Das psychoanalytische Modell ist eine Mischung aus syndromatischer und ätiologi-

1 Allgemeine Einführung und Absicht des Buches

scher Beschreibung. So wird die Schwere der Störung unter anderem am Zeitpunkt der vermuteten Traumatisierung festgemacht. Da die Ätiologie nicht unmittelbar beobachtbar ist, hat dies zu einer Verringerung der Reliabilität der Diagnosen geführt, so dass die modernen psychiatrischen Systeme die Bindung an die psychoanalytische Nosologie aufgegeben haben und versuchen, jede Form ätiologischer Vorstellungen zu vermeiden, was für die Reliabilität der Diagnosen auf symptomatischer Ebene gewiss vernünftig ist. In der jetzigen Fassung des Diagnostischen und Statistischen Manuals der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft (DSM-IV) wird die Beschreibung auf verschiedenen Achsen versucht. Auf einer Achse werden die klinischen Zustandsbilder so objektiv und reliabel, wie es den jeweiligen Experten zu ihrer Zeit möglich erscheint, beschrieben. Diese Darstellung benötigt 1040 Seiten der deutschen Auflage. Wegen des oben erwähnten Reliabilitäts-Validitäts-Dilemmas hatte die federführende Autorengruppe eine Verringerung des Umfangs versprochen. Es steht zu befürchten, dass daraus nichts werden wird, denn statt ursprünglich 14 Störungsbildern werden nun 19 vorgeschlagen.

In dem für uns bindenden ICD-10 findet man die folgenden elf Störungscluster.

- F0 organische einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
- F1 psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
- F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
- F3 affektive Störungen
- F4 neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen
- F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
- F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- F65 Störungen der Sexualpräferenz
- F7 Intelligenzminderung

- F8 Entwicklungsstörungen
- F9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
- F99 nicht näher bezeichnete psychische Störungen

Die vorher verwendeten Begriffe psychogen, psychosomatisch, Neurose und Psychose sind aufgegeben worden.

In der ICD-10 wurde die in der ICD-9 noch vorhandene, dort aber mit Absicht nicht definierte traditionelle Unterscheidung zwischen Neurose und Psychose nicht beibehalten. Der Begriff „neurotisch“ wird jedoch in Einzelfällen weiter verwendet und erscheint z. B. in einer Überschrift (F4 „neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen“). Die Schöpfer der Taxonomie empfehlen folgende Vorgehensweise:

„Mit Ausnahme der neurotischen Depression werden die meisten Störungen, die von Anhängern dieses Konzeptes als Neurosen angesehen werden, in diesem Kapitel aufgeführt; andere sind in den folgenden Kapiteln enthalten. Besonders bei den leichteren Formen dieser Störungen, die man in der Primärversorgung sieht, findet man Mischbilder von Symptomen, so am häufigsten das gemeinsame Vorkommen von Depression und Angst. Man sollte sich möglichst für ein vorherrschendes Syndrom entscheiden. Es ist jedoch eine gemischte Kategorie für Fälle gemischter Depression und Angst vorgesehen, bei denen eine Entscheidung künstlich erzwungen erschiene (F41.2).“

Anstatt der Dichotomie neurotisch-psychotisch zu folgen, wurden für die Benutzerfreundlichkeit die Störungen entsprechend der Hauptthematik oder der deskriptiven Ähnlichkeit in Gruppen zusammengefasst. Z. B. findet sich die Zykllothymia (F34.0) im Kapitel F3 (affektive Störungen) statt in F6 (Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen). Alle Störungen jeden Schweregrades, die durch den Gebrauch psychotroper Substanzen bedingt sind, sind im Kapitel F1 zusammengefasst.

1.2 Begriffliche Klärungen

Die Neufassung des DSM-V schlägt zusätzlich folgende Cluster vor:

- Neuroentwicklungstörungen
- Schizophreniespektrums- und andere psychotische Störungen
- Bipolare und vergleichbare Störungen
- Depressive Störungen
- Angststörungen
- Zwangsstörungen
- Trauma und stressbezogene Störungen
- Dissoziative Störungen
- Somatoforme Störungen
- Fütterungs- und Essstörungen
- Ausscheidungsstörungen
- Schlaf/Wach-Störungen
- Sexuelle Störungen
- Geschlechtsdysphorien
- Störungen der Impulskontrolle und des Benehmens
- Substanzmissbrauch und Suchtstörungen
- Neurokognitive Störungen
- Persönlichkeitsstörungen
- Paraphilien

Die Persönlichkeitsstörungen, die im alten System auf einer eigenen zweiten Achse rubriziert wurden, können nun auf der Achse klinische Störungen verortet werden und sind auf die folgenden Kategorien reduziert worden: antisoziale, vermeidende, Borderline-, narzisstische, zwanghafte und schizotypische Störungen. Die Neuorganisation verfolgt die Absicht, von der sehr situativ gesteuerten Verhaltensdiagnostik wegzukommen und tatsächlich stabile Persönlichkeitsmerkmale mit Krankheitscharakter – die allerdings mehr oder weniger stark auftreten können – als diagnostische Leitlinien anzubieten.

Die nun eingeführten Kategorien von neurokognitiven Störungen und deren Entwicklungspathologie sind ebenso wie die Trauma- und stressgeschuldeten Störungen durch die intensive Forschung gerechtfertigt. Die Beschreibung der Paraphilien als eigene Gruppe ist zweifellos näher an einer eigen-

ständigen Krankheitseinheit orientiert, obgleich die vorgeschlagenen Definitionen von bemerkenswerter gedanklicher, klinischer und epistemologischer Unschärfe sind. Das stimmt viele Autoren sehr nachdenklich, da hier die engste Verlotung mit der Rechtsprechung und der ungerechtfertigte Verlust menschlicher Freiheit zu gewärtigen ist (Blanchard, 2010; Hinderliter, 2010; Moser, 2011).

Wenn man die psychoanalytische und die deskriptiv-psychiatrische Vorgehensweise vergleicht, kann man in etwa folgende Aussagen machen: 1. Es werden keine grundsätzlich verschiedenen Störungsbilder beschrieben. Wenn neue Begriffe auftauchen, sind sie Folge der besseren Kenntnis der Krankheitsbilder, aber nicht Folge der unterschiedlichen Taxonomien. 2. In den psychiatrischen Manualen wird nicht ausgeschlossen, dass es eine Ätiologiespezifität von manchen oder gar vielen Störungen gibt. Sie wird aber der Verwendbarkeit und der Reliabilität zuliebe in den deskriptiven Teil der Beschreibung nicht aufgenommen. 3. Die Ätiologie konnte sekundär wieder eingeführt werden durch die empirisch beobachtbare, Komorbidität genannte, vorfindbare Verkoppelung von Persönlichkeitsstörungen, Entwicklungsstörungen und klinischen Syndromen. Für manche Störungen wurde dies explizit ausformuliert. So wurden bestimmte Persönlichkeitsstörungen zu den korrespondierenden diagnostischen Kategorien des Kindesalters in Beziehung gesetzt. Wie dies im neuen System mit der Verschiebung der Persönlichkeitsstörungen auf die Symptomachse geschehen soll, ist noch nicht veröffentlicht.

Die psychoanalytische Einteilung nach Übertragungsneurosen und narzisstischen Neurosen und die Anlehnung an den Zeitpunkt der Schädigung bzw. Fixierung ist aus vielen Gründen nicht unproblematisch. Es ist schwerlich möglich, die ganze menschliche Persönlichkeit durch Rekurs auf bestimmte fixierende Entwicklungsperioden

1 Allgemeine Einführung und Absicht des Buches

darzustellen. Auch wer eine schwere narzisstische Schädigung erfahren hat, muss die weiteren Entwicklungsperioden und die damit verbundenen Probleme durchleben. Eine – im psychoanalytischen Sinne – „richtige“ Entwicklungsdiagnose sollte deshalb die Beschreibung des gesamten Entwicklungsweges beinhalten. Eine solche Beschreibung kann man durch die Angabe des Fixierungs- bzw. Schädigungszeitpunktes nicht gewinnen. In den Kapiteln über die Triebe und Affekte sowie der Entwicklungspsychologie soll dies in Form einer Entwicklungsdiagnose, die vom Fixierungsmodell wekommt, versucht werden.

1.2.3 Historisch kulturelle Bedingtheiten der Modellvorstellungen

Bestimmte Störungsbilder nehmen in historischen Perioden in der Aufmerksamkeit und auch in der Häufigkeit den gesellschaftlichen Problemen folgend zu oder ab. Dies mag einerseits damit zusammenhängen, dass die mit ihm verbundenen Konflikte in bestimmten Sozietäten häufiger abgerufen werden als in anderen, oder es mag daran hängen, dass die Experten die Wichtigkeit bestimmter Arten von Syndromatiken übersehen bzw. überdehnen. Im ersten Fall würde eine immer mehr oder gleich häufig vorliegende latente Vulnerabilität, die man im psychoanalytischen Jargon als Struktur bezeichnen könnte, in unterschiedlichen historischen und politischen Epochen auch unterschiedlich häufig reaktiviert und unterschiedlich kanalisiert.

Im Jahr 1991 wurde 1500 Kindern und Jugendlichen ein Methylphenidat namens Ritalin verschrieben, gegenwärtig sind es fast 700 000. Dieser Anstieg um über 400 % kann nicht dadurch erklärt werden, dass eine wie auch immer geartete erbliche Neigung, eine solche Störung zu entwickeln, sich innerhalb von 20 Jahren herausgebildet

hätte. Die Verschreibungspraxis ist umso bemerkenswerter, als niemand geltend machen kann zu wissen, wie die Langzeitfolgen dieser exzessiven Einnahme einzuschätzen sind. Eine Auswertung der Daten der KIGGS-Studie mit einem Stichprobenumfang von 17 641 Kindern bis 17 Jahre durch Lönnecke (2010) zeigt, dass die Diagnose chronisch unreliabel ist und der Zusammenhang zwischen Elternurteil, Lehrerurteil, ADHS-Diagnose und der Hyperaktivität gering ist und sich auch je nach der Alterskohorte massiv verändert. Alle sorgfältigen Skalierungsstudien lassen deutlich werden, dass es kein einheitliches Störungsbild sein kann. Zumal nach Angaben der Bundesärztekammer 70 % der Fälle wenigstens eine komorbide Erkrankung aufweisen. Gleichwohl werden plötzlich Prävalenzraten dieses wackeligen Krankheitsbildes von 3,4 % bei Erwachsenen gefunden. (Altwater, 2010). Einen Hinweis auf eine der Ursachen kann man darin sehen, dass Novartis, die Herstellerfirma von Ritalin, im vergangenen Jahr weltweit einen Umsatz von 464 Millionen Dollar erwirtschaftet hat (Schmitz, 2011). Wenn es denn eine einheitliche Ursache für ein uneinheitliches Krankheitsbild geben sollte, müsste man vielleicht eher in der sinkenden Mentalisierungsfähigkeit der gesamten Bevölkerung suchen. Sehr beeindruckende Erkrankungen können wir in den verschiedensten Epochen und Gesellschaftssystemen beobachten. Solche Erkrankungsmodelle unserer wissenschaftlich-medizinischen Expertenwelt sollte man eher als die mythologisch neuropsychologische Ausformulierung eines gesellschaftlichen Massenproblems ansehen. Vorläufer davon waren die minimale cerebrale Dysfunktion, die ebenfalls chronisch unreliabel war, aber in die damalige diagnostische Technologie mit der großen Verbreitung des EEGs passten.

Nun berichten die Ethnologen allerdings über Krankheitsbilder, die auf den ersten Blick keinerlei Äquivalente in unseren Kul-

1.2 Begriffliche Klärungen

turen aufzuweisen haben, wie z. B. „Koro“ in der chinesischen und afrikanischen Landbevölkerung, „Malgri“ bei den australischen Ureinwohnern auf den Mornington Islands oder „Amok“ bei den Malayen. Koro ist die von ganzen Gruppen geteilte, endemisch auftretende „Wahnvorstellung“, der Penis der männlichen Patienten oder seltener die Schamlippen der Frauen verkleinerten sich. Der halluzinierte Vorgang wird mit teilweise drastischen Mitteln, wie das Winden von Seilen um den Penis, bekämpft. Malgri stellt sich als heftige Übelkeit, Kopfschmerzen und Blähungen dar, wenn der spätere Patient den Übergang vom Land ins Meer ohne ausreichende Vorsichtsmaßnahmen bewerkstelligt hat. Das vom malayischen Amok, gleich Wut, stammende Amoklaufen hat sich bei uns als Wort und als Zustandsbild eingebürgert. Der Amokläufer schwingt im Allgemeinen nicht mehr den Kris, also den malayischen Dolch, sondern ein Schnellfeuergewehr. Ende der sechziger Jahre gab so etwas wie den „pathologischen Rausch“ (Bleuler, 1969), in dem ganz geringe Mengen von Alkohol Menschen zum Toben gegen Personen ihrer Umgebung bringen. In diesem Zustand entwickeln sie ungeheure Kräfte. Die Umgebung würde unter dem Einfluss von Wut und Angst und von Illusionen des Gesichts, seltener des Gehörs, in Bezug auf den Affekt verkannt. Aus heutiger Sicht findet man im Kern eine reaktivierte traumatische Szene, so dass man manche der Phänomene einer posttraumatischen Störung unterordnen kann. Pathologische Rausche legen forensisch die Unzurechnungsfähigkeit nahe. Da man aber keine neurologischen Zeichen für den Rausch findet, was bei zwei Glas Bier auch schwerlich möglich ist, ist die Einbettung unter die alkoholischen Schäden relativ beliebig. Man könnte das Zustandsbild auch als identisch mit dem des Amoklaufs ansehen. Dass man den Zustand im Alkoholumfeld ansiedelt, ist eine gesellschaftliche Vorgabe, nach der man sich in solche Zu-

stände bringen darf, und mit Strafmilderung rechnen kann.

Bei diesen Krankheitsbildern, so fremd sie auch erscheinen mögen, kann man durch die Ethnopschoanalyse hermeneutischen und ideographischen Analysen doch Erklärungs- und Behandlungsansätze finden, die von den uns bekannten nicht fundamental verschieden sind (Gerlach, 2000).

Die zweite Gruppe des „Übersehens“ von Phänomenen durch Experten ist mit der posttraumatischen und der traumatischen Neurose recht gut zu beschreiben. Obgleich die traumatische Neurose eine zentrale Bedeutung innerhalb der psychoanalytischen Neurosenlehre hätte haben müssen und von Fenichel in, wie ich meine, sehr moderner Weise dargestellt wurde, ist sie sehr selten diagnostiziert worden. In die psychiatrischen Krankheitsvorstellungen wurde die posttraumatische Belastungsreaktion erst unter massivem Druck der Vietnamveteranen gegen den Krieg aufgenommen. Dieselben wurden dafür geheimdienstlich überwacht und zu Beginn des Vietnamkrieges war die offizielle Lesart der Militärpsychiatrie, dass es noch nie so niedrige psychiatrische Fallzahlen in einem psychiatrisch dokumentierten Krieg gegeben habe (Tiffany, 1967). Bei näherem Hinsehen stellt sich dann aber heraus, dass von Beginn an eine hohe Zahl von Vorfällen wie Schlafwandeln und Angstzustände, aber auch „wildes Herumschießen in Rauschzuständen“ als Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, die disziplinarische Maßnahmen erforderten, eingestuft wurden (Bomann, 1982). In der Version 2 des Diagnostischen und Statistischen Manuals der American Psychiatric Association von 1968, also zeitgleich zu den Arbeiten von Tiffany, befand sich in „Bezug auf dieses Störungsbild ein blinder Fleck“ (Shatan, 1981). Mittlerweile wissen wir, dass ein großer Prozentsatz der rückkehrenden deutschen Soldaten des Zweiten Weltkrieges an genau dem gleichen Syndrom litten. Es wurde aber selten auch nur ansatz-

1 Allgemeine Einführung und Absicht des Buches

weise als diagnostische Kategorie systematisiert. In der 11. Ausgabe des Lehrbuchs der Psychiatrie von Bleuler (1969) findet man weder Kriegs- noch traumatische Neurosen, wohl aber die „traumatische Begehrensneurose“ (Bleuler, 1969, S. 515), deren Prädisposition in angeborenen oder erworbenen Persönlichkeitspathologien zu finden sei (S. 514). Begutachtungen als Begehrensneurosen erfuhren auch viele ehemalige KZ-Opfer (Niederland, 1980).

Des Weiteren wissen wir heute, dass viele Persönlichkeitsstörungen, vor allem die sogenannten Borderline-Störungen, bei denen im DSM-3-R als prädisponierender Faktor und familiäre Häufung „Keine Information“ angegeben wird, in fast 90 % der Fälle Biographien schwerster Traumatisierungen aus der Kindheit vorzuweisen haben: Misshandlungen, Prügel, sexueller Missbrauch etc. (Putnam, 1992; Herrmann et al., 1989; Sachsse, 1995). Sowohl die traumatische Neurose in ihrer Syndromatik – nämlich durch Wiederholung – als auch die Verursachung in der Misshandlung und in der Schwersttraumatisierung sind trotzdem jahrelang übersehen worden. Im Allgemeinen gibt es in diesen Bereichen eine Koalition der Opfer und der Experten, die durchaus halb bewusst ist. Die Opfer wollen selbst nichts mehr wissen und nichts mehr von den Dingen hören oder verfallen einer Art von Amnesie mit Spaltungen, und die Experten halten lieber an der weniger pathologischen Variante ihrer Weltansicht fest oder gehen eine Liaison mit den jeweiligen Herrschaftssystemen ein. Das heißt aber nicht, dass es die „traumatische Neurose“ nicht gegeben hätte und dass sie nicht ein häufiges, sehr verbreitetes Phänomen gewesen ist. In der Zwischenzeit ist die posttraumatische Belastungsstörung eine Modediagnose geworden und die Vielzahl von Behandlungstechniken werden ohne ausreichende Diagnostik viel zu häufig angewandt. Andere Erkrankungen, die sehr stark zugenommen haben, sind meines Erachtens von unserer medizinischen und

Versorgungskultur vorgegebene Ausdrucksformen von gesellschaftlichen Massenkongflikten. Die Angststörungen, die Rücken- und andere Schmerzen, sowie das Chronique-fatigue-Syndrom (Shorter, 1994) sind m.E. so zu verstehen. Im DSM-V sollen die kulturellen Bedingtheiten stärker als mögliche Validitätskriterien berücksichtigt werden. Wenn man allerdings die Zusammensetzung der ausgesuchten Experten ansieht, könnte man ins Grübeln kommen, ob die dazu überhaupt in der Lage sind. Die Task-Force, die jetzt das DSM-V entwickeln soll, stammt zu 76 % aus den USA. 5 % sind aus Kanada, 5 % aus Großbritannien, 2 % aus Deutschland, 1 % aus Australien und 2 % aus China. Im Übrigen ist der Einfluss der Pharmaindustrie auf die Verschreibungspraxis und damit auch auf diese Task-Force zu erwähnen. Beispielsweise wurden der amerikanischen Food and Drug Administration 74 Studien über 12 Antidepressiva mit insgesamt 12 564 Patienten zwischen 1987 und 2004 gemeldet. 38 der 74 waren positiv, d. h. eine Überlegenheit oder zumindest Gleichwertigkeit gegenüber anderen Behandlungsverfahren. Von diesen 38 wurden 37 veröffentlicht. 36 waren negativ oder zweifelhaft, 22 davon wurden nicht veröffentlicht; bei den 14 veröffentlichten wurden die Ergebnisse verfälscht dargestellt und die negativen Ergebnisse als positiv dargestellt. Als naiver Staatsbürger fragt man sich natürlich, warum die FDA die Ergebnisse nicht selbst publiziert. Die Verhältnisse in Europa sind deshalb nicht besser, weil wir uns auf die US-amerikanischen Daten stützen und die Pharmafirmen nicht einmal gezwungen werden können, die Resultate zu veröffentlichen. Jetzt soll ein solches Rahmengesetz auf europäischer Ebene eingeführt werden (Kramer, 2004; Gardiner, 2008).

1.3 Zusammenfassende Betrachtung der Einführung

Die psychoanalytische Krankheitslehre beruht auf einem Integrationsversuch verschiedener Teilmodelle. Es sind dies das Entwicklungs-, Trieb-, Struktur- und Abwehrmodell sowie die Beschreibung der Ichfunktionen des Patienten. Man sollte jedes Krankheitsbild in ihren Termini beschreiben. Die verschiedenen Beschreibungen sollten auch die fehlende Kohärenz eines Lebensentwurfes abbilden. Man wird also – um ein Beispiel zu machen – im Allgemeinen davon ausgehen, dass eine „frühe“ Störung mit einer Schädigung im ersten Lebensjahr als Entwicklungsdiagnose mit primitiven Abwehrformationen, undifferenzierten Affekten, einer Einschränkung der Ichfunktionen sowie einer mangelnden Strukturbildung einhergeht. Es gibt aber recht häufig Fälle, in denen ein oder zwei Gebiete, z. B. bestimmte Formen der Ichfunktionen, kompensatorisch überentwickelt werden, so dass ein wirkliches Verständnis des Patienten gerade aus der Nichtübereinstimmung stammt.

Als übergeordnete Klassifikationsgesichtspunkte haben sich Begriffe eingebürgert, die aus den untergeordneten Teilmodellen stammen. So stößt man immer wieder auf das Wort „frühe Störung“, was bedeuten soll, dass der Zeitpunkt der zentralen Schädigung im Allgemeinen, „bezogen auf die psychosexuelle Entwicklung, mehr mit prägenitalen als mit ödipalen Stadien zu tun hat, sie eher dyadischen als triadischen Störungsfeldern entstammt, bei ihrer Entstehung eher Schädigungen und reale Überforderungen als innere Konflikte des Kleinkindes eine Rolle spielten, ihre klinischen Erscheinungen eher in emotionalen Defiziten, Fehlhaltungen, Störungen des Selbstbildes und der Identität, Charakterverzerrungen und Beziehungsstörungen als in zirkumskripten, ich-

fremden Symptomen mit ausgeprägtem Leidensgefühl bestehen“ (Hoffmann, 1986).

Solche Begriffe sind für den klinischen Alltag entstanden und entbehren einer exakten wissenschaftlichen Einteilung. Aussagen über den Zeitpunkt von Schädigungen legen nicht unbedingt eine psychogenetische Entstehung nahe, denn Traumen sind immer Folge der Wechselwirkungen von Verarbeitungskapazität des lernenden Organismus und den Umgebungsbedingungen. Wenn also von einer Psychose als „früher“ Störung gesprochen wird, heißt dies nicht, dass erbliche Momente ausgeschlossen sind. Dies gilt für alle psychischen Störungen.

Der Zeitpunkt der Noxe allein kann die Symptomatik nicht determinieren. Die Vielfalt der „früh gestörten“ Zustandsbilder – Sucht, Perversion, narzisstische Persönlichkeitsstörungen etc. – machen deutlich, dass die Aussage „früh“ möglicherweise deckungsgleich ist mit dem Postulat, dass die Patienten „schwer“ geschädigt sind. Welche Art der Symptome sie dann aus dieser Schädigung heraus entwickeln, ist aus einem entwicklungspsychologischen Modell mit den Parametern Traumatisierung und Fixierung kaum ableitbar. In anderen Kulturkreisen, z. B. dem französischen und angloamerikanischen, wird die Begrifflichkeit „früh“ nicht verwendet.

Andere klassifikatorische Begriffe sind ödipal und präödipal sowie prägenital und genital. Präödipal bedeutet, dass von der Beziehungsstruktur der Familie her die innere Repräsentanz der Beziehungen im Kopf des Kindes noch nicht richtig triangulär ist. Das soll heißen, dass der Patient ebenfalls in einer dyadischen Welt lebt. In den ödipalen Entwicklungen kommt eine dritte Person ins Spiel.

Prägenital ist eine Aussage über die psychosexuelle Entwicklung dergestalt, dass die kindliche Sexualität noch auf einem Niveau funktioniert, in dem die sogenannten Partialtriebe, also das Spielen mit dem eigenen Körper, den Faeces, das Küssen und Saugen

1 Allgemeine Einführung und Absicht des Buches

noch nicht in ein im eigentlichen Sinne sexuell zu nennendes Organisationsprinzip eingebaut worden sind. All diese Begriffe werden auch zur Kennzeichnung von Störungsbildern benutzt.

Ob dem sogenannten ödipalen Konflikt tatsächlich die Bedeutung zukommt, die Freud ihm aus verschiedenen Gründen gegeben hat, werden wir hinterfragen müssen. Freud hatte in einer Fußnote seiner Arbeit *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie* geschrieben:

„Man sagt mit Recht, dass der Ödipuskomplex der Kernkomplex der Neurosen ist, [...]. Jedem menschlichen Neuankömmling ist die Aufgabe gestellt, den Ödipuskomplex zu bewältigen. Der Fortschritt der psychoanalytischen Arbeit hat diese Bedeutung des Ödipuskomplexes immer schärfer gezeichnet; seine Anerkennung ist das Schiboleth geworden, welches die Anhänger der Psychoanalyse von ihren Gegnern scheidet“ (Freud, 1905 a, S. 128).

Wie wir später im entwicklungspsychologischen Kapitel sehen werden, bedarf diese Begrifflichkeit einer genaueren Präzisierung, einmal weil die Kultur- und Geschlechtsabhängigkeit des Konfliktes nicht eindeutig geklärt ist, zum anderen, weil noch eine ganze Reihe definitorischer Fragen – z.B. negativer und positiver ödipaler Konflikt und das Verhältnis der präödipalen und antiödipalen Konstellationen – aufgeklärt werden muss. Fürs Erste tut man gut daran, den mit der Entwicklungspsychologie mitgedachten Begriffsapparat nicht zum „Schiboleth“ zu machen. Im Rahmen einer psychoanalytischen Krankheitslehre kann es in Abweichung von der Psychopathologie keine feste Zuordnung von Symptomen und Syndromen zur Ätiologie geben, weil ein und dieselbe Symptomatik, z.B. ein Waschzwang, in seiner Persönlichkeitsstruktur betrachtet, einmal das höchst erreichbare Niveau eines Patienten ist – er „rettet“ sich also mit einem Zwang vor der Psychose –, ein andermal ist das zwanghafte Verhalten ein

temporäres Regredieren von einem viel höheren Niveau, wie dies von der Zwangneurose im engeren Sinne angenommen wird. Indikation und Behandlungstechnik richten sich dementsprechend nicht nach der Symptomatik allein, sondern vor allem nach der Einordnung der Symptomatik in die vorher erwähnten übergeordneten diagnostischen Teilmodelle (genetisch, strukturell, Abwehr). Aus diesem Grunde kann man weder diagnostizieren noch behandeln, wenn man die grundlegenden Modellvorstellungen nicht kennt. Die psychodynamische Diagnose muss verständlich machen, inwieweit ein Lebensereignis, z.B. ein interpersoneller Konflikt, einen intrapsychischen Konflikt und die ihn begleitenden Affekte und Abwehrmechanismen hervorruft und steuert. In der genetischen Diagnose soll versucht werden, die gegenwärtigen Konflikte in das kognitiv-affektive Entwicklungsniveau während der Schädigung einzubetten. Die strukturelle Diagnose muss Aussagen machen über das Wirken oder Fehlen intrapsychischer Instanzen wie Ichideal, Überich, im Wechselspiel mit den Triebwünschen und Affekten. Dazu muss man Modelle von inneren Instanzen und Repräsentanzen haben. Die Abwehrdiagnose sollte Aussagen machen über das Funktionieren der verschiedenen Abwehrmechanismen, die zur Konfliktoptimierung verwendet werden und die Ichdiagnose über die konfliktunabhängigen Formen der Möglichkeiten des Denkens, Wahrnehmens, Handelns einer Person. All diese Modelle sollten wissenschaftlich gesichert sein und über die Grenzen der Psychotherapiesituation hinaus Geltung haben. Nur dann könnten sich die Theorie und die Behandlung wissenschaftlich fundiert nennen. Inwieweit dies tatsächlich der Fall ist, soll uns noch beschäftigen.

Die historische Entwicklung der psychoanalytischen Krankheitslehre ist den umgekehrten Weg gegangen. Die psychoanalytischen Modelle sind letztendlich der

Zusammenfassende Betrachtung

Behandlungssituation abgerungen worden (1995). Dies geschah freilich unter Rückgriff auf die Nachbarwissenschaften als Denk- und Suchheuristiken. Dieses Prozedere konnte nur Annäherungen liefern, weil die Modelle noch nicht entwickelt oder dem Gegenstand nicht angemessen waren. So hat es sich als recht störend erwiesen, soziale Beziehungen in Begrifflichkeiten der Physiologie zu konzipieren. Auf der anderen Seite sind die soziale Situation der Psychoanalyse und ihre mentale Repräsentanz in mancher Hinsicht von Alltagssituationen einerseits und denen anderer Behandlungsformen sehr verschieden. Sie stellt aber die Empirie dar, aus der die Theorie entwickelt wurde. Deshalb müssen wir uns vorweg recht ausführlich mit der „Natur“ solcher Beziehungen auseinandersetzen. Dies soll in mehreren Schritten geschehen.

Zuerst wird die therapeutische Situation als Erfahrungsgrundlage für Theoriebildungsprozesse diskutiert werden. Dort sollen Fragen angegangen werden, welche Art von Beziehung dies ist, wie sie mit dem Suggestionproblem und der daraus folgenden Beliebigkeit umgeht. Dann wollen wir die therapeutische Situation anhand unserer Forschungsprojekte kennenlernen. Wir werden dann drei Prozessverläufe psychoanalytischer Kurztherapien, von denen zwei im Rahmen des Forschungsprojektes mit allen Regeln „der Empirie“ untersucht wurden, näher betrachten. In zwei der Verfahren war

ich selbst das Versuchskaninchen (als untersuchter Therapeut) und werde in der Doppelrolle als psychoanalytischer „on-line“-Forscher und Therapeut (Moser, 1991a) und späterer Beobachter und Kommentator des Geschehens auftreten. Ich schreibe dies bereits hier, um dem Leser nicht den Eindruck zu vermitteln – oder ihn zu erschrecken –, ich sei der Meinung, man könne Beziehungen oder gar psychoanalytisch-psychotherapeutische Beziehungen durch externe Daten vollständig abbilden. Das wäre sicher irrig. Das Verhältnis von äußerer Beschreibung und der inneren Abbildung der äußeren Daten ist aber eines der wesentlichen Probleme der Theoriebildung und der Behandlungstechnik. Dann werden wir die strukturellen überindividuellen Rahmenbedingungen der Psychotherapie als soziologisches und sozialpsychologisches Geschehen besprechen und versuchen, die im engeren Sinne psychoanalytischen Vorstellungen von anderen Handlungsmodellen abzugrenzen.

Dann erst werden wir zu den Modellen selbst kommen und sie daraufhin abprüfen, inwieweit sie über die Rahmenbedingungen, in denen sie entwickelt wurden, hinaus Gültigkeit beanspruchen können. Die Übertragung auf andere Situationen ist nämlich eine heuristisch vernünftigerer Strategie, aber die Zulässigkeit der Anwendung bedarf eines zusätzlichen Nachweises, der nicht aus der psychoanalytischen Situation selbst kommen kann.