

Wolfgang-Loch-Vorlesung

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung, sowie Übersetzung, vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (Druck, Fotokopie, Mikrofilm oder auf andere Weise) ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

frommann-holzboog Verlag e.K.

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung, sowie Übersetzung, vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (Gesamtes, Einzelteile, Mikrofilm etc.) ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

frommann-holzboog Verlag e.K.

Überlegungen zur Krankheitslehre der Psychoanalyse – heute*

*Martin Teising***

Einleitung

»Es kommt darauf an, das ›Neue‹ mit dem ›Alten‹ zu verbinden, bzw. es als dessen Fortentwicklung und Vertiefung erkennen zu lassen« (Loch 1999, 5). Dieser Anregung von Helmut Hinz im Vorwort zur sechsten Auflage der Krankheitslehre Wolfgang Lochs folgend möchte ich bestimmte Aspekte in Lochs komprimierter Darstellung auffächern und um einige Punkte ergänzen. Es soll deutlich werden, dass die Krankheitslehre Lochs heute in sozialpolitischer Hinsicht besonders aktuell und eine Rückbesinnung auf sein Krankheitsverständnis angezeigt ist.

Weshalb Krankheit Verständnis und Verstehen erfordert

Der Wunsch, Krankheit und auch Unfälle zu verstehen, beschäftigte Wolfgang Loch schon sehr früh. Seinem Vater, der für eine Berufsgenossenschaft arbei-

* Überarbeitete Fassung der Wolfgang-Loch-Vorlesung, gehalten am 18. 10. 2013 in Tübingen.

** Martin Teising, Professor Dr. phil., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychosomatische Medizin, Psychoanalytiker (DPV/IPA, DGPT). 2010–2012 Vorsitzender der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung. Seit 2012 Präsident der International Psychoanalytic University Berlin. Aktuelle Arbeitsgebiete: Psychoanalytische Konzeptforschung, Psychoanalyse des Alterns, Suizidalität.

tete, war aufgefallen, dass bestimmte Versicherte immer wieder Unfälle erlitten, wobei »die Unfallursachen nicht nur den Dingen anhaften, sondern auch im Menschen selbst zu suchen waren«.¹ Der Vater habe die Bedeutung der inneren Realität für die äußere Wirklichkeit bemerkt und Unfälle als »unbewusst gesteuerte Fehlhandlungen« bezeichnet, obwohl er, so Wolfgang Loch, Freud nie gelesen habe (s. Hermanns 2009, 15).

Gehen wir von der Gesundheit aus. »Gesundheit ist eben überhaupt nicht ein Sich-Fühlen, sondern ist Da-Sein, In-der-Welt-Sein, Mit-den-Menschen-Sein, von den eigenen Aufgaben des Lebens tätig oder freudig erfüllt sein« (Gadamer 1993, 144). Wenn aber über den Körper nicht wie selbstverständlich und gewohnt verfügt werden kann, wenn Schmerzen und Unwohlsein herrschen, oder wenn psychische Veränderungen, z. B. solche der Wahrnehmung, der Stimmung, des Erinnerungsvermögens oder der Denkprozesse, auftreten, sind die Betroffenen beunruhigt und suchen nach Erklärungen für das Beunruhigende, die zur Grundlage subjektiver Krankheitskonzepte und einer subjektiven »Krankheitslehre« werden. Allein die Bezeichnung eines zuvor namenlosen Symptoms kann dieses als etwas Bekanntes und damit weniger Beunruhigendes erscheinen lassen und beinhaltet den Ansatz seines Verständnisses.

Hat ein Mensch z. B. heftige Bauchschmerzen und fürchtet das Schlimmste, sucht er einen Arzt auf, der ihn untersucht, und hofft, dass der Arzt seine Not versteht, die Symptome benennen kann und Besserung in Aussicht stellt. Patient und Arzt nehmen damit basale Beziehungserfahrungen aus frühester Kindheit auf, wenn sich das Kleinkind vor Schmerz schreiend an seine Mutter wendet und dadurch Erleichterung erfährt, dass diese den Schmerz zunächst mittels Einfühlung zu lindern vermag. Die Kenntnisse, über die sie aufgrund ihrer lebensweltlichen Erfahrung verfügt und in dieser Situation einsetzt, stellen eine frühe Triangulierung her und vermitteln dem Kind die Erfahrung, dass mit Einfühlung gepaartes Verstehen hilfreich ist und Not lindert. Die Erwartungen eines Patienten an einen Arzt enthalten immer Elemente dieser frühen Beziehungserfahrung, so aufgeklärt der Patient auch sein mag, soviel Information auf gleicher Augenhöhe er sich auch wünschen mag. Michael Balint sprach von der »Droge Arzt« (E. Balint 1976), mit der Placebo-Wirkungen zu erklären sind.

1 Loch zitiert hier seinen Vater »aus einem seiner Aufsätze« ohne weitere Literaturangabe.

Magische Vorstellungen aus frühen Beziehungserfahrungen, die die medizinische Krankheitslehre vor der Aufklärung beherrschten, sind auch heute in verschiedener Weise weiter latent hoch wirksam.

In seelischer Not folgen die einfachsten Krankheitserklärungen dualistischem Denken: gut/böse, krank/gesund. Dies entspricht frühen Spaltungsmechanismen, die in bedrohlich erscheinenden Situationen eine erste Orientierung bieten und Sicherheit vermitteln. Erkrankungen und ihre Symptome haben intrapsychisch dann z. B. die Funktion böser Objekte. Sie werden mit bewussten und unbewussten Phantasien und Bedeutungszuschreibungen zu entsprechenden Repräsentanzen verknüpft, die sich auf die Lebenswelt und damit auch auf den Umgang mit der Krankheit auswirken, wie ich es an Diabetespatienten beobachten konnte. Durchaus aufgeklärte Patienten hatten z.B. Vorstellungen von kleinen Tierchen, die an jeder Zelle nagen, oder von einem großen Gepäckstück, das sie mit sich herumschleppen müssen usw.

Reifere Verarbeitungsmechanismen erlauben es, mit Krankheit verbundene Phänomene wie Schmerz und Angst auch als sinnvolle Warnsignale und nicht nur als lästige, sofort abzustellende Symptome zu interpretieren, was sich auf den Umgang mit Krankheiten und Therapieempfehlungen auswirkt. Mit der Überwindung der Spaltung kann Realität anerkannt und Trauerarbeit möglich werden. Sie ist insbesondere bei Krankheiten erforderlich, deren Verlauf keinen *status quo ante*, keine *restitutio ad integrum* erwarten lässt. Mit ihrer Hilfe können schmerzhaft, durch die Krankheit erforderlich gewordene Separations- und Loslösungsprozesse, Erfahrungen des Verlustes und des Alleinseins, ertragen werden.

In seiner Arbeit »Über das Bedingungsgefüge ›Schmerz-Abwehr-Ich-Trieb-Bewusstsein«. Freuds Beitrag zur Frage des psycho-somatischen Zusammenhanges« stellt Wolfgang Loch (1989) fest, dass eine

Schmerzempfindung ›das späte Resultat eines hochkomplexen [...] essentiell interpretativen Prozesses, seiner vorbewussten Verarbeitung und intellektuellen Ausdeutung² ist, wobei im Rahmen dieses Geschehens der sozialen Praxis, der Einstellung und Bewertung, die die Gesellschaft, die die emotionalen Bezugspersonen dem Schmerz-Haben beimessen, eine eminente Bedeutung zukommt. (Loch 1989, 110)

2 Hier zitiert Loch: Abel (1985), 81.

Diese über 20 Jahre alte bio-psycho-soziale Schmerzbeschreibung Lochs entspricht modernen Erkenntnissen über die Entstehung chronischer Schmerzen ebenso wie einem psychoanalytischen Krankheitsverständnis.

Zur Krankheitslehre Freuds und Lochs

Das psychoanalytische Verständnis neurotischer Erkrankungen begann bekanntlich mit Freuds Beobachtungen hypnoider, vom Bewusstsein abgespaltenen Zustände hysterischer Patienten. Zunächst interpretierte er die Symptome als Reaktion auf reale äußere Ereignisse, insbesondere auf sexuellen Missbrauch. Später konnte er zeigen, dass »hysterische Reaktionen« auch aufgrund phantasierter Ereignisse entstehen können. Hypnoide Zustände und Konversionssymptome wurden als zielgerichtete und sinnvolle unbewusste Ich-Leistungen zur Lösung ebenfalls unbewusster Konflikte verstehbar. Die innere Realität mit ihrer individuellen subjektiven Bedeutung bestimmt damit das Erleben des Einzelnen ebenso wie die äußere Realität – eine für die Psychoanalyse grundlegende Erkenntnis, die ihr Menschenbild wesentlich prägt. Wohl in jeder analytischen Behandlung ist eine angemessene Anerkennung beider, der inneren wie der äußeren Realität, und ihres Wechselverhältnisses zu erarbeiten.

Freud hat Gesundheit als »im ganzen uneingeschränkte Leistungs- und Genußfähigkeit« (Freud 1912 c, 327) definiert, was oft auch verkürzt als »Fähigkeit, lieben und arbeiten zu können« wiedergegeben wird. Zum Krankheitserleben schreibt er: »Es ist allgemein bekannt und erscheint uns selbstverständlich, daß der von organischem Schmerz und Mißempfindungen Gepeinigte das Interesse an den Dingen der Außenwelt, soweit sie nicht sein Leiden betreffen, aufgibt« (Freud 1914 c, 147). Freud zitiert dazu Wilhelm Busch: »Einzig in der engen Höhle des Backenzahnes weilt die Seele« (a. a. O., 148). Die Seele zieht sich in den Zahn zurück, ihr ganzes Interesse ist auf diesen Körperteil zentriert. »Genauere Beobachtung lehrt, dass er auch das libidinöse Interesse von seinen Liebesobjekten zurückzieht, aufhört zu lieben, solange er leidet« (a. a. O., 148). Diese Beobachtung gilt ebenso für psychische Erkrankungen. Bezeichnungen wie »hypochondrisch«, »autistisch« und »depressiv« beschreiben Phänomene, zu denen der Rückzug libidinöser Objektbesetzung gehört.

Bezogenheit auf den eigenen Körper bzw. auf sich selbst und Rückzug aus Beziehungen sind demnach Merkmale von körperlicher ebenso wie von psychi-

scher Krankheit. Gesundheit hingegen ist durch Objektbezogenheit gekennzeichnet, durch Interesse an der Außenwelt, eben durch die Fähigkeit, lieben und arbeiten zu können, tätig und erfüllt zu sein, wie Gadamer (1993) in der bereits zitierten Arbeit formulierte.

In der Psychoanalyse ist mit der Objektbeziehung in der Regel die innere Vorstellung des Miteinanders von Subjekt und Objekt, ihre Repräsentanz gemeint. Die Qualität der realen, nicht der verinnerlichten, Objektbeziehung ist Gegenstand der in den letzten Jahren zunehmend angewandten Bindungsforschung, die sich aus der Psychoanalyse entwickelt hat. Ich erwähne sie hier, weil in vielen Studien messbare Bindungsqualitäten wie »unsicher vermeidend« und »desorganisiert« als Merkmal eines psychoanalysenahen Krankheitsverständnisses verwendet werden. Die heute moderne Betonung relationaler Aspekte und motivationaler Konzepte setzt sich aber über die spezifische Errungenschaft der Psychoanalyse hinweg, ausgehend von der Triebtheorie Freuds und ihren Weiterentwicklungen die sich aus ihr ergebende konstitutionelle Konflikthaftigkeit des Menschen in den Blick zu nehmen.

Das erste Kapitel der *Krankheitslehre der Psychoanalyse*, deren sechste Auflage noch von Loch selbst gemeinsam mit Helmut Hinz bearbeitet wurde, enthält grundsätzliche Aussagen zur Wissenschaftstheorie und zum Krankheitsverständnis. Die übrigen Kapitel zu einzelnen Krankheitsbildern sind Beiträge von Hermann Roskamp und Klaus Wilde, von Peter Kutter und Thomas Müller, von Wolfgang Wesiack und von Alex Holder.

Loch beginnt mit folgendem Satz: »Das Verständnis von Krankheit ist also die Grundlage, auf der sich die Psychoanalyse insgesamt entwickelt hat, und zwar nicht nur als [...] eine Behandlungstechnik [...] für psychoanalytische Psychotherapie«, sondern auch als eine »eigene Forschungsmethode« und als Teil einer »umfassenden Persönlichkeitstheorie« (1999, 11). Er weist also darauf hin, dass die Krankheitslehre nur als Teil der Psychoanalyse verstanden werden kann. Sie verfügt über eine eigene Forschungsmethode, eine Metapsychologie, eine Behandlungsmethode, nämlich die psychoanalytische Psychotherapie, und eine Persönlichkeitstheorie, die ihrerseits, möchte ich hinzufügen, Kern der psychoanalytischen Kulturtheorie ist.

Grundlage der psychoanalytischen Persönlichkeitstheorie ist »die Bildung von Wünschen; ein seelisches Fundamentalereignis, das in enger Nachbarschaft

zur Imagination und Phantasietätigkeit steht, zur Wahrnehmung und Entstehung von psychischen Symbolen und Repräsentanzen« (a. a. O., 41). Im Unterschied zu Wahrnehmungen bleiben Repräsentanzen nicht abhängig von der realen Gegenwart der Objekte. Sie beginnen ein intrapsychisches Eigenleben. Im Gefolge davon »entwickeln sich Phantasien, z. B. auch Tagträume [...] und Nachträume« (a. a. O., 41). »Phantasien im Körper, Phantasien über den Körper, visuelle Bilder und zuletzt, auf der nächsten Funktionsebene, Gedanken, bilden dann eine Abfolge von Wiederversicherungen einer dagewesenen Befriedigungserfahrung« (a. a. O., 43).

Damit beschreibt Loch in wenigen Sätzen Grundlagen eines gesunden Seelenlebens. Gelingt der skizzierte Repräsentationsprozess einer »dagewesenen Befriedigungserfahrung« nicht, wird eine Er-Innerung nur teilweise verinnerlicht und bleibt präsent. Dieser unabgeschlossene »Verdauungsprozess« ist Kern eines oft verkürzten Traumverständnisses. Heute würde es modern heißen, sie kann nicht »mentalisiert« werden, womit eigentlich aber nichts Neues gesagt wird.

»Entdeckt«, so Loch weiter,

wurde die steuernde, regulierende Funktion des Lust-Unlust-Prinzips an bestimmten psychopathologischen Verhaltensformen, nämlich solchen, die in Folge ihres dranghaften, triebartigen Charakters zum unmittelbaren und unaufschiebbaren Ausdruck, zu sofortigen Handlungen zwingen. (a. a. O., 42)

Affekte werden dann direkt oder in transformierter Weise zu Symptomen. Die Affektregulation gilt als wesentliches Merkmal psychischer Gesundheit bzw. ihrer Störung. Neben der Gruppe der affektiven Störungen wird im DSM 5 erstmals eine *Disruptive Mood Disorder* sogar als eigenständiges Störungsbild aufgeführt.

Dass die Krankheitslehre Grundlage ihrer Persönlichkeitstheorie ist, wird der Psychoanalyse heute kritisch entgegengehalten. Sie differenziert nicht ausreichend und eindeutig zwischen gesund und krank. Wenn z. B. jedem Menschen ein Ödipuskomplex unterstellt werde, werde jedermann pathologisiert. Tatsächlich versteht die Psychoanalyse diese Konflikte als konstitutionell zum Menschen gehörig. Es entstehen mit der psychoanalytischen Krankheitslehre fließende Übergänge von normal zu anormal. Seelisch Kranke sind demnach keine besonderen Menschen, sondern das Abweichende gehört zum Normalen,

das sich der gleichen psychischen Mechanismen bedient. Damit erregt die Psychoanalyse Anstoß und fordert Widerspruch heraus.

Die Psychoanalyse will die Ursachen psychischer Krankheit entschlüsseln, die in Trieben und Affekten begründet sind. Sie beschäftigt sich mit »Trieben, die zwar in einem interaktionellen Kontext gestaltet werden, ihm aber nicht allein ihre Entstehung verdanken«, und außerdem mit Phänomenen wie Angst und Schmerz (und Affekten, Emotionen überhaupt). Beide Faktorengruppen determinieren »kausal« (a. a. O., 15). Freud hatte Trieb als einen »Grenzbegriff zwischen Seelischem und Somatischem, als psychische Repräsentanz der aus dem Körperinneren stammenden, in die Seele gelangenden Reize« bezeichnet, »als ein Maß der Arbeitsanforderung, die dem Seelischen infolge seines Zusammenhanges mit dem Körperlichen auferlegt ist« (Freud 1915 c, 214).

Die Triebkräfte zielen auf ein variables Objekt »an welchem oder durch welches sie ihr Ziel, die Befriedigung, erreichen« (Loch 1999, 33, beziehend auf Freud 1915 c, 215). Damit wird die bereits anfänglich vorhandene zwischenmenschliche, die soziale Dimension des Triebes deutlich, die später in Form internalisierter Objektbeziehungen weiter wirkt. Ein Trieb ist nach Lochs Auffassung nicht primär und apersonal, und er wird auch nicht allein durch rätselhaft Botschaften Erwachsener in die Kleinkinder implementiert, wie Laplanche (2009) meint, sondern er entsteht, wenn ein somatisches Bedürfnis zu einer lustvollen Erfahrung mit einem realen Gegenüber führt und mit dieser legiert wird, prototypisch beim Stillakt. Das biologische Bedürfnis einerseits sowie in zwischenmenschlichen Beziehungen entstehende Lusterfahrungen andererseits konstituieren Begierde und mit ihr die lebenslange Suche nach Triebbefriedigung.

Diese Konzeption eines objektgerichteten Triebes zeigt, dass die Kritik, die Psychoanalyse sei vor ihrer relationalen Wende eine Einpersonenpsychologie gewesen, nicht zutrifft. Als Einpersonenpsychologie würde die Psychoanalyse der sozialen Konstitution des Menschen und seines Trieblebens allerdings tatsächlich nicht gerecht. Auf die unterschiedlichen, im Laufe der psychoanalytischen Theoriebildung entstandenen Triebkonzepte, deren Entwicklung Loch nachzeichnet, kann ich hier nicht näher eingehen. In der sechsten Auflage (a. a. O., 39) wird der Hinweis auf Claudia Franks (1994) wichtige Differenzierung des Todestriebes gegeben. Ihr zufolge ist eine lebensnotwendige Komponente des Todestriebes, die *catastrophic change* ermöglicht, von einer fatalen Komponente, die Katastrophe statt Veränderung sucht, zu unterscheiden.

Bei ihrem aus dem Triebcharakter stammenden Drängen nach Befriedigung stoßen Wünsche auf äußere wie auf verinnerlichte Widerstände. Das Angewiesensein auf ein befriedigendes Objekt wird offenbar. Dabei entstehen unvermeidlich Konflikte, denen mit Abwehrmechanismen begegnet wird. Letztere ermöglichen den Verzicht auf sofortige Triebabfuhr und fördern den Aufbau der Repräsentanzenwelt. Die aus Konflikten entstehende Spannung wird bei unzureichender Abwehr als Angst wahrgenommen und direkt als Angstsymptom oder verkleidet »in neurotischen, insbesondere hysterischen Zuständen (Anfällen, sensorischen oder motorischen Syndromen etc.), aber auch in Zwangsmechanismen, Phobien und anderen psychopathologischen Phänomenen« (a. a. O., 35) ausgedrückt.

Trieb und Trauma

Die Frage, ob psychische Symptome eher auf eine innerseelische Konfliktverarbeitung oder auf traumatische Erfahrungen zurückzuführen sind, hat die Psychoanalyse von Anfang an beschäftigt. Freud beantwortet sie wie folgt:

Es gibt Fälle, in denen das ganze Schwergewicht der Verursachung auf die Sexualerlebnisse der Kindheit fällt, in denen diese Eindrücke eine sicher traumatische Wirkung äußern und keiner anderen Unterstützung dabei bedürfen, als ihnen die durchschnittliche Sexualkonstitution und deren Unfertigkeit bieten kann. Daneben andere, bei welchen aller Akzent auf den späteren Konflikten liegt und die analytische Betonung der Kindereindrücke durchaus als das Werk der Regression erscheint; also Extreme der »Entwicklungshemmung« und der »Regression«, und zwischen ihnen jedes Ausmaß von Zusammenwirken der beiden Momente. (Freud 1916–17 a, 378 f.)

Auch Loch verband die traumatische Genese mit der Triebgenese. Traumatische Verletzungen bewirken, wie er schreibt, Ich-Veränderungen, sie hinterlassen Narben. Wenn die auf traumatisches Erleben zurückgehenden Ich-Veränderungen »sich nun als hinderlich für die Erledigung der neuen Lebensaufgaben erweisen, so kommt es nun zu schweren Konflikten zwischen den Anforderungen der realen Außenwelt und dem Ich [...], das seine im Abwehrkampf mühsam erworbene Organisation bewahren will« (Freud 1939 a, 182). Jede potentiell traumatische Erfahrung interagiert mit einer vorher bestehenden psychischen Struktur. Überfordert sie deren Verarbeitungskapazität, entsteht ein Trauma als

Produkt aus Einwirkung äußerer Kräfte und fehlender Integration des Erlebten. Psychoanalytiker »können nicht einfach ›den Holocaust‹ oder irgendein anderes Trauma behandeln. Sie behandeln das Individuum mit all den Verwicklungen, das ein Trauma nach sich zieht« (Oliner 1999, 1133 f.).

Dem zweiten Abschnitt seiner Einführung stellt Loch ein Zitat Wittgensteins voran: »Meine Einstellung zu ihm ist eine Einstellung zur Seele. Ich habe nicht die Meinung, dass er eine Seele hat« (Wittgenstein, 1945–49, 495, zit. n. Loch 1999, 18).

Die Einstellung zur Seele, so lässt sich dieses Zitat interpretieren, ist eine Einstellung zu etwas, was das Gegenüber nicht im Sinne eines Objektes »hat«, sondern zu etwas im Moment der Begegnung Entstehendem, sich dynamisch ständig wieder Herstellendem und Veränderndem. Dieses Zitat erinnert an die Unterscheidung zwischen »Körper haben« und »Körper sein« (vgl. dazu Freud 1923 b, 253), Körper als Subjekt und als der Seele gegenüberstehendes Objekt zugleich. Auf das Verständnis psychischer Krankheit bezogen »haben« wir keine Krankheit, sondern sind wir mit der Krankheit, wir produzieren sie im zwischenmenschlichen Miteinander. Wenn die Seele sich in die Höhle des Backenzahnes zurückgezogen hat, wünschen wir vielleicht die Extraktion des Zahnes, mit der wir den Quälgeist loswerden, uns von ihm als dinglichem Objekt trennen könnten. Besser, im Sinn des Lebens, wäre wohl seine Sanierung, sein Erhalt und – in seelischer Hinsicht – die Integration des »eigenen Quälgeistes«.

Wer sich selbst als Produzent oder Koproduzent psychischer Krankheit zu erkennen vermag, hat die Fähigkeit gewonnen, Schmerzhaftes zu integrieren, und die Freiheit, sich selbst ändern zu können. Dieser Einsicht geht in Psychoanalysen meist ein langer schmerzhafter Entwicklungsprozess voraus.

Das Zusammenwirken belastender Erlebnisse und innerer Triebwünsche möchte ich mit einer Fallvignette illustrieren. Eine 29-jährige Analysandin begann die Stunde mit einem Bericht über den vergangenen Abend. Sie sei mit Freunden zusammen gewesen und hätte sich lebhaft mit ihnen unterhalten. Im Laufe des Gespräches hätten sich zunehmend Gedanken an die Beziehung zu mir in das Gespräch hineingedrängt, was aber niemand habe merken sollen. Sie habe sich zurückgezogen, sei zunehmend aus dem Gesprächszusammenhang mit den Freunden herausgefallen, habe sich gehemmt gefühlt, nichts sei mehr gegangen, so wiederholt sie mehrfach, für meine Ohren in klagsamer Weise. Ich fühle

mich von diesen Wiederholungen, wie so oft, wenig angesprochen. Ich befinde mich nicht in einem lebendigen Austausch mit der Patientin, habe den Kontakt zu ihr verloren, genauso, wie sie es vom Zusammensein mit ihren Freunden am letzten Abend berichtet. Sie bricht ihren Bericht ab und schweigt. Mir scheint die Zeit nicht zu vergehen, ich blicke wiederholt auf die Uhr. Gehemmter Stillstand breitet sich aus. Dann höre ich die Patientin sagen, sie habe geträumt, dass sie in einem namentlich bezeichneten Lokal einen Typen, »so einen wie Sie«, sagt sie, getroffen hätte. Das wäre, so ihre Assoziation, ganz toll, würde aber auch alles kaputt machen.

Der Traumbericht der Patientin erregt nun meine Aufmerksamkeit. Er spielt in einem Lokal, von dem sie annehmen kann, dass ich es kenne. Ihrem manifesten Traum folgend stelle ich mir vor, sie dort zu treffen, und es entstehen Bilder einer lebendigen Begegnung. Ich habe das Gefühl, mich bei diesen Vorstellungen, die im Gegensatz zu dem gelangweilten Gefühl vorher stehen, zu ertappen, als seien sie verboten. Die Begegnung findet sozusagen in einem abgetrennten *Séparée* statt. In dieser Hinsicht bin ich mit der Patientin identifiziert.

Leider kann ich hier nicht die ganze Entwicklung der Analyse darstellen, die diese für weite Strecken der Analyse charakteristische *Vignette* verständlicher werden ließe, sondern nur kurz zusammenfassen:

Die Patientin hatte einen gewalttätigen Onkel, der an Stelle des vor ihrer Geburt verstorbenen Vaters im Haushalt lebte und sie wiederholt schwer misshandelt und sich ihr unsittlich genähert hatte. Sie hatte sich in ihrem Elternhaus regelmäßig verbarrikadiert, sobald ihr dies möglich war. Diese Barrikade errichtete sie, einem unbewussten Wiederholungszwang folgend, auf immaterielle Weise immer wieder zwischen sich und anderen Menschen, auch zwischen sich und dem Analytiker. Die Langeweile, die sich oft in mir ausbreitete, war ein Baelement dieser von ihr gemeinsam mit mir errichteten Barrikade. Sie lähmte und verhinderte damit verbotene Übergriffe, erstickte aber auch als unerlaubt erlebte Phantasien im Ansatz und verschloss damit einen inneren Gedanken-spielraum.

Ein weiteres Baelement dieser Barrikade stammte aus der Identifikation mit einer Mutter, die ihrerseits vom Onkel, der ihr Bruder war, in Anwesenheit der kindlichen Patientin misshandelt worden war. Die Patientin erinnert lebhaft den entsetzten Blick der Mutter, die vom Onkel angewidert und erstarrt war. Sie habe sich nicht bewegt und sich nicht offen gegen seine Gewalttätigkeit zur

Wehr setzen können. Diese Elemente hatten sich in die Patientin eingepflanzt, und sie gestaltete ihr Beziehungserleben immer wieder mit diesen Elementen. In der Analyse herrschte ebenso Erstarrung wie in ihrem Leben, meine psychoanalytische Aktivität wurde paralytisiert.

Ödipalen Wünschen, die in ihrem Traum ungeschützt durchbrechen, wird mit der gegen Übergriffe erzeugten Abwehrbarrikade begegnet. Schon Phantasietätigkeit könnte, mit den Worten der Patientin, »alles kaputt machen«. Triebwünsche und die Erfahrung, einem eindringenden Ungeheuer hilflos ausgesetzt zu sein, waren miteinander verbunden und wurden in dieser Weise zum Ausdruck gebracht. Es erforderte mehrere Jahre analytischer Arbeit, um diese Erstarrung zu lösen und ganz vorsichtig mehr Lebendigkeit zulassen zu können, die ich lange nicht ansprechen durfte, sollte das zarte Pflänzchen nicht zertreten bzw. analysierend zerschnitten werden. Dieses Beispiel veranschaulicht, dass Neurotiker ihren »aktuellen Lebensvollzug immer noch auf der Basis dieser Elternbeziehungen erleben und verarbeiten« (Loch 1999, 64).

Die therapeutische Beziehung

Entscheidend für den Gewinn wissenschaftlicher Erkenntnis sind die Versuchsbedingungen, in unserem Fall die psychoanalytische Arzt-Patient-Beziehung, die Loch wie folgt charakterisiert: Das erste Moment ist unspezifisch und besteht darin, dass ein Patient einen Arzt aufsucht und Hilfe bei der Bekämpfung seines Leidens sucht. Das zweite, spezifische Moment besteht darin, dass der Arzt überraschenderweise vermeidet, das Symptom als vordringlichstes direkt und unmittelbar zu behandeln, und sein Augenmerk auf »diejenige ›Schicht«, die in kausal-genetischer Betrachtung vor dem Symptom liegt, richtet, was sich aus der bekannten Möglichkeit der Symptomverschiebung ergibt« (a. a. O., 19). Loch weist auf die in der Behandlung neurotischer Patienten gewonnene Erfahrung hin, »dass Symptome im Verlauf der psychischen Therapie verschiebbar wurden und dass sich zudem Affekte durch Symptome vertreten lassen und umgekehrt« (a. a. O., 42). Bis heute hat sich diese Erkenntnis noch nicht allgemein durchsetzen können. Viele Psychotherapiestudien untersuchen rein symptomatische Ergebnisse mit Katamnesezeiträumen von wenigen Wochen.

Das dritte Moment der Arzt-Patient-Beziehung besteht darin, dass alle Mitteilungen des Patienten »in Verbindung zu seinem Krankheitszustand stehend

angesehen werden und dadurch eine Beziehung zur Person des Arztes« (a. a. O., 20) gewinnen, das heißt Beiträge zur sich entwickelnden Übertragungsneurose darstellen, deren Analyse dann »die Chance zu einer seelischen Umwandlung und Umstrukturierung« bietet. »Der Patient inszeniert diejenigen zwischenmenschlichen Konstellationen im Verhältnis, im Umgang mit dem Arzt, die den Ursprung seiner Krankheit enthüllen« (a. a. O., 20). Damit Deutungen wirksam werden können, bedarf es sowohl eines Rahmens, des »Settings« und des »Holdings« als auch der »nicht mittels Deutung virtualisierten Real-Objekt-Anteile des Analytikers« (a. a. O., 17). Der Analytiker wirkt an der Entstehung der jeweiligen Übertragungskonstellation mit, wie die Vignette illustrieren sollte.

Die Beteiligung des Psychoanalytikers an der Herstellung der Übertragungssituation, die das moderne Verständnis von Psychoanalyse kennzeichnet, ist – wie man sieht – so neu nicht. Loch spricht davon, dass das Verhalten des Analytikers »stets Züge enthält, die sich dazu eignen, dass sie der Patient an seine Übertragungsphantasien assimiliert« (a. a. O., 20).

Auf theoretischen Grundannahmen basierende Hypothesenbildungen des Analytikers müssen durch andere Beobachtungen verifiziert werden. Diese Beobachtungen ergeben sich aus Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomenen in der Arzt-Patient-Beziehung. Die Lösung neurotischer Konflikte ist nicht durch kognitive Einsicht, sondern durch die Bearbeitung des aktualisierten emotionalen Geschehens in der analytischen Beziehung zu erreichen. Dadurch eröffnen sich zuvor durch neurotisches Elend verstellte Entscheidungsmöglichkeiten.

Ödipale Konstellationen und die depressive Position

Loch hat die zentrale Bedeutung der ödipalen Konstellation betont. Ich möchte an Laios, den Vater des Ödipus, erinnern. Laios will verhindern, dass die Vorhersage des Teiresias eintritt, er werde eines Tages von seinem Sohn erschlagen werden. Er entzieht Ödipus die elterliche Fürsorge und setzt ihn aus. Damit nimmt das Drama seinen Lauf: Ödipus tötet seinen Vater, den er nicht kennen konnte, weil er sich ihm entzogen hatte. Versteht man das vorhergesagte Erschlagen als Metapher für die Ablösung einer Generation durch die nächste, so kann Laios die Lebensstatsache seiner Vergänglichkeit nicht anerkennen. Ablösung und gewaltsames Erschlagen sind nicht dasselbe, vermutlich hat die

Ablösung im Empfinden der abgelösten Generation aber unvermeidbar etwas Gewalttames, Erschlagendes, das dem Generationenwechsel innewohnt.

Dieser Aspekt eröffnet ein unmittelbares Verständnis für die Verknüpfung der ödipalen Konfliktthematik mit der depressiven Position, wie Loch sie vornimmt, wenn er feststellt, dass der Eintritt

in die depressive Position gleichzeitig mit dem Eintritt in die frühe ödipale Konstellation verläuft. Wenn das infantile Ich das Objekt und sich selbst als ganzes und getrenntes wahrnimmt, dann läuft der Verlust der Phantasie, im ständigen Besitz des Objektes zu sein (depressive Position), parallel zu dem Verlust der Phantasie, im alleinigen Besitz des Objektes zu sein (ödipale Konstellation). Dies ist klinisch bedeutungsvoll, weil in dieser Sichtweise der Ödipuskomplex nur durchgearbeitet werden kann, wenn die depressive Position durchgearbeitet wird und umgekehrt. (a. a. O., 52)

Gelingt dies nicht, entsteht eine pathologische Organisation. Das Oszillieren zwischen paranoid-schizoider und depressiver Position, letztere mit der Erfahrung »psychischen Schmerzes«, wird vermieden, mit Wachstumsschmerz verbundenes psychisches Wachstum wird behindert, die *facts of life* werden verleugnet und damit psychische und psychosomatische Krankheit gefördert.

Meine Absicht war, Lochs objektbeziehungstheoretisches Krankheitsverständnis, das von einer »wechselseitigen Konstitution von Triebkräften und Objekten« (a. a. O., 25) ausgeht, deutlich zu machen. Solche dynamischen Aspekte stehen im Zentrum von Fallberichten, in denen das von Analysand und Analytiker gestaltete mikroprozesshafte Geschehen, und damit auch das Krankhafte, sich manifestiert.

Krankheitsverständnis mit Hilfe der Kontaktschranke

Zum Verständnis unbewusster Mikroprozesse eignet sich das Konzept der Kontaktschranke. Ich möchte Ihnen meine zusammengefassten Überlegungen als Ergänzung zu Lochs Krankheitslehre kurz vortragen.

Die physiologische Körpergrenze wird durch die Haut markiert, die in lebendigem Austausch mit der Umgebung steht. Bei Hitze transpiriert sie, gegen Kälte bildet sie eine Gänsehaut, bei Scham errötet sie, verbirgt etwas, teilt aber gleichzeitig mit, dass es etwas zu verbergen gibt, und gibt damit etwas preis. Die Haut ist, wie die Psyche, selbst ein psychosomatisch rege agierendes,

zwischen innen und außen vermittelndes und regulierendes Organ. Eine analoge psychische Grenzlinie wird zwischen Subjekt und Objekt, Selbst und Anderen gedacht. Dass Grenzen zwischen Selbst und Anderen nicht einfach zu ziehen sind, zeigen Zugehörigkeiten zu einer Gruppe mit dem teils regressiven Erleben erweiterter Ich-Grenzen, z.B. bei sportlich-nationalistischen Identifizierungen.

Freud (1950 c [1895]) entwickelte als Modell einer Ich-Grenze zunächst das Konzept der Kontaktschranke, das auf der Grundlage der gerade entdeckten Nervenzellen physiologisch konzipiert war. Der zusammengesetzte Begriff erinnert daran, dass zunächst etwas getrennt sein muss, also »beschränkt«, beschränkt bzw. eingeschränkt, bevor es überhaupt in Kontakt zu einem anderen, seinerseits »beschränkten« Gegenüber treten kann. Eine Kontaktschranke trennt zwischen Subjekt und Objekt und ermöglicht zugleich deren Beziehung.

Nachdem sich auch andere Autoren wie z.B. Federn (1978) mit der Ich-Grenze beschäftigt hatten, modifizierte Bion (2013 [1962]) das Konzept der Kontaktschranke. In seinem Modell beschreibt er, wie unmittelbar körperlich wahrgenommene Empfindungen, die er Beta-Elemente nennt, zu psychischen Erfahrungen transformiert werden. Aus Beta-Elementen werden in diesem Transformations- oder Verdauungsprozess Alpha-Elemente, d.h. die körperlichen Empfindungen werden »alphabetisiert«, lesbar und verstehbar. Zu Beginn des Lebens nimmt zunächst die pflegende Mutter die Funktion psychischen Verdauens wahr, indem sie auf das Kind einströmende Reize und seine Reaktionen wahrnimmt und deutet. Sie fühlt sich in das Hungergefühl, den Schmerz oder die Kälte ein, hat Verständnis für das Kind, reagiert aber nicht ebenso beunruhigt, weil sie die Empfindungen des Kindes erahnen und einordnen, verstehen, benennen und verändern kann.

Das zunächst seinen Empfindungen gegenüber analphabetische Kind lernt in der Pflegebeziehung allmählich seine Wahrnehmungen und seinen Körper zu lesen. Es internalisiert die Erfahrung, die es mit seiner Mutter macht, ihre pflegende, Reize verdauende, containende Funktion. Mit ihrer Verinnerlichung und Aneignung entsteht eine Kontaktschranke, die vor äußeren und inneren Reizen schützt und nicht beliebig überwunden werden kann. Die skizzierte Säugling-Mutter-Interaktion kann als Prototyp für spätere zwischenmenschliche Begegnungen, die sich an bereits bestehenden aber in dauerndem Wandel befindlichen Kontaktschranken ereignen, verstanden werden.

Psychisch kranke Menschen werden vom Volksmund manchmal als »nicht ganz dicht« diskriminiert. Sie können unter zu offenen oder zu dichten Grenzen leiden. Ein zentraler Beziehungskonflikt psychisch kranker Menschen besteht zwischen ihrem Wunsch nach (verschmelzender) Nähe und ihrer Angst, darin zu »verbrennen«, ihre Grenzen zu verlieren, zu fragmentieren.

Auch bei unkontrollierten Affektdurchbrüchen, die die Grenzen anderer verletzen, können wir uns undichte Grenzen vorstellen, die allzu viel ungebremst und unkontrolliert herauslassen. Als Abwehr gegen die Angst, unkontrolliert zu sein, sich aufzulösen, zu zerfließen, sich zu verlieren etc. können die Grenzen geschlossen werden. Autistische Grenzsicherung kann als Reaktion auf undichte Grenzen verstanden werden. Die Symptome schaffen dann die nötige Distanz, sie schützen vor zu großer Nähe.

In wohl jeder zwischenmenschlichen Begegnung sind sowohl sich verschließende als auch spaltende und sich verständigende Kontaktqualitäten zu finden. Ziel der psychoanalytischen Begegnung ist, das Geschehen an der Kontakt-schranke zu alphabetisieren, also sich zu verständigen und zu verstehen. Die Aufgabe des Psychoanalytikers kann als Arbeit an der gemeinsamen Kontakt-schranke verstanden werden, die darauf zielt, sie für den Patienten in einer für ihn verträglichen Weise flexibel kontrollierbar, also durchlässig und verschließbar, und ihn in diesem Sinne gesünder zu machen.

Psychoanalytisches Krankheitsverständnis im Gesundheitswesen heute

Ich möchte nun noch einige Überlegungen zur Veränderung des allgemeinen Krankheitsverständnisses in den letzten Jahrzehnten anstellen. Eine dem psychoanalytischen Krankheitsverständnis inhärente sinnstiftende Kausalzuschreibung seelischer Erkrankung ist der Medizin und Psychologie verloren gegangen. Im ICD (Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitssysteme der Weltgesundheitsorganisation WHO), über das Sozialgesetzbuch auch für das deutsche Gesundheitswesen verbindlich, wurden Neurosen, die auf einen Kausalitätszusammenhang mit prägenden Lebenserfahrungen und unbewussten Konflikten verweisen, bereits 1991 gestrichen. Seither wird nicht mehr von psychischen Erkrankungen, sondern von »Störun-

gen« gesprochen, die rein deskriptiv anhand von Symptomlisten, Symptomkombinationen und Zeitdauer definiert werden. Der Anspruch, individuelle Ursachen seelischer Erkrankung zu erkennen, wurde aufgegeben. Interessanterweise wird im ICD bei allen anderen Organsystemen der Krankheitsbegriff weiter verwendet. Ein Ohr, ein Herz, eine Lunge, ein Magen und ein Bein z. B. können auch heute noch erkranken, eine Seele nach dem ICD nicht mehr, sie ist »gestört«, was sonst nur noch auf das Immunsystem zutrifft.

Rein phänomenologisch beschriebene Störungen von Funktionsabläufen, die behoben werden müssen, basieren auf einem mechanischen Bild der Seele. Es führt zu einer »Checklistenpsychiatrie« (Frances 2013, 54). Aus kranken Menschen werden Merkmalsträger. Mit Krankheit verbinden sich aber Geschichte und Leiden und damit das Erleben des Kranken, des leidenden Patienten, der sein jeweils subjektives Krankheitskonzept entwirft. Die »Ausgrenzung des homo patiens« (Schultz-Nieswandt 2013) verfolgt das Ziel, Krankheit auszublenden. Leiden und Schmerz sind z. B. im zertifizierten »schmerzfremden Krankenhaus« abzuschaffen.

Der chronisch kranke Mensch, der demente Mensch, der schwer pflegebedürftige Mensch [...] wird durch Haltungen sozial ausgegrenzt, die in tiefen seelischen Dispositionen der Urangst vor dem Fremden, als dem nicht Verstehbaren [...], wurzeln. (Schultz-Nieswandt 2013)

Beispielsweise wird mit der Pathologisierung von Trauer, wie sie der DSM 5 ab dem 15. Trauertag vornimmt, dem seelischen Schmerz die Würde genommen. Müller-Eckard (1951) warnte vor dem *furor sanandi* der modernen naturwissenschaftlichen Medizin, der gegen »die menschlichste, wichtigste und notwendige Leistung, die es gibt«, nämlich das Krankseinkönnen, gerichtet ist.

In der öffentlichen Wertediskussion wird der mit Störungsfreiheit verbundenen scheinbaren Selbstbestimmung des Individuums ein immer größerer Stellenwert zugemessen. Es scheint ein Recht auf lebenslang ungestörtes Funktionieren zu geben. Die Fortschritte bei der Entzifferung menschlicher Erbanlagen bewirken z. B. präventive Brustamputationen. Besonders deutlich wird der herrschende Autonomiefetischismus in den Diskussionen um die »end-of-life-decisions« (Stichworte: Patientenverfügung, ärztlich assistierter Suizid), in denen es nicht mehr vorgesehen ist, sich vertrauensvoll auf einen wohlmeinenden Anderen zu verlassen.

Viele Prozesse technischer, sozialer, ökonomischer und finanzpolitischer Natur, die unser Leben bestimmen, sind für den Einzelnen heute immer weniger durchschaubar, immer weniger nachvollziehbar und immer weniger mitbestimmbar. Ein naheliegendes Beispiel sind die Beipackzettel für Medikamente. Sie informieren den Verbraucher über alle bekannten Risiken und Nebenwirkungen. Dennoch bleiben sie unverständlich und haben, werden sie wirklich gelesen, überwältigenden Charakter. Je vollständiger sie werden, desto deutlicher wird die Abhängigkeit vom Vertrauen zum Verordnenden. Von einer »Autonomie« des Individuums kann eigentlich immer weniger die Rede sein

Zwischenmenschliche Solidarität auf der Basis der für den Menschen charakteristischen Fähigkeit, sich in den anderen einzufühlen, tritt als ethischer Wert in den Hintergrund. Das Angewiesensein des Individuums auf den Anderen, eine schlichte Lebensatsache, wird zum Skandalon und reflexhaft mit hilfloser Abhängigkeit assoziiert. Wahrscheinlich sinkt das Interesse an der Psychoanalyse auch, weil sie die Einsicht in die *facts of life* nicht erspart. Sie wird in einem individuellen psychoanalytischen Prozess in oft schmerzlicher Weise vermittelt.

In einem ökonomisierten Gesundheitswesen – heute wird von »Gesundheitswirtschaft« gesprochen – wird aus dem an einer Krankheit leidenden Patienten der Kunde, der eine zu behobende sinnlose Störung meldet. Aus den Heilberufen sind Gesundheitsberufe geworden. In einem medizinisch-industriellen Komplex wird standardisiert, normiert, die Behandlung automatisiert, manualisiert, zeitgetaktet und kalkuliert.

Die Europäische WHO-Konferenz mahnte bezogen auf psychische Erkrankungen:

Man muss sich nicht nur der Notwendigkeit bewusst sein, sein Wissen rational zu erweitern, sondern auch der Notwendigkeit, sich mit unbewussten Ideen und Einstellungen zur Prävention auseinanderzusetzen. (Weltgesundheitsorganisation 2006, 77)

Es ist bemerkenswert, dass die europäischen Gesundheitsminister empfehlen, die Dimension des Unbewussten zu berücksichtigen. Interessant ist natürlich, in welcher Gestalt das Unbewusste in der Wissenschaft heute gesucht wird. Dafür einige Beispiele:

Die Psychologie bedient sich in der Forschung immer häufiger bildgebender Verfahren, um unbewusste Vorgänge darzustellen. Ihre Produkte, wie NMR-

Bilder des Gehirns, findet man mittlerweile in jeder besseren Illustrierten. Mit Hilfe dieser bildgebenden Verfahren, die nicht selbsterklärend und nicht allgemein verständlich sind, aber so scheinen, wird Unsichtbares gebannt. Der Betrachter bleibt auf die dazu gelieferte Erklärung angewiesen.

Der Göttinger Psychiatrieordinarius Bandelow (2013) spricht davon, dass das EOS, das Endogene Opiat-System, von Freud als E S bezeichnet worden sei, während das Freud'sche »Über-Ich« dem sozialen Angstsystem einer angenommenen »moralischen Hirnregion« entspreche. Das Konzept des dynamisch Unbewussten, mit dem die Psychoanalyse arbeitet, geht jedoch weit darüber hinaus, wie der Germanist und Präsident der FU Berlin, Peter André Alt, mit folgenden Worten beschreibt:

Die Psychoanalyse ist die modernste aller Humanwissenschaften. Nicht nur ihre illusionslose Lehre vom Menschen, der im Bann des Unbewussten steht, sondern auch die Grundstruktur ihrer Darstellung im Lehrgebäude Freuds spiegelt die Konflikte, Aporien und Paradoxien der Neuzeit. Deren Drang zur Selbsterkundung, zur Ausforschung verborgener Spuren und Zeichen, ihre Lust an der Entlarvung des Geheimen finden in den systematischen Ordnungen der Psychoanalyse eine modellhafte Struktur. Wer von der Moderne spricht, spricht notwendig über die Psychoanalyse; er tut das nicht immer explizit, aber zwangsläufig. Die Moderne zu reflektieren heißt: von der Psychoanalyse begriffen, in ihr eingeschlossen sein. Auch Kritiker entkommen ihr nicht, weil ihr ein mächtiger Impetus eigentümlich scheint. Die Diagnose, die sie dem Trieb und dem Unbewussten stellt, erfasst unsere großen Erzählungen von der Kultur des Menschen. Niemand kann diese Erzählungen mehr anheben lassen, ohne den Deutungsmustern Freuds seinen Tribut zu zollen. (Alt 2013)

Loch hat sich kritisch zur Krankenkassenfinanzierung psychoanalytischer Verfahren geäußert. »Psychoanalyse auf Krankenschein« hieß es auf der Tagesordnung des damaligen DPV-Vorstandes. Loch wollte die Psychoanalyse unabhängig von äußeren Institutionen halten, die wie die Krankenversicherungen kontrollierend, z. B. über die Definition des Krankheitsbegriffes, in psychoanalytische Behandlungen eingreifen. Aus meiner heutigen Sicht ist die durch die Solidargemeinschaft der Versicherten finanzierte Psychotherapie eine soziale Errungenschaft, die allerdings auch zur Folge hatte, dass in Deutschland alle Psychoanalytiker ihre Ausbildungsfälle im Rahmen der Krankenkassenfinanzierung mit psychoanalytischer Psychotherapie behandeln und in der Regel auch danach in dieses System eingebunden bleiben, ja diese Einbindung ist Existenz-

grundlage der »Niedergelassenen«. Dieser Preis wurde dafür gezahlt, dass eine Anwendungsform der Psychoanalyse im System der Sozialversicherung breiten Bevölkerungsschichten zugutekommt. Im Preis inbegriffen sind weitere mit der Psychoanalyse schwer vereinbare Elemente wie die Krankenkassenanträge im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie, die begrenzten Kontingente, die Vorschrift der Frequenz und die Forderung von Wirksamkeitsnachweisen, die Kriterien der sogenannten evidenzbasierten Medizin erfüllen sollen.

Mit der zitierten Revision des ICD 1991 wurde ein bis heute bestehender Widerspruch zu den deutschen Psychotherapierichtlinien hergestellt, nach denen mit kassenfinanzierter psychotherapeutischer Behandlung seelisch Kranke behandelt werden und die eine ätiologische Orientierung der Psychotherapie vorschreiben. Die Richtlinie setzt in § 3 (1)

voraus, 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. (2) Die Theoriesysteme müssen seelische und körperliche Symptome als Ausdruck des Krankheitsverstehens eines ganzheitlich gesehenen Menschen wahrnehmen und berücksichtigen. Sie müssen den gegenwärtigen lebensgeschichtlichen und gesellschaftlichen Faktoren in ihrer Bedeutung für das Krankheitsgeschehen gerecht werden.

Dieses Krankheitsverständnis ist mit dem von Loch in der Krankheitslehre definierten vereinbar und bildet die Grundlage der Richtlinien, die also nicht nur einen hohen Preis gekostet, sondern auch etwas Wertvolles festgeschrieben haben. Angesichts des immer weiter um sich greifenden Störungsverständnisses und angesichts ebenso um sich greifender störungsspezifischer Differentialindikationen und Therapien stellen die Richtlinien eine Bastion psychoanalytischen Krankheitsverständnisses dar, das dank Lochs Krankheitslehre in dieser Weise formuliert worden ist. Wenn wir uns heute für den Erhalt dieser Richtlinien, einschließlich des dazugehörigen Gutachterverfahrens, und für die Erweiterung ihrer Anwendung auch für psychotisch erkrankte Menschen einsetzen, kämpfen wir auch dafür, dass das Denken Wolfgang Lochs gesellschaftlich wirksam bleibt.

Zusammenfassung

Die Krankheitslehre der Psychoanalyse ist der Titel des Lehrbuchs, konzipiert und herausgegeben von Wolfgang Loch, das Generationen von deutschen Psychoanalytikern, nicht nur während ihrer Ausbildung, begleitet hat. Diese Arbeit befragt das dort niedergelegte Krankheitsverständnis nach seiner Aktualität für die Psychoanalyse heute und nach seiner Relevanz für das aktuelle Gesundheitswesen. Es wird deutlich, dass Lochs Denken Eingang in die Psychotherapie-richtlinien gefunden hat, in denen es bis heute einem zeitgenössischen Störungsverständnis widersteht.

Summary

Thoughts on the Psychoanalytic Understanding of Pathology Today

Die Krankheitslehre der Psychoanalyse is the title of the textbook, conceived and edited by Wolfgang Loch, that has been a companion to generations of German psychoanalysts during their training and beyond. This paper questions the understanding of illness which is laid down there, both in terms of its relevance for psychoanalysis today and for the current health care system. It becomes clear that Loch's thinking has gained an entry into psychotherapeutic guidelines, where it continues to hinder a contemporary understanding of disorder.

Literatur

- Abel, G. (1985): Nominalismus und Interpretation. In: *Nietzsche und die philosophische Tradition*. Hg. von J. Simon. Würzburg: Königshausen und Neumann, 39–89.
- Alt, P.A. (2013): Einführung zur Universitätsvorlesung der FU Berlin »Who is afraid of Sigmund Freud? Perspektiven der Psychoanalyse heute«, WS 2013/2014.
- American Psychiatric Association (2013): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fifth Edition. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Balint, E. (1976): Michael Balint und die Droge »Arzt«. In: *Psyche – Z Psychoanal* 30, 105–124.
- Bandelow, B. (2013): <http://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/menschen/im-gespraech-borwin-bandelow-psihiater-viele-maenner-waeren-gerne-mal-hoeness-12177539.html> (Zugriff am 26. 1. 2014).

- Bion, W.R. (2013 [1962]): *Lernen aus Erfahrung*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Federn, P. (1978): *Ichpsychologie und die Psychosen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Frances, T. (2013): *Normal*. Köln: Dumont.
- Frank, C. (1994): »Weder Mensch noch Gebein« – Annäherung an eine »Erfindung«, die »Antigone des Sophokles«. In: *Deutungs-Optionen für Wolfgang Loch*. Hg. von J.P. Haas/G. Jappe. Tübingen: edition diskord, 344–381.
- Freud, S. (1950c [1895]): Entwurf einer Psychologie. In: *GW Nachtragsband*, 373–486.
- (1912c): Über neurotische Erkrankungstypen. In: *GW VIII*, 322–330.
- (1914c): Zur Einführung des Narzissmus. In: *GW X*, 137–170.
- (1915c): Triebe und Triebchicksale. In: *GW X*, 210–232.
- (1916–17a): XXIII. Vorlesung: Die Wege der Symptombildung. In: *GW XI*, 372–391.
- (1923b): *Das Ich und das Es*. In: *GW XIII*, 237–289.
- (1939a [1934–38]): *Der Mann Moses und die monotheistische Religion*. In: *GW XVI*, 103–246.
- Gadamer, H.G. (1993): Über die Verborgenheit der Gesundheit. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Hermanns, L. (2009): *Psychoanalyse in Selbstdarstellungen*. Band 1/2. Frankfurt am Main: Brandes & Apsel.
- Laplanche, J. (2009): Inzest und infantile Sexualität. In: *Psyche – Z Psychoanal* 63, 525–539.
- Loch, W. (1970): Zur Entstehung aggressiv-destruktiver Reaktionsbereitschaft. In: *Psyche – Z Psychoanal* 24, 241–259.
- (2010 [1989]): Über das Bedingungsgefüge »Schmerz-Abwehr-Ich-Trieb-Bewusstsein«. Freuds Beitrag zur Frage des psycho-somatischen Zusammenhanges. In: *Erinnerung, Entwurf und Mut zur Wahrheit im psychoanalytischen Prozess*. Wolfgang Loch. Gesammelte Schriften. Hg. von C. Barkhausen/P. Wegner. Frankfurt am Main: Brandes & Apsel.
- (1999): *Die Krankheitslehre der Psychoanalyse*. Hg. von H. Hinz. 6. Aufl. Stuttgart: Hirzel.
- Müller-Eckard, H. (1951): Das Erscheinen der Psychose am Ende der neurotischen Konfliktauflösung. In: *Psyche – Z Psychoanal* 4, 436–447.
- Oliner, M. (1999): Analytiker stellen sich dem Holocaust. Das ungelöste Rätsel »Trauma«. Die Auswirkungen des Holocaust auf die Sexualität. In: *Psyche – Z Psychoanal* 53, 1115–1136.
- Schulz-Nieswandt, F. u. a. (2013): Alterssozialpolitik, soziale Sicherung und soziale Ungleichheit (D, A, CH). In: *Gerontologie in Pflege und Sozialer Arbeit – eine interdisziplinäre Aufgabe*. Hg. von H. Brandenburg/S. Becker. Bern: Huber.

Weltgesundheitsorganisation (2006): *Psychische Gesundheit: Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen*. Bericht über die Ministerkonferenz der Europäischen Region der WHO.

Wittgenstein, L. (1960 [1945 – 1949]): Philosophische Untersuchungen. In: *Schriften von Ludwig Wittgenstein*. Bd. I. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

*Prof. Dr. Martin Teising, International Psychoanalytic University,
Stromstraße 3, 10555 Berlin, martin.teising@ipu-berlin.de*