

INGRID BIERMANN, Tübingen

**BERICHT ÜBER DIE 14. WOLFGANG-LOCH-
VORLESUNG AM 18.10.2013 IN TÜBINGEN:
MARTIN TEISING: „ÜBERLEGUNGEN ZUR
KRANKHEITSLEHRE DER PSYCHOANALYSE
HEUTE“**

Die diesjährige Wolfgang-Loch-Vorlesung fand erstmals wieder im Hörsaal der Universitätsnervenklinik Tübingen statt, wo Loch als Ordinarius für Psychoanalyse jeden Freitag um 18.15 Uhr seine legendären Vorlesungen hielt.

Frau Frank gab zunächst einen Überblick über die Initiation und die bisherigen Referenten der Gedächtnisvorlesung für Wolfgang Loch und den in der Geschichte der Universität Tübingen relativ kurzen Zeitraum, in dem an einer deutschen Universität ein Lehrstuhl für Psychoanalyse existierte. Sie beendete ihren historischen Überblick mit der Formulierung einer Hoffnung: „Ich habe einen Traum, dass es eines Tages hier wieder einen Lehrstuhl für Psychoanalyse geben wird.“ Anschließend stellte sie den Zuhörern den diesjährigen Vortragenden, Herrn Professor Dr. phil. Martin Teising, vor und vermittelte einen Überblick über seine Forschungsbereiche und seine wissenschaftliche Vita.

In seiner Einleitung bezog sich Herr Teising dezidiert auf Lochs Lehrbuch der Krankheitslehre der Psychoanalyse, das 2006 zum sechsten Mal in Zusammenarbeit mit Herrn Hinz neu aufgelegt wurde.

Herr Teising versuchte einige Aspekte der Krankheitslehre zu vertiefen und zu ergänzen und erläuterte in einer Kritik an der gegenwärtigen Sozialpolitik die Relevanz von Lochs Krankheitsverständnis für die Menschen, die heute als Ärzte, Psychotherapeuten und in der Pflege arbeiten.

Im Einzelnen entwickelte er an Hand von vier Punkten seinen kritischen Ansatz:

1.) Weshalb Krankheit Verständnis und Verstehen erfordern. Von einem Zitat Gadammers ausgehend, in dem dieser Gesundheit als eine unreflektierte Form des in der Welt Seins bezeichnet, kam Teising auf die Beunruhigung des Menschen durch Krankheitszeichen zu sprechen, die den zunächst unsinnig Leidenden zur Erklärung seiner Befindlichkeit drängt. Durch die gefundene Bezeichnung des Symptoms könne bereits eine Beruhigung eintreten. Der Weg führt zum Arzt, als dem für solche Zeichen kompetenten Anderen und so zu einer Arzt-Patient-Beziehung, die er mühelos mit der frühen Kindheitserfahrung des schreienden Säuglings, der sich an die Mutter wendet, parallelisiert, über deren Einfühlung und Kompetenz bereits eine Triangulierung vermittelt wird. Die einfachsten Erklärungen des Krankheitsgeschehens im dualistischen Denken, die gesund als gut und krank als böse bezeichnen, verdeutlichen diesen Weg, Krankheit und Symptom als böse Objekte zu erleben, bis reifere Verarbeitungsstrukturen diese als Realität anerkennen. Nun ermöglicht die notwendige Trauerarbeit die Integration des Krankheitsgeschehens. Teising beendete diesen Abschnitt mit der umfassenden Definition Lochs über das Schmerzverständnis, die der modernen Erkenntnis über die Entstehung chronischer Schmerzen entspricht.

2.) Der zweite Abschnitt des Vortrags beschäftigte sich mit dem Vergleich der Krankheitslehre bei Freud und Loch.

Zunächst stellte er den Entwicklungsweg von Freuds Krankheitsverständnis bis zu dessen Deutung der Krankheitssymptome als Ergebnis eines unbewussten Konfliktes dar. Die Symptombildung wurde von Freud schon damals als Ichleistung des jeweiligen Individuums verstanden. Auf dieser Grundlage entwickelte sich das psychoanalytische Menschenbild: Für die Entwicklung der menschlichen Persönlichkeit sind äußere wie innere Realität in gleicher Weise bestimmend, deren Anerkennung eine der Aufgaben der psychoanalytischen Behandlung beinhaltet.

Von einem weiteren Merkmal des Freudschen Krankheitsbegriffs, dem Phänomen des Rückzugs aus der libidinösen Objektbesetzung in den Körper und das Selbst, wanderte Teising über den Triebbegriff und die damit verbundene konstitutionelle Konflikthaftigkeit des Menschen zur Darstellung der psychoanalytischen Persönlichkeitstheorie, die auch Kern der psychoanalytischen Kulturtheorie ist.

Durch die Erforschung der pathologischen Persönlichkeit des Menschen wird die Psychoanalyse nicht nur zur Behandlungs-, sondern auch zur eigenen Forschungsmethode. Damit zielt sie nicht nur auf das Verständnis der Krankheiten, sondern auch auf das Erkennen der Persönlichkeitsstruktur des Individuums und seiner Entwicklung.

Für Teising verdeutlicht Lochs Konzeption des Krankheitsbegriffs den Freudschen Triebbegriffs dadurch, dass er von Anfang an die Beziehung zum Objekt mit einbezieht, den Ansatz relationaler und motivationaler Konzepte vertieft und dem Traumaverständnis eine neue Dimension eröffnet, indem er von vornherein der Affektregulation eine wesentliche Bedeutung zuteilt. In dieser Betrachtungsweise wird den primären Objekten eine wichtige Funktion am traumatischen Geschehen und der zukünftigen Strukturentwicklung eingeräumt, die in der Form internalisierter Objektbeziehungen in Erscheinung tritt. In diesem Zusammenhang referierte Teising auch Lochs Ausführungen zur primären Befriedigungserfahrung und der daraus resultierenden Bildung von Wünschen, sowie die Probleme ihres Missglückens. Zur gegenwärtigen psychiatrischen Auffassung der Angst als „Angstkrankheit“ enthalten für mich Teising's Ausführungen zur Entstehung der Angst ein besonders wichtiges kritisches Potential: Bei unzureichender Abwehrorganisation wird aus der Spannung, die aus unbewältigten Konflikten mangels eines befriedigenden oder befriedenden Objektes entsteht, Angst, oder in symptomatischer Verkleidung entstehen hysterische, phobische, zwanghafte oder andere pathologische Abwehrorganisationen.

Unter der Überschrift von Trieb und Trauma differenzierte Teising diese Verhältnisse und verdeutlichte sie an einem Fallbeispiel. Im Verlauf seines Vortrags betonte er immer wieder, dass wir in der Psychoanalyse nicht Traumen oder Symptome behandeln, sondern Marion Oliner zitierend: „Individuen mit all den Verwicklungen, die ein Trauma nach sich zieht“.

In seinen Gedanken zur therapeutischen Beziehung entfaltete Teising, in Anlehnung an Loch, den Forschungsrahmen für die wissenschaftlichen Erkenntnisse der Psychoanalyse: die psychoanalytische Therapeuten-Patient-Beziehung, die im Grunde als eine vertiefte und differenziertere Form der alten Arzt-Patientenbeziehung verstanden werden kann: Zunächst

sucht ein Mensch den Arzt auf, weil er Hilfe für sein Leiden sucht, dann verhält sich der Arzt so, dass er nicht auf die Symptome eingeht, sondern sein Augenmerk auf die Schicht legt, die vor dem Symptom liegt. Schließlich werden alle Mitteilungen des Patienten in Verbindung mit seiner Krankheit stehend betrachtet. So gewinnen sie eine Beziehung zur Person des Arztes, wodurch sich die Übertragungsneurose im engeren Sinn entwickelt. An der gemeinsamen Arbeit an dieser zwischenmenschlichen Konstellation, der Analyse der Übertragungsneurose durch Deutung, besteht die Möglichkeit der Umwandlung und Umstrukturierung der pathologischen Fixierung.

Die von Loch hervorgehobene Verbindung zwischen ödipaler Konstellation und depressiver Position wurde in den folgenden Überlegungen anschaulich auseinandergefaltet. Sie diene der leichteren Verständlichkeit seiner komprimierten Darstellung, dass ohne Durcharbeiten der depressiven Position auch die Ödipussituation nicht durchgearbeitet werden kann.

3.) An diese Gedanken anschließend stellte Teising seinen eigenständigen Beitrag zur Entwicklung der Übertragung und ihrer Durcharbeitung dar unter der Überschrift: „Krankheitsverständnis mit Hilfe der Kontaktschranke“.

Er ging von der Haut als physiologischer Körpergrenze aus und beschrieb sie, wie die Psyche, als ein „psychosomatisch rege agierendes, zwischen innen und außen vermittelndes und regulierendes Organ“. Sich auf Freuds Modell der Ich-Grenze von 1895 beziehend, das zunächst physiologisch konzipiert war, referierte er Bions Symbolisierungskonzept, nach dem Betaelemente durch die mütterliche adäquate psychosomatische Funktion des Pflegens und seelischen Verdauens zu Alphaelementen verwandelt werden. Über diese vielfältigen Funktionen, die die Mutter in den frühen Entwicklungszeiten für das Kind hat, bilde sich die Kontaktschranke dadurch, dass es über die Wahrnehmung und Benennung der Mutter allmählich seine eigenen Wahrnehmungen und seinen Körper lesen lernt. Aus dem analphabetischen Säugling und Kleinkind wird allmählich ein sich seiner selbst bewusstes Menschenkind. Es hat sich diesen deutenden Umgang seiner selbst nun innerlich angeeignet. Bei seelisch kranken Menschen ist diese entstandene Grenze entweder zu dicht oder zu durchlässig. Ziel der psychoanalytischen Behandlung ist es, „das Geschehen an der Kontaktschranke zu alphabetisieren, also, sich zu verständigen und zu verstehen“. Es sind also diese Mikroprozesse, an denen wir in der Psychoanalyse arbeiten.

4.) Im letzten Kapitel: „Psychoanalytisches Krankheitsverständnis im Gesundheitswesen heute“, setzte sich der Referent kritisch mit der gegenwärtigen Entwicklung des Krankheitsverständnisses in unserer Gesellschaft auseinander.

Während in der ICD für alle Organsysteme bis auf das Immunsystem der Krankheitsbegriff bestehen blieb, der Krankheiten als nosologische Einheiten versteht, ist er für den Bereich der seelischen Erkrankungen gestrichen worden. Dort gibt es nun keine Erkrankungen der Seele mehr, die auf einen Kausalzusammenhang zwischen individuell bedeutsamen Lebenserfahrungen und unbewussten Konflikten verweisen, sondern es werden nur noch „Störungen“ rein deskriptiv gefasst, geordnet nach Symptomen und Symptomkombinationen und ihrer zeitlichen Dauer.

Damit wird ersichtlich, dass der ICD ein mechanistisches Bild der Seele zu Grunde liegt. Die individuelle Arzt-Patient-Beziehung, in der der Arzt im Hilfe suchenden Gegenüber einen leidenden Menschen erkennt, wurde aufgegeben zu Gunsten der Einstellung zu einem Klienten, der an Hand von Checklisten diagnostisch eingeordnet und behandelt wird.

Dass Krankheit ein persönlicher Ausdruck eines Individuums ist, wird nicht mehr verstanden.

Das führt folgerichtig zur Ausgrenzung von dementen, chronisch kranken und pflegebedürftigen Menschen. Wir sind in Gefahr, im Umgang mit seelisch Kranken und Bedürftigen in alte Muster zurückzufallen, in denen wir von der Urangst vor allem Fremden als dem angeblich Unverstehbaren eingeholt werden.

Das Vertrauen, dass wir vom anderen verlässliche Hilfe erfahren können, wenn wir sie benötigen, verliert sich in einem falschen Autonomieverständnis, das vom Individuum ein lebenslanges Funktionieren einfordert. Ausdruck dieser unbewussten Haltung sind assistierter Suicid und Patientenverfügungen, sowie der Wunsch nach einem schmerz- und leidfreien Dasein, das es in der Realität nicht gibt.

Teising vermutet, dass das Interesse an der Psychoanalyse auch deshalb sinkt, weil sie im psychoanalytischen Prozess in schmerzhafter Weise die unausweichlichen Tatsachen des Lebens vermittelt, während in der gegenwärtigen Gesellschaft die Tendenz zu beobachten ist, sie zu verleugnen und ihnen zu entfliehen. Er präzisiert: „In einem medizinisch industriellen Komplex wird standardisiert, normiert, die Behandlung automatisiert, manualisiert, zeitgetaktet und kalkuliert.“

Im Rückgriff auf die Ermahnungen der WHO-Konferenz von 2005 und der europäischen Gesundheitsminister, sich bei der Prävention seelischer Erkrankungen auf deren unbewusste Dimension zurückzubedenken, deckte Teising grundsätzliche Missverständnisse des Begriffs „unbewusst“ in der heutigen Psychiatrie und Psychologie auf.

Im Gegensatz zu diesen, sich so bezeichnenden exakten Wissenschaften, die psychoanalytische Forschung an Hand ihres evidenzbasierten Vorgehens als unwissenschaftlich und unbrauchbar ausgrenzen, zeigte Teising, dass wir adäquates Verständnis bei den Geisteswissenschaften finden. Er zitierte in diesem Zusammenhang den Germanisten und Präsidenten der Freien Universität Berlin, Peter André Alt, der die Psychoanalyse als die modernste aller Humanwissenschaften hervorhebt: „Die Moderne zu reflektieren heißt: von der Psychoanalyse begriffen, in ihr eingeschlossen sein“, weil sie in ihrer Auffassung vom Trieb und dem Unbewussten die Tiefe der „großen Erzählungen von der Kultur des Menschen“ auslotet.

Teising beendete seine Ausführungen mit einem kritischen Rückblick auf die Kassenfinanzierung psychoanalytischer Verfahren.

Er referierte zunächst Lochs Bedenken gegen die Vereinahmung und Kontrolle der Psychoanalyse durch die Krankenversicherung und sein Bestreben, die Psychoanalyse außerhalb äußerer Institutionen zu halten, die kontrollierend in die psychoanalytische Behandlung eingreifen.

Er zeigte jedoch auf, dass in die Richtlinien der Kassenfinanzierung von psychoanalytisch orientierten Verfahren Lochs Krankheitsbegriff eingegangen ist. Im Gegensatz zu ihm ist für Teising die durch die Solidargemeinschaft der Kassen

finanzierte Psychotherapie eine Errungenschaft, die uns jedoch einige problematische Einschränkungen auferlegt hat, wie die Patientenbehandlung in der Ausbildung im Rahmen der Kassenfinanzierung mit all den aktuellen und später weiterreichenden Folgen, weil die Therapeuten zumeist in dieses System eingebunden bleiben. Das bedeutet, dass wir uns als Psychoanalytiker ständig mit schwer zu vereinbarenden Elementen dieses Systems auseinandersetzen müssen: den Kassenanträgen, Frequenzvorschriften, Kontingenzbegrenzungen und Wirksamkeitsnachweisen nach „evidenzbasierten“ Kriterien. Ironischerweise ist in den Richtlinien der Kassenpsychotherapie das Krankheitsverständnis, das Loch in seiner „Krankheitslehre der Psychoanalyse“ entwickelt hat, festgeschrieben, das dem mechanistischen Verständnis der ICD widerspricht.

In seinem letzten Satz verwies Teising nochmals auf Lochs Denken und die Notwendigkeit, sich dafür einzusetzen, dass es gesellschaftlich wirksam bleibt. Dazu biete der Kampf um die Erhaltung der Richtlinien, des Gutachterverfahrens und für die Öffnung der psychoanalytischen Verfahren zur Behandlung von psychotisch Kranken aktuelle Möglichkeiten.

Der Vortrag stieß auf breite Resonanz, zur Diskussion blieb leider nur noch eine Viertelstunde.

Sie wurde von Herrn Walker eröffnet, der darauf hinwies, dass Freud in seinen Ausführungen zu Trieb und Trauma bereits auf die Vorgänge an der Kontaktschranke als psychosomatisches Geschehen hingewiesen habe. Er kommentierte, dass ihm das Zitat Gadammers nicht einleuchte („Gesundheit ist ein überhaupt sich nicht fühlen, sondern ein Dasein, eine Form des in der Welt seins, des mit anderen Menschen seins und von den eigenen Aufgaben des Lebenstätig oder erfüllt Seins.“ 1990). Wie verbinde Teising das Spüren, die Affektwahrnehmung mit dessen Zitat?

Des Weiteren beschäftigte ihn, wie die Veränderung des Krankheitsbegriffs zustande komme: Der Begriff der Krankheit bleibe ja bestehen, aber in der ICD trete an dessen Stelle die Störung.

Herr Teising erläuterte, dass nach seinem Verständnis das Fühlen und Wahrnehmen wie selbstverständlich funktionieren, wenn wir gesund sind. Gadamer spreche davon, dass der gesunde Körper schweige, die Gesundheit wie verborgen sei. Vielleicht beziehe er sich eher auf das Körperliche.

Wie der Ersatz von Krankheit durch Störung zustande kam, habe er im Einzelnen nicht verfolgt. Er denke jedoch, Krankheit habe für die Wahrnehmung etwas Bedrohliches, und es sei einfacher, das Geschehen als Störung zu bezeichnen.

Frau Böhme wies darauf hin, dass es psychische Gesundheit eigentlich nicht gebe, sondern es bestehe ein ständiges Oszillieren zwischen gesund und krank im seelischen Erleben. Das mache Angst, weil es im Psychischen schwerer zu differenzieren sei, was krank und gesund ist.

Herr Hinz verwies auf Freuds Bemerkung, dass der Gesunde einen psychotischen Anteil haben müsse, um Realität zu verändern, und der Neurotiker, um sich selbst zu verändern. Seelische Gesundheit habe von beidem etwas. Es gäbe einen wichtigen Unterschied zwischen dem Revolutionär und dem Psychotiker, der Revolutionär akzeptiere die Realität und dass sie zunächst nicht zu verändern sei, der Psychotiker nicht. An der Stelle, an der der Mensch Leid und Schmerz nicht in sich halten könne, wolle er ihn evakuieren. So sei in

der heutigen Krankheitslehre ein Schuss zuviel Psychotisches.

Herr Teising erwiderte, diesen Zusammenhang habe er mit der Anerkennung der „facts of life“ gemeint. Wir bräuchten vielleicht einen gewissen Größenwahn, um zu überleben.

Herr E. Schneider schlug vor, die Krankheitslehre der Psychoanalyse in Gesundheitslehre umzubenennen.

Herr Teising fand diese Anregung interessant, die ihn daran erinnerte, dass Loch in den ersten Kapiteln seines Lehrbuchs die gesunde Entwicklung skizziere.

Herr Hinz kritisierte diesen Einfall, der ihn an die Umbenennung der Krankenkasse in Gesundheitskasse erinnere.

Herr Teising betonte vermittelnd, dass es darauf ankomme, wie wir Krankheit verstehen.

Frau Heinzmann griff erneut auf das Zitat von Gadamer zurück, das für sie stimme: Man empfinde bestimmte Dinge nicht, wenn man gesund sei, dagegen fühle man sie, wenn man krank sei. Sie verwies auf Bion, der die Verdrängung als eine Errungenschaft der seelischen Tätigkeit beschreibt.

Herr Hinz versuchte erneut, den Gedanken Herrn Walkers wiederaufnehmend, das Verschwinden des Krankheitsbegriffs im Seelischen zu erklären. Es könnte vielleicht damit zusammenhängen, dass mit einer differenzierten Krankheitslehre seelische Vorgänge verdinglicht werden. Er habe Loch damals darum gebeten, seinen Überlegungen das Wittgenstein-Zitat voranzustellen, weil jener Satz Wittgensteins jede Verdinglichung aufhebt: „Meine Einstellung zu ihm ist eine Einstellung zur Seele. Ich habe nicht die Meinung, dass er eine Seele hat.“ (Wittgenstein, L.: (1945-1949) Philosophische Untersuchungen, in: Schriften von Ludwig Wittgenstein I, Suhrkamp. Frankfurt a. M. 1960) Eigentlich sei es ein Paradox: der Versuch, auf die Gefahr der Verdinglichung hinzuweisen und gleichzeitig zu wissen, wir brauchen die Ordnung, um zu verstehen.

Herr Teising verwies auf das Dialektische dieses Gedankens: Wir müssen verdinglichen, um das Wissen über das Seelische zu haben und es gleichzeitig wieder verflüssigen, wenn wir damit arbeiten. So erhalten beispielsweise Symptome einen Namen, und wir denken sie damit zu fassen, und doch begreifen wir sie damit nicht.

Die Vortragenden und Hörer der Vorlesung hatten anschließend die Möglichkeit, beim traditionellen Stehempfang die Diskussion privat fortzusetzen.

Anschrift der Verfasserin:
Galgenbergstr. 50, 72072 Tübingen

* *

*