

Rainer Krause

Allgemeine psychodynamische Behandlungs- und Krankheitslehre

Grundlagen und Modelle

2., vollständig überarbeitete
und erweiterte Auflage

Kohlhammer

Kohlhammer

Für Tara Katharina und Sina Friederike

Rainer Krause

Allgemeine psychodynamische Behandlungs- und Krankheitslehre

Grundlagen und Modelle

2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage

Verlag W. Kohlhammer

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese von jedermann frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

Es konnten nicht alle Rechtsinhaber von Abbildungen ermittelt werden. Sollte dem Verlag gegenüber der Nachweis der Rechtsinhaberschaft geführt werden, wird das branchenübliche Honorar nachträglich gezahlt.

2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage 2012

Alle Rechte vorbehalten

© 1997/2012 W. Kohlhammer GmbH Stuttgart

Umschlag: Gestaltungskonzept Peter Horlacher

Gesamtherstellung:

W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. KG, Stuttgart

Printed in Germany

ISBN 978 3 17 019888 3

Inhalt

Geleitwort	9
<i>von Michael Geyer</i>	
Geleitwort zur 1. Auflage	11
<i>von Otto F. Kernberg</i>	
Vorwort	15
Teil I: Grundlagen	17
1 Allgemeine Einführung in den Gegenstand und die Absicht des Buches . .	19
1.1 Definitiorische Bemühungen – gesund und krank, psychisch und körperlich	23
1.2 Begriffliche Klärungen	30
1.2.1 Frühe differentielle psychoanalytische Begriffe	30
1.2.2 Vergleich psychoanalytischer und psychiatrischer Beschreibungssysteme	35
1.2.3 Historisch kulturelle Bedingtheiten der Modellvorstellungen	38
1.3 Zusammenfassende Betrachtung der Einführung	41
2 Die therapeutische Situation als Erfahrungsgrundlage für die Theoriebildung	44
2.1 Einleitung	44
2.2 Was ist eine Beziehung?	55
2.2.1 Beziehungsverhalten	58
2.2.2 Andere klinisch relevante Klassifikationen	64
2.3 Was ist eine „gute“ Beziehung?	68
2.4 Was ist eine psychotherapeutisch-psychoanalytische Beziehung? . . .	77
2.4.1 Das Übertragungsgeschehen	78
2.4.2 Multikanale Psychotherapie-Prozessforschung	90
2.4.3 Der Affektausdruck und das Sprechen im Therapieprozess .	96
2.4.4 Metaphorische Rede und der Affektausdruck	100
2.5 Alltagsbeziehung und psychotherapeutische Beziehung im Vergleich .	105
2.6 Die therapeutische Situation als regelgeleitete und kreative Inszenierung	107
2.6.1 Struktur und Affekt	110
2.6.2 Zusammenhang zwischen Konflikt und Struktur	111

2.7	Die therapeutische Situation aus der Sicht des Psychoanalytikers als „Online-Forscher“	113
2.7.1	Der Fall S.	114
2.7.2	Das offene Verhalten	128
2.7.3	Das Intentionsverstehen	131
2.7.4	Das Aufhellen von Bedeutungen	133
2.7.5	Der Analytiker als „Online-Forscher“: Verallgemeinerung des Falls S.	134
2.7.6	Der Analytiker als „Online-Forscher“: Verallgemeinernde Auswertung aller Fälle	136
2.8	Der psychotherapeutische Prozess	146
2.8.1	Die Änderung der Kernkonflikte als Ziel des Behandlungsprozesses	149
2.8.2	Phasen erfolgreicher Therapien	154
2.8.3	Stufen des Scheiterns von therapeutischen Haltungen	157
Teil II: Modelle		159
3	Triebe	161
3.1	Die Triebtheorien Freuds	161
3.1.1	Physiologische Triebtheorien	161
3.1.2	Psychologische Triebtheorien	164
3.2	Ethologische Triebtheorien	168
4	Das Affektsystem	177
4.1	Freuds Vorstellungen zum Affekt	177
4.2	Der gegenwärtige Forschungsstand in Bezug auf die Affekte	180
4.2.1	Die modulare Organisation des Affektsystems	180
4.2.2	Phänomenologie und Propositionsstruktur der Freude	187
4.2.3	Phänomenologie und Propositionsstruktur der Wut	194
4.2.4	Phänomenologie und Propositionsstruktur der Angst	199
4.2.5	Phänomenologie und Propositionsstruktur der Trauer	201
4.2.6	Phänomenologie und Propositionsstruktur des Ekels	202
4.2.7	Phänomenologie und Propositionsstruktur Verachtung	206
4.2.8	Verallgemeinerung der propositionellen Struktur	208
4.3	Überlebenswert der Affekte	211
4.3.1	Ontogenese der Affekte	212
4.4	Ein doppelter Integrationsversuch: Psychoanalyse und Biologie, Trieb- und Affekttheorie	222
4.5	Zusammenfassung: Affekte	226
4.6	Trieb, Affekt und Kultur	228
4.6.1	Art der Lernprozesse im Umfeld der Emotionen	228
4.6.2	Das Lernen im Umfeld von Triebhandlungen	231

5	Die entwicklungspsychologischen Modelle	235
5.1	Allgemeine methodische Vorbemerkungen	235
5.1.1	Methodische Einschränkungen der aus der Behandlungspraxis entstandenen Entwicklungspsychologien	237
5.1.2	Probleme und Vorteile, die aus der Anwendung von in der Praxis entstandenen Entwicklungspsychologien resultieren	239
5.2	Die Theorien der Sexualentwicklung	243
5.2.1	Historischer Exkurs	243
5.2.2	Die Sexualphantasien der Kinder und ihre Entwicklung	245
5.2.3	Die kindliche Sexualität und der ödipale Konflikt	247
5.3	Die Entwicklung des Überichs und der ödipale Konflikt	265
5.3.1	Die Identifizierungsvorgänge	266
5.3.2	Kritik am Modell der Überich-Entwicklung	271
5.4	Grundlegende Aspekte des klassischen Modells	272
5.4.1	Die Fixierung von Partialtrieben und das Problem der Per- versionen	273
5.4.2	Das Problem der „normalen“ Sexualität	277
5.4.3	Die Modusfixierung und das Problem der psychoanalytischen Charakterlehre	280
5.5	Die Entwicklung von Beziehungen, Kognitionen und Strukturen	284
5.5.1	Frühe Mutter-Kind-Beziehungen bei Spitz	285
5.5.2	Die Arbeiten der Forschungsgruppe um Mahler und ihre Auswirkungen	287
5.5.3	Zusammenfassende Betrachtung der Mahlerschen Entwick- lungsvorstellungen	292
5.5.4	Kritische Betrachtung	295
5.6	Die Bindungsforschung	298
5.6.1	Die Vorstellungen Sterns zur Entwicklung des Selbst	298
5.6.2	Kritische Würdigung der verschiedenen Ansätze	301
5.6.3	Die Entwicklung von Bindungstypen und deren Untersuchung	305
5.6.4	Kritische Würdigung	315
5.7	Die Entwicklung und Bildung von Strukturen	317
5.8	Die Entstehung des Ichideals	319
5.8.1	Die Entwicklung des Ichideals und das religiöse Erleben	325
5.8.2	Die Klinik der Idealität	327
5.8.3	Die politische Dimension der Idealitätsentwicklung	330
5.9	Zusammenfassung der entwicklungspsychologischen Modellbildungen	332
6	Das Gedächtnis- oder topographische Modell	338
6.1	Konzeptionen des klassischen Gedächtnismodells	338
6.2	Revisionen des klassischen Modells	339
6.2.1	Neuformulierungen der topographischen Organisation des Gedächtnisses	342
6.2.2	Die Aufmerksamkeit als Parameter der Erinnerung und das Problem des Arbeitsspeichers	350
6.2.3	Die Wahrnehmung als Parameter der Erinnerung	353

6.2.4	Dissoziation, Urverdrängung und Verleugnung	363
6.3	Synoptische Modellvorstellungen	367
6.3.1	Das Zustandswechselmodell von Koukkou, Lehmann und anderen	367
6.4	Epilog	371
7	Die Abwehrmodelle	374
7.1	Einleitung	374
7.2	Konflikttypen und Abwehr	376
7.2.1	Inter- und intrastrukturelle Konflikte und deren Handhabung durch vorwiegend kognitive Abwehrformen	381
7.2.2	Inter- und intrastrukturelle Konflikte und deren Handhabung durch handlungsorientierte Abwehrformen	387
7.2.3	Abwehrformationen, deren Handhabung durch veränderte Formen des affektiven Prozesses beschrieben werden können	389
7.2.4	Probleme des Konzepts der Affektabwehr und der darauf aufbauenden Behandlungsverfahren	398
7.2.5	Integrative Modelle zum Abwehrgeschehen	401
7.3	Empirische Untersuchungen von Abwehrmechanismen	407
7.3.1	Empirisch-klinische Beobachtungs- und Ratingverfahren	408
7.3.2	Die empirisch experimentellen perzeptgenetischen Unter- suchungen von Abwehrmechanismen	411
7.3.3	Zusammenfassung	411
	Literatur	413
	Stichwortverzeichnis	439
	Personenverzeichnis	445

Geleitwort

von Michael Geyer

Wenn sich ein Bestseller der wissenschaftlichen psychoanalytischen Literatur wie die zwei-bändige „Allgemeine Psychoanalytische Krankheitslehre“ von Rainer Krause zu einer „Psychodynamischen Behandlungs- und Krankheitslehre“ wandelt, muss dies bedeutsame Gründe haben. Einer mag sein, dass sich inzwischen der Oberbegriff „Psychodynamische Therapie“ als Kennzeichnung der hierzulande „Analytische Psychotherapie“ und „Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“ genannten psychoanalytisch begründeten Therapieformen immer mehr durchsetzt, sodass der Geltungsbereich der hier dargestellten Theorien genauer mit diesem Titel umschrieben wird. Als mir mein alter Freund und Weggefährte Rainer Krause vor mehreren Monaten die ersten Kapitel des vorliegenden Buches zu lesen gab, war mir jedoch bald bewusst, dass der eigentliche Grund für diese Umbenennung im veränderten Charakter der Psychoanalyse liegt. Ein Wandel, der sich – unbeeindruckt von den seit Jahrzehnten an- und abschwellen Klagen über die Krise der Psychoanalyse und ihrer Theorie – mit wachsender Geschwindigkeit vollzogen hat, und der sich in der vorliegenden Neukonzeption eines bewährten Lehrbuchs widerspiegelt: Die Psychoanalyse ist in den letzten Jahren immer mehr eine „normale“ angewandte wissenschaftliche Disziplin geworden.

Diese Entwicklung ist zweifellos einer Konzentration der psychoanalytischen Forschung auf den psychotherapeutischen Veränderungsprozess zu verdanken. In dem Maße, wie die empirische psychoanalytische Forschung die bestimmenden Elemente der heilsamen Beziehung in den Blick genommen hat, gewinnt die Psychoanalyse zum einen Anschluss an ihre Nachbardisziplinen, insbesondere die neurobiologische und psychologische Grundlagenforschung, ohne dabei ihre spezifischen Zugänge zum Gegenstand aufzugeben. Zum anderen wurde mit dem veränderten Fokus auf die interaktionellen Prozesse auch die Interventionspraxis tiefgreifend verändert. Behandlungstechnische Neuerungen im Zuge der Rezeption der Übertragungsforschungen Luborskys (Albani, Pokorny et al., 2008), der Control Mastery Theory von Weiss und Sampson (Albani, Blaser et al., 1999), der von der Bindungsforschung abgeleiteten mentalisierungsgestützten Therapie von Fonagy und Mitarbeitern und nicht zuletzt der Studien Rainer Krauses zur affektiven Interaktion haben die Spielräume psychodynamischer Therapien beträchtlich erweitert, aber auch traditionelle Konzepte – am meisten wohl die psychoanalytische Deutungspraxis – relativiert.

In diesem Buch ist diese Entwicklung im besten Sinne aufgehoben und nachvollziehbar. Es wird deutlich, dass die Psychoanalyse ihr besonderes Potential innerhalb des Kanons wissenschaftlicher psychotherapeutischer Verfahren immer deutlicher herausarbeitet und, was nicht minder zählt, auch der nichtpsychoanalytischen Fachwelt verständlich machen kann.

Es ist insofern nicht verwunderlich, dass auch die Verhaltenstherapie von dieser Entwicklung zu profitieren beginnt. Abgesehen von einem seit Jahren ansteigendem Interesse an der psychoanalytischen Sicht auf die therapeutische Beziehung versuchen neue Lehrbücher der Verhaltenstherapie, Bestandteile der oben genannten neueren Behandlungskonzepte in verhaltenstherapeutisches Handeln zu integrieren (Zarbock, 2010).

Das vorliegende Buch wäre also der schlagende Gegenbeweis gegen Paul Stepanskys (2009) Vorwurf, die Psychoanalyse habe den Weg zu einer „normalen“ Wissenschaft verfehlt und damit ihren Niedergang selbst verschuldet, wenn es nicht noch eine andere psychoanalytische Welt gäbe, die das öffentliche Bild der Psychoanalyse bestimmt. Es sind Verbände und traditionelle Lehrinstitute, in denen es immer noch kaum Widerspruch gibt, wenn die Veränderungen und Innovationen psychoanalytischer Theorie und Praxis geleugnet, obsoletere Bestandteile der traditionellen psychoanalytischen Theorie und Behandlungspraxis zäh verteidigt werden und vielerorts noch peinliches Festhalten an der „psychoanalytischen Orthodoxie“ den heranwachsenden Nachwuchs prägt. Bereits Rainer Krauses „Allgemeine Psychoanalytische Krankheitslehre“ hatte an diesen Stellen Wirkung gezeigt.

Der auch in diesem Buch beschrittene Weg, das bisherige Behandlungswissen der Psychoanalyse mit gebührendem Respekt kritisch aufzuarbeiten und Brücken zu einem neuen Verständnis des Prozesses zu schlagen, sollte es auch für diejenigen Psychoanalytiker unwiderstehlich machen, die sich schwer mit den theoretischen und handlungstechnischen Neuerungen der Psychoanalyse tun.

Michael Geyer

im Herbst 2011

Geleitwort zur 1. Auflage

von Otto F. Kernberg

Die vorliegende Arbeit ist eine originelle Erkundung unseres gegenwärtigen Wissens über die Ätiologie, Psychopathologie, Diagnose und psychotherapeutische Behandlung von neurotischen Syndromen und dazugehörigen Persönlichkeitsstörungen, so wie wir sie in der klinischen Praxis sehen. Die Arbeit untersucht dieses weite Feld aus der Perspektive des Wissensgebietes der modernen Affekttheorie, in dem der Autor Rainer Krause in den letzten Jahren Pionierarbeit geleistet hat. Er legt eine komplexe und bahnbrechende Verbindung seiner Konzeption der Bedeutung der Affekte als relativ rezentes phylogenetisches Kommunikationssystem, das unter anderem entwickelt wurde, um die frühen Bindungen der Säugetierspezies Mensch zu entwickeln und zu schützen, mit der gegenwärtigen psychoanalytischen Triebtheorie vor. Er untersucht die faszinierenden Beziehungen zwischen den ethologischen Instinktvorstellungen, den psychischen Motivationssystemen und Freuds dualer Triebtheorie. Er liefert dem Leser auf der Grundlage seiner empirischen Forschungen überzeugende Argumente über die Funktion der Affekte als Ausdruck von Trieben im interpersonellen Interaktionsbereich und dafür, dass diese affektiven interpersonellen Interaktionen als Niederschlag früher, internalisierter Objektbeziehungen gesehen werden können.

Seine Forschungen erhellen einen zentralen Aspekt des Übertragungsvorganges, und damit der Grundlage der psychoanalytischen Theoriebildung, nämlich die zeitgleiche Mobilisierung einer realistischen „Beziehung“, die durch den formalen Rahmen der psychotherapeutischen, aber auch anderer Beziehungstypen bestimmt ist und, innerhalb dieser, einer unerwarteten, unbewussten Aktualisierung von verinnerlichten Objektbeziehungen der Patienten, die in der interpersonellen Transaktion Gestalt annehmen und durch die affektive Kommunikation, die ein grundlegender Teil dieser Interaktion ist, in wesentlichen Bereichen „lesbar“ werden. Mit anderen Worten: unbewusste affektive Botschaften, die frühe pathogene internalisierte Objektbeziehungen reflektieren, können mit objektiven Methoden erfasst werden, wenn man auf das affektiven Ausdrucksverhalten in der Interaktion zurückgreift, das im Zusammenwirken mit der Analyse des inneren subjektiven Erlebens der Interaktion der beiden Partner eine außerordentliche Klarheit und Tiefe des Verständnisses bezüglich der verschiedenen Niveaus von internalisierten Objektbeziehungen erlaubt, so wie sie sich in der dominanten Übertragungs-Gegenübertragungsbeziehung abbilden.

Rainer Krause zeigt vor allem im zweiten Band, wie durch die psychobiologische Natur der affektiven Strukturen (die hochspezifischen mimischen Ausdrucksmuster, die subjektive Erfahrungen von Lust und Schmerz, die kognitive Bewertung der Situation zusammen mit neurovegetativen Manifestationen und psychomotorischen Phänomenen) die biologische Disposition der Affektaktivierung mit den Schicksalen der frühen Objektbeziehungen so wie sie in der Mutter-Kind-Dyade beginnen, verbunden ist. Durch den Rückgriff auf den sozialen Rahmen der frühen Objektbeziehungen, einschließlich der psychologischen und sozialen Einflüsse auf die affektive Evaluierung der Realität führt er die sozialen und kulturellen Determinanten des Affektaustausches mit ihren intrapsychischen Prädispositionen

und ihren biologischen Ursprüngen zusammen. Auf diese Art und Weise schafft die allgemeine Theorie, die in dieser Arbeit entwickelt wird, einen wissenschaftlich fundierten biopsychosozialen Rahmen für das Verständnis von Persönlichkeitsstrukturen, deren normale Entwicklung und Pathologie.

Die theoretischen Weiterungen, die sich daraus ergeben, dass Rainer Krause das Studium der Persönlichkeitsstörungen, Psychomatosen, der Perversionen sowie der schizophrenen Psychosen auf die Affekte und ihre Entwicklung und Aktualisierung in Beziehungen stützt, sind grundlegend. Er liefert, wie ich glaube, gewichtige Argumente für eine neue Auffassung der Triebe als hierarchisch organisierte motivationale Systeme, die sich durch die in ihrem Rahmen aktualisierten Affekte konstituieren bzw. sichtbar und erlebbar werden. Affekte sind die Elemente, die die genetisch-konstitutionellen Prädispositionen mit der psychologischen Organisation der Triebe verbinden. Diese Verbindung wird in konkreten affektiven Interaktionen zwischen Selbst und Objekt hergestellt und als bewusste wie unbewusste Repräsentanzen vom Subjekt, Objekt und ihrer Interaktionen dauerhaft gespeichert. Auf dieser Grundlage kann nun endlich die Verbindung zwischen dem biologischen und psychologischen Determinismus, nach der Freud wegen des fehlenden Wissens der Biologie seiner Zeit letztlich vergeblich suchte, auf einem neuen wissenschaftlichen Fundament hergestellt werden. Die Lösung dieser Aufgabe wird, wie ich meine, durch Krauses aufregende Forschungen und Formulierungen erleichtert, kann er doch auf ihrer Grundlage Freuds theoretische Aussagen ebenso sorgfältig und kritisch wie sympathisch und konstruktiv Revue passieren lassen, um sie auf die mutmaßlichen Verbindungen von Trieben, Instinkten, Affekten und Objektbeziehungen zu prüfen.

Wie vor allem im ersten Band deutlich wird, kann man unter Rückgriff auf das kontinuierlich präzise „Lesen“ des zeitlich hochaufgelösten, mimischen Affektausdruckes in interpersonellen Interaktionen bei gleichzeitiger Analyse der kognitiven Bedeutungen, die in der gesprochenen Sprache enthalten sind, ein außerordentlich weitreichendes Instrument entwickeln, die grundlegenden Prozesse dyadischer und speziell psychoanalytischer und psychotherapeutischer Beziehungen zu verstehen. Anhand ausführlicher, empirisch untersuchter Beispielsitzungen aus psychodynamischen Fokalthérapien kann Rainer Krause überzeugend darstellen, wie drei Beziehungstypen, die nicht ineinander überführbar sind, im therapeutischen Prozess gleichwohl zusammenwirken und auch in der Forschung erfasst werden müssen. Da ist einmal die extern beobachtbare manifeste Oberflächenstruktur der Interaktion, die unter anderem aus der formalen Natur des Behandlungsvertrages abgeleitet wird. Da ist zum zweiten das durch die unbewusst aktivierte Übertragungsdisposition gesteuerte, „empathische“ Intensionsverstehen, das die verdrängten und dissoziierten, konfliktuösen, verinnerlichten Objektbeziehungen in der Übertragung und vor allem der Gegenübertragung aktiviert. Und da ist zum dritten die reflexive interpretative Kommunikation des Therapeuten, die die Wahrnehmung des Zusammenspiels von Übertragung und Gegenübertragung abbildet.

Ausgehend von der Analyse der Verflechtungen dieser drei Interaktionsbeschreibungen nimmt Rainer Krause eine kritische Haltung gegenüber Theorien der therapeutischen Interaktion und allgemeinen Krankheitslehren ein, die sich ausschließlich oder vor allem auf einen der Beschreibungsmodi verlassen. Eine ausschließlich verhaltensorientierte Analyse muss die unbewusste Intentionalität triebgebundene Konflikte und die vielfältigen Bedeutungen des Verhaltens in verschiedenen Motivationskontexten außer Acht lassen. Ein ausschließlich „empathischer“, intensionsverstehender, interpersoneller Zugriff auf die Übertragung/Gegenübertragung verpasst nur zu oft die „dritte Dimension“ des intersubjektiven Feldes, die offen beobachtbares Verhalten und „empathisches“ Intensionsverstehen integrieren muss. Und ein ausschließlich kognitiver hermeneutischer Zugriff verpasst nur zu leicht den mächtigen

Zugang über die subliminale affektive Kommunikation und der von ihr mobilisierten unbewussten Intentionalität des Therapeuten. Eine Beschränkung auf das manifeste Verhalten und das empathische Intentionsverstehen riskiert, die idiosynkratische Bedeutung einzelner Elemente der therapeutischen Situation zu verpassen. Durch Konzentrationen auf die ursprüngliche Stabilität der pathologischen Beziehungsmuster, die der Patient unbewusst in der Behandlungs-, aber auch in Alltagssituationen reproduziert, untersucht Rainer Krause die Grundlagen von in psychotherapeutischen Behandlungen möglichen Veränderungen. Die konfliktuöse Paradoxie der therapeutischen Situation sieht er darin, dass zeitgleich zur bewussten Nachfrage nach Hilfe bei der Überwindung der Folgen dieser Muster das Muster selbst repliziert wird. Die zu Beginn aktiven unbewussten Widerstände in allen Behandlungssituationen haben die Funktion, der pathologischen Impulsabwehrkonfiguration, die die Krankheit des Patienten ist und sie charakterisiert, Stabilität zu verleihen. Der Therapeut kann nicht vermeiden, zumindest zu Beginn in die defensiven interaktiv-affektiven Systeme der Patienten hineingezogen zu werden, die in der therapeutischen Interaktion die unbewusste verdrängte und dissoziierte Objektwelt des Patienten rekonstituieren. Der Vorgang des Intentionsverstehens ist an diese Verführung gebunden. In Behandlungen mit gutem Ausgang reagieren die Therapeuten aber nicht wie empathische Laien „reziprok“, sondern nehmen eine dritte Position ein, die darauf beruht, dass er die Bedeutungen dieser affektiven Interaktionen und der in ihm induzierten Gegenübertragungsgefühle sprachlich reflektierend zurückgibt. Sein Verzicht auf die alten erwarteten reziproken Reaktionen, die technische Neutralität des Therapeuten, destabilisiert zuerst das pathologische interaktiv-affektive System. Diese Destabilisierung bringt charakteristische innere Krisen im psychotherapeutischen Prozess zustande, die nun über das kognitiv-affektive Durcharbeiten ohne neue Inszenierungen dem Patienten erlauben, eine neue Stabilität von möglicherweise integrierteren, unbewussten Wünschen und bewussten Erwartungen zu erarbeiten. Strukturelle Veränderungen in einem psychoanalytischen Sinne bedeuten vor allem Änderungen in der Implantierung des vorherrschenden Übertragungsmusters in der Beziehung und die Generalisierung dieser Veränderungen auf die Situation außerhalb des therapeutischen Settings. Für Psychoanalytiker, die an neuesten Entwicklungen der psychoanalytischen Theorie und Technik, ebenso für Psychiater und Psychologen, die an der modernen Entwicklungspsychologie und Persönlichkeitstheorie interessiert sind, haben Rainer Krauses Arbeiten eine aufregende Qualität, die von einer innovativen empirischen Basis ausgehend neue Verstehensweisen und Zugänge im Umfeld der Psychoanalyse und der psychoanalytischen Psychotherapie ermöglichen, aber auch alte endlich empirisch hart bestätigen. Die immer größere Bedeutung der Intersubjektivität im psychoanalytischen Prozesses, die Unvermeidbarkeit, ja sogar Wünschbarkeit von partiellen affektiven interaktiven Implantierungen, stellen das lebendige Material für die Übertragung/Gegenübertragungsanalyse im Einzelnen und die psychoanalytische Krankheitslehre im Ganzen dar, die durch die affektzentrierte Untersuchung der psychotherapeutischen und von Alltagssituationen, so wie sie Krause entwickelt hat, endlich einen empirischen Zugang und damit auch eine bestätigende Fortentwicklung gefunden haben. Seine Warnungen über die Gefahren eines zu ausschließlichen Zugriffs über Verhaltens-, interpersonelle oder hermeneutische Perspektiven, aber auch seine Betonung der Wichtigkeit des hermeneutischen Zugriffs für das Verständnis individueller idiosynkratischer Bedeutungen von Entwicklungen in den Stunden weisen zusammen darauf hin, sich in Kenntnis des Verhaltens gleichwohl nicht in die Oberflächenphänomene intersubjektiver Interaktionen hineinziehen zu lassen, sondern Kontakt zu den tieferen Bedeutungsstrukturen unbewusster Phantasien, wie sie sich im Patientenverhalten aktualisieren, zu behalten.

Für den psychoanalytischen Forscher und Theoretiker sind die neuen Sichtweisen, die Rainer Krauses Arbeiten eröffnen, aufregend und fordernd. Freuds duale Triebtheorie wurde vor allem in der Theorieentwicklung der Vereinigten Staaten heftig kritisiert und vor allem in Frankreich und Großbritannien ebenso heftig verteidigt. Krauses systematische Analyse der Entwicklung der psychoanalytischen Theorie von Trieben und der biologischen Theorien von Instinkten kulminiert natürlicherweise in der Erforschung der Affekte als Brückenkonzept, das die biologische Instinkte mit der dualen Triebtheorien verbindet, also den hierarchisch organisierten unbewussten Motiven, die die Natur der unbewussten Konflikte bestimmen und organisieren.

Der Zugang über die Erforschung der Affekte eröffnet Wege zur Erweiterung und Neugliederung unseres Wissens über die Wechselwirkungen von biologischen Dispositionen und frühen psychischen Erfahrungen. Die parallele Analyse affektiver und kognitiv-sprachlicher Kommunikation in der psychotherapeutischen und Alltagssituation weist uns darauf hin, wie wichtig es ist, empirisch beobachtende mit hermeneutischen Zugriffen zu verbinden, sowohl in der klinischen Situation als auch der Forschung; Ansätze, die ja als weit voneinander, wenn nicht gar gegensätzlich dargestellt wurden. Eine weitere faszinierende Folge von Rainer Krauses Forschungszugang über die affektive Kommunikation liegt in der Vertiefung unseres Verständnisses von Abwehrvorgängen, die im zweiten Band ausführlich dargestellt werden. Im ersten zeigt er auf, wie eng das Affektmanagement mit der klinischen Situation, aber auch der Perpetuierung der Störungen verknüpft sind.

So hat z. B. seine Erforschung der affektiven Kommunikation zwischen psychisch gesunden und kranken Personen den Mechanismus der projektiven Identifikation empirisch aufgewiesen: Es liegt eine körperliche, beispielsweise mimisch-affektive Signalisierung von entwertenden Affekten zugrunde, die von den Patienten selbst nicht, von ihren Partnern aber sehr wohl wahrgenommen werden. Letztere, die selbst nichts ausdrücken, registrieren in sich den unerträglichen Affekt, den die Patienten nicht tolerieren konnten und in ihre Partner „projiziert“ haben. Die bloße Tatsache, dass solche zentralen psychodynamischen Mechanismen in ihrem Funktionieren geklärt und bestätigt werden können, sollte die Erforschung der psychoanalytischen Situation selbst bereichern. Rainer Krauses gegenwärtige Arbeit stellt, um es kurz zu fassen, einen hochbedeutsamen Beitrag zur psychoanalytischen Wissenschaft und Praxis dar sowie einen gewaltigen Anstoß für die weitere Forschung entlang der neuen Blickwinkel und Wege, die er eröffnet hat. Den psychoanalytischen, aber auch kognitiv-verhaltenstherapeutischen oder humanistisch orientierten Therapeuten werden Instrumente zur Verfügung gestellt, die Dynamik, die ihren Techniken zugrundeliegt, zu untersuchen und besser zu verstehen. Die Arbeiten werfen ein neues Licht auf die Persönlichkeitstheorien, die sie ihren Techniken unterlegten. Schließlich sollten diese beiden Bücher das Zusammenspiel zwischen Psychoanalyse und den Nachbarwissenschaften in sozialpsychologischen und biologischen Umfeld stärken.

Otto F. Kernberg

im Januar 1997

Vorwort

In der Neuauflage der *Allgemeinen Psychoanalytischen Krankheitslehre* habe ich die ehemals zwei Bände zu einem zusammengefasst. Die damals sinnvoll erscheinende Trennung in *Grundlagen* und *Modelle* scheint mir nicht mehr zeitgemäß. Unser Verständnis der zentralen Vorgänge des psychotherapeutischen Prozesses ist so weit fortgeschritten, dass man heute die Grundlagenforschung mit der Theorie der Technik – und das bedeutet auch die Gestaltung einer heilsamen Beziehung – miteinander verbinden kann. Im Jahr 1996 hatten wir reichhaltiges Material über die unbewusste affektive Beziehungsregulierung von psychisch kranken Menschen, waren aber in Bezug auf die Erforschung der psychotherapeutischen Situation erst am Anfang. Ein gutes Jahrzehnt später hat sich die Situation umgekehrt. Wir haben viel neues Forschungsmaterial über die klinische Situation und nur beschränkt Neues über die Störungen, so dass das Verständnis der psychotherapeutischen Situation mit besserer Begründung als Leitfaden des Buches dienen kann. Das ist auch der Grund dafür, dass ich den Titel geändert habe. Die Forschungen, die den Hintergrund für die ersten drei Kapitel bilden, sind an Therapien gewonnen, die einmal im Sitzen stattgefunden haben und zum anderen eher kurz (12 bis 40 Stunden) waren. Ich kann also den psychoanalytischen Prozess von psychoanalytischen Langzeittherapien nicht im Sinne einer empirischen Prozessforschung abdecken. Zudem haben Therapeuten anderer Fachkunden teilgenommen. Aus diesem Grund habe ich den international gebräuchlich gewordenen Terminus „psychodynamisch“ statt psychoanalytisch verwendet. An den Stellen, wo es mir vertretbar erschien, habe ich mich über die Langzeitanalyse in der Regression geäußert. Das in diesem Umfeld Beschriebene hat im besten Fall den Status von Expertenwissen. In der Logik unserer Bewertungssysteme wäre dies die eben noch vertretbare Stufe, wenn man nichts Besseres hat. Ich kann immerhin geltend machen, dass ich seit 1973 als erster Leiter der psychologischen Beratungsstelle des Lehrstuhls für klinische Psychologie im „Geschäft“ bin und seit 1984 Mitglied der schweizerischen Psychoanalytischen Gesellschaft und als Lehranalytiker der Deutschen Psychoanalytischen Gesellschaft im Internationalen Zweig. Ich selbst trete immer noch in der Doppelfunktion als Analytiker auf, der sich selbst beforcht. Dies geschieht, um zu erklären, wie man sich die Verbindung der Innensicht mit der des experimentell arbeitenden Forschers vorstellen kann. Ich tue dies ungerne, aber ich habe kein neues Material gefunden, das die Hürde des Datenschutzes überwinden konnte. Nach der Besprechung der therapeutischen Situation (Teil 1) werde ich wie in der 1. Auflage über Triebe und Affekte (Teil 2) berichten. Wir werden versuchen, manche Ergebnisse der Biopsychologie und der Hirnforschung zu berücksichtigen. Nach wie vor wird es um sehr grundlegende Fragen unserer Natur und Kultur gehen, die ohne Rückgriff auf die Biologie nicht zu beantworten sind. In der Entwicklungspsychologie werde ich die Ichpsychologischen Theorien nur noch kurz abhandeln, weil sie gewissermaßen Gemeingut geworden sind. Die klassische Freudsche Theorie über die Sexualentwicklung bleibt erhalten, wird aber um einige neue Ergebnisse ergänzt. Die Abwehrvorgänge werden heute weitgehend innerhalb der Gedächtnismodelle abgehandelt, so dass wir dieses Kapitel vorgezogen haben,

weil man es für die Diskussion von Abwehrvorgängen wie Verdrängung benötigt. Hier können wir unter dem Einfluss der Traumaforschung und -behandlung etliche neue Daten und Überlegungen beisteuern. Dies verdanke ich neuen Mitarbeitern und der Deutschen Forschungsgemeinschaft, die uns großzügig unterstützt hat¹.

Zu danken habe ich, zusätzlich zu den früheren, den neuen Mitarbeitern Drs. Myria Fabregat und Anke Joseph vormals Kirsch und Professor Ulrich Sachsse für die bereichernde Zusammenarbeit, und Herrn cand. psych. Heiko Röder, der als liebenswerter, scharfsinniger Troubleshooter, Redakteur und Fragensteller wesentlich zu dieser schwierigen Geburt beigetragen hat.

Rainer Krause

im Frühjahr 2012

1 DFG Projekt „Dyadisches interaktives Verhalten von Schizophrenen“, zusammen mit Dr. biol. hum. Evelyne Steimer. Wir danken Prof. Dr. med. Klaus Wanke, Dr. med. Günter Heinz, Dr. med. Kurt Mutter und Dr. med. Rainer Sandweg für die tatkräftige Unterstützung.

DFG Projekt „Beziehungsregulierung und Behandlungserfolg in der Psychotherapie von Angststörungen“, zusammen mit Prof. Dr. Cord Benecke.

DFG Projekt „Affektive Informationsverarbeitung von Patientinnen mit posttraumatischen Belastungsstörungen“, zusammen mit Dr. Anke Kirsch (Joseph) und Prof. Dr. Ulrich Sachsse.

DFG Projekt „Multikanale Psychotherapie Prozessforschung“, zusammen mit Prof. Dr. Jörg Merten.

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 (Faber, 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

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 (Panksepp, 2003 b). Der Persönlichkeitstyp als Moderatorvariable ist wiederum auf so-

ziale Eingangsgrößen angewiesen, denn die unerträglichen Affekte, die durch das „Gift“ sediert 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 beschäftigte 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 Innenwelt, die 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 hineinzuversetzen, und die ist wiederum abhängig von ihrer Bindungssicherheit und der mit ihr verbundenen Fähigkeit zur Mentalisierung (Blatt & Auerbach, 2001; Fonagy &

Target, 2002). 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 Sampson und Weiss (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 perzeptiver 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, Nikotinplaster, 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 ‚atheoretischen 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, 1992, S. 9). Der Krankheitsbegriff selbst wird als problematisch betrachtet, weil er zu verfrühten Assoziationen mit nosologischen Konzepten führen könnte. Störung

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

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 Kontexte (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 die prädiktive Validität ein. Was 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 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 a).

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 Ver-

ständnis- und Definitionsrahmen zu wählen. 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 un natürlich 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 suchttähnliche 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 freundlicherweise 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 Machtträger 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 selbstzerstörerisches 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 Unter-

schied für Verlauf und Behandlung aus, ob 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 Bessenseitsfälle unter Rekurs auf dissoziative Zustände erklären.

Ähnlich wie bei der Exprimierung eines Gens gibt es auch hier eine kulturell gesteu-

erte 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. 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 befriedigen-

des Konfliktmodell 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. Untersuchungen an diabetischen Kindern und Jugendlichen haben z. B. ergeben, dass 40 % in Bezug auf ihre diätetischen Maßnahmen und Behandlungspraktiken schwindelten. 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 Erkrankungsfährdungen 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,

denn möglicherweise bilden sie andere Bereiche ab.

Das begriffliche Durcheinander in der klinischen Praxis ist nicht nur der Folge unserer mangelnden denkerischen und forschersischen 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 hauptsächlichen 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-