

# Rückschau mit Blick in die Zukunft der Psychoanalyse: Eine zweite Chance<sup>1</sup>

Juan Pablo Jiménez<sup>2</sup>

*Das Gespräch mit einem Anderen, seine Einwände oder seine Zustimmung, sein Verstehen und auch seine Missverständnisse sind eine Art Erweiterung unserer Individualität und der Prüfstein in der Verständigung, zu der wir durch unsere Vernunft befohlen sind. Hans-Georg Gadamer*

Vielen Dank für die Einladung der *Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung* und der *Psychoanalytischen Arbeitsgemeinschaft Ulm*. Ich fühle mich geehrt, hier in Ulm einige Ideen zu Vergangenheit und Zukunft der Psychoanalyse vorstellen zu dürfen. Ich bedanke mich ganz herzlich bei Frau Jane Spiekermann, die den Text ins Deutsche übersetzt hat. Vor 32 Jahren verbrachte ich als Empfänger eines Stipendiums der *Alexander von Humboldt Stiftung* fünf Jahre in Ulm. Hier schloss ich meine Doktorarbeit ab, die sich mit Forschung zum psychoanalytischen Prozess befasste. Es waren jedoch nicht nur in beruflicher und akademischer Hinsicht entscheidende Jahre, sondern auch in privater und familiärer. Unter der Leitung von Prof. Helmut Thomä und Prof. Horst Kächele fühlte ich mich sowohl der Abteilung für Psychotherapie der Universität Ulm wie auch der psychoanalytischen Arbeitsgemeinschaft fest zugehörig. Für einige Jahre war ich ordentliches Mitglied der *Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung*. Während dieser Jahre habe ich wertvolle Freundschaften geschlossen, von denen mir einige bis heute geblieben sind.

Gewiss hat sich die Lage der Psychoanalyse in jüngster Zeit sehr verändert. Die wahrscheinlich wichtigste Veränderung der letzten 30 Jahre ist wohl das zunehmende gemeinsame Bewusstsein dafür, dass die Psychoanalyse kein einheitliches Feld bildet – weder in der Theorie noch in der klinischen Praxis. Während des letzten Jahrzehnts des vergangenen Jahrhunderts erzeugte dieses Bewusstsein die Diskussion zur so genannten ‚Krise der Psychoanalyse‘. Als Vorsitzender der *International Psychoanalytic*

---

<sup>1</sup> DPV-Frühjahrstagung 2017: „Brüche und Brücken. Wege der Psychoanalyse in die Zukunft“. Ulm, 3.-6. Mai 2017.

<sup>2</sup> Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Oriente. Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

*Association (IPA)* stellte Robert Wallerstein (1988, 1990) die Annahme in Frage, es gäbe nur eine theoretische Sichtweise der Psychoanalyse. Freud zog stets die Möglichkeit einer einheitlichen psychoanalytischen Wissenschaft in Betracht; über Jahrzehnte herrschte bei der Errichtung der psychoanalytischen Theorie die Annahme, dass die Ansammlung von Wissen, der dritte Standpunkt der Freud'schen Definition von Psychoanalyse, zu der Entwicklung einer einheitlichen wissenschaftlichen Disziplin führen würde (Freud, 1923a). Aus heutiger Perspektive war diese Möglichkeit jedoch zu keinem Zeitpunkt greifbar; seit ihrer Geburt attestierte die Psychoanalyse auseinander laufende Sichtweisen – sowohl theoretische wie auch praktische (Makari, 2008). Von dem Moment an, als sich die psychoanalytische Bewegung darauf einigte, was mit ‚der psychoanalytischen Methode‘ gemeint sei, wurde die Illusion eines epistemologischen Monismus von der institutionellen Autorität unterstützt, indem sie sich auf externe Definitionskriterien bezog, um darzulegen, was ‚wahre‘ Psychoanalyse sei (Nutzung der Couch, Frequenz der wöchentlichen Analysestunden, Ausbildungsrichtlinien etc.). Diesen monistisch epistemologischen Vorgang unterstützte das herrschende Milieu, das die psychoanalytischen Institutionen umgab. Dabei behauptete jede psychoanalytische Schule von sich, über das ‚wahre‘ Erbe Freuds zu verfügen (Jiménez, 2006). In diesem Umfeld wurde die Gegenüberstellung verschiedener oder einander widersprechender psychoanalytischer Theorie und Praxis zunehmend schwieriger, konnte sie doch zu verbalen Angriffen und Ausschließung (Green {2005} spricht hier von ‚blutigen Zweikämpfen‘) sowie gegenseitiger Isolation führen. Zwangsläufig wurde die psychoanalytische Ausbildung für meine Generation zu einer leidvollen Erfahrung. Gemeinsam mit einer Gruppe von Kandidaten gelang es uns, unsere Erfahrung unter dem Titel „Regression and Persecution in Analytic Training“ („Regression und Verfolgung während der psychoanalytischen Ausbildung“; Bruzzone, et al., 1985) zu beschreiben.

Doch es war nicht nur die theoretische Einigkeit, die sich als Illusion erwies, sondern auch das gemeinsame praktische Fundament („common ground“) enthüllte sich als Trugbild. Die Kernthematik der 46. Konferenz der *International Psychoanalytic Association*, die 2009 in Chicago stattfand, spricht für sich selbst: ‚Psychoanalytische Praxis: Annäherungen und Abweichungen‘ („Psychoanalytic Practice: Convergences

and Divergences'). Nun ist es nicht mehr nur die theoretische Einigkeit, die in Frage gestellt wird, sondern auch die praktische (Jiménez, 2009).

Im Wesentlichen wurde die Illusion eines gemeinsamen praktischen Fundaments durch die enge Definition von *Psychoanalyse* begünstigt: Eine Form der Therapie, die durch den Gebrauch der Couch, eine hohe Frequenz wöchentlicher Sitzungen sowie die Zentrierung auf Übertragungsdeutungen gekennzeichnet ist; alle Abweichungen von diesem Ideal wurden abschätzig als ‚*Psychotherapie*‘ verstanden – eine minderwertige Form der Psychoanalyse. Der künstliche Charakter dieser Einengung trat hervor, als wir wie beim 1997 abgehaltenen IPA Gremium ‚Psychoanalyse und verwandte Therapien‘ (‚Psychoanalysis and Allied Therapies‘) zeigten, dass sich die meisten Psychoanalytiker mehr mit Psychotherapie als mit Psychoanalyse beschäftigten (Israel, 1999; Jiménez, 1999). Doch selbst heute haben nur wenige IPA Ausbildungsinstitute die verschiedenen Formen analytischer Psychotherapie in ihre Ausbildungslehrpläne integriert; der Gedanke, dass Psychoanalytiker entsprechend der klassischen Definition ausgebildet werden sollten, bleibt das herrschende Konzept – selbst wenn der Berufsalltag anders aussieht.

Aus diesem Grund sind sich die psychoanalytischen Gesellschaften der *International Psychoanalytic Association* (IPA) in den letzten zwanzig Jahren der Krise gewahr geworden. Diese Krise lässt sich folgendermaßen zusammenfassen: Weniger Patienten, weniger Interessenten für die psychoanalytische Ausbildung. Zur Erklärung der Beschaffenheit der Krise findet sich eine Menge an Literatur. Meinen persönlichen Standpunkt zu dieser Krise formulierte ich vor 14 Jahren in einem IPA Newsletter (Jiménez, 2003) unter dem optimistisch gewählten Titel „Von der Bedrohung zur Chance“ („From Threat to Opportunity“). In diesem Schreiben fordere ich Kreativität und Flexibilität angesichts des unausweichlichen Wandels. Weiterhin versuchte ich darzulegen, dass sich die Institutionen – überwältigt von dem sich rasend schnell verändernden Umfeld – selbst als in der Krise versunken empfinden; die postmoderne Gesellschaft, so führte ich aus, hat eine solche Auswirkung auf die psychoanalytische Praxis, dass wir an den Rand der Obsoleszenz gebracht und nahezu vom ‚psychotherapeutischen Markt‘ geworfen worden sind – sowohl in puncto potentielle Patienten wie auch in puncto potentielle Ausbildungskandidaten. Bezogen auf die der

IPA-angehörigen psychoanalytischen Institute und ihre Fähigkeit, sich anzupassen, bin ich heute noch pessimistischer. Obwohl viele Fachleute während der letzten zwei Jahrzehnte die Empfehlung unterstützt haben, die Psychoanalyse an den Universitäten einzugliedern (um zum Beispiel Innovation in der psychoanalytischen Ausbildung zu fördern; um das Konzept der Psychoanalyse für die Einbeziehung von der Vielfalt der analytischen Psychotherapien zu erweitern; um theoretische Brücken zur kognitiven Psychologie wie auch zu den Neurowissenschaften zu schlagen; um ein für allemal das Lehranalyse System zu beseitigen oder um das theoretische Fundament über die klinische Methode hinaus zu den Forschungsmethoden der Sozialwissenschaften auszudehnen), so konnten doch die meisten Psychoanalytiker, die für sich in ihrer eigenen Praxis arbeiten, noch nicht davon überzeugt werden. In einem kürzlich veröffentlichten Kindle Buch haben Joe Schachter und Horst Kächele (2017) es noch konkreter formuliert: Sie sprechen vom „Niedergang der Psychoanalyse“. Untermuert mit verschiedenen Nachweisen zeigen sie, dass die „durchschnittliche Anzahl psychoanalytischer Patienten pro Mitglied der *American Psychoanalytic Association* stetig zurückgeht. Erst kürzlich zeigten Absolventen der psychoanalytischen Ausbildung von drei Instituten des Columbia University Centers (New York), dass vier von fünf Absolventen nahezu ihre gesamte praktische Erfahrung unter Rahmenbedingungen sammeln, die von der vierstündigen Wochenfrequenz abwich. Auch die Anzahl der neuen psychoanalytischen Ausbildungskandidaten nimmt weiter ab; verschiedene Institute schlossen sich paarweise zusammen, da sie hoffen, gemeinsam ausreichend Kandidaten für eine Ausbildungsgruppe gewinnen zu können.“ Das aufgeführte Material bestätigt wieder einmal unser Ergebnis einer 1997 durchgeführten Untersuchung, das vom Gremium ‚Psychoanalyse und verwandte Therapien‘ an alle IPA Gesellschaften geschickt wurde.

In diesen ‚postmodernen Zeiten‘ sind wir uns einer Entwicklung in Richtung einer der psychoanalytischen Methode zugrunde liegenden Zersplitterung (Jiménez, 2015) bewusst geworden. Dementsprechend stellt die praktische und die theoretische Vielfältigkeit eine unausweichliche Realität dar. Diese Vielfältigkeit wurde über ein Jahrhundert lang verdrängt. Dies geschah mit Hilfe autoritärer Definitionen, die den Sinn hatten, die inhärente Tendenz zur Veränderung in die Zwangsjacke zu verweisen. Das

wiederum führt zu unmissverständlichen Fragen: Was können wir angesichts der wachsenden Pluralität psychoanalytischer Orientierungen und Positionen tun? Ist das psychoanalytische Wissen zu einer endlosen Zersplitterung verdammt? Kann ein konstruktiver Dialog zwischen Psychoanalytikern, die verschiedenen Orientierungen und Traditionen anhängen, so vonstatten gehen, dass die Grenzen zwischen theoretischer und praktischer Divergenz umrissen werden können? Das würde die Beschreibung eines Feldes ermöglichen, innerhalb dessen wir immer noch Psychoanalytiker genannt werden können. Seit über 100 Jahren haben Experten sich nicht einigen können, zentrale Konzepte wie etwa ‚psychoanalytischer Prozess‘ oder gar das Konzept der ‚Psychoanalyse‘ zu definieren. Welche Aufgaben sind es, die zur Gestaltung eines psychoanalytischen Pluralismus anfallen? Ist Psychoanalyse als Disziplin (laut Definition des Oxford English Dictionary ist damit ein einheitlicher „Wissenszweig, der typischerweise an der Hochschule studiert wird“, gemeint) dem Untergang geweiht? In der universitären Tradition setzt eine akademische Disziplin einige zentrale Elemente voraus wie beispielsweise das Vorhandensein einer wissenschaftlichen Gemeinschaft; eine Tradition beziehungsweise Geschichte der Nachforschung; eine Form der Recherche, die bestimmt, wie Daten gesammelt und interpretiert werden, wie auch die Bedingungen, die erfüllt sein müssen, damit man von neuem Wissen reden kann; und das Vorhandensein eines Kommunikationsnetzes. Aber inwieweit erfüllt die heutige Psychoanalyse diese Anforderungen? Auf eben diese Fragen ist die gegenwärtige Auseinandersetzung in der Psychoanalyse ausgerichtet: die Form der Recherche (hermeneutisch, wissenschaftlich oder beides?), die definiert, wie Daten gesammelt und interpretiert werden, sowie die Bedingungen, die erfüllt sein müssen, damit von neuem Wissen ausgegangen werden kann. Das sind alles Fragen, die ohne definitive Antworten weiterbestehen. Zusammen mit vielen anderen bin ich zu der Überzeugung gelangt, dass die Psychoanalyse nicht nur ihren hermeneutischen Aspekt pflegen, sondern auch ihre wissenschaftliche Seite kultivieren muss, um sich als akademische Disziplin und als anerkannter, legitimer Beruf zu entwickeln. Damit ist eine simultane Gewichtung von Prozess- und Ergebnisforschung gemeint, in erster Linie ist hier jedoch das interdisziplinäre Studium der Beziehung von Gehirn und Geist hervorzuheben. Ich behaupte, dass nur das interdisziplinäre wissenschaftliche Studium psychoanalytischer

Erkenntnisse die Neigung zur Fragmentierung, die in der interpretativen psychoanalytischen Methode angelegt ist, in gewissem Umfang eingrenzen könnte.

Bevor ich aber fortfahre, erlauben Sie mir bitte, einige Besonderheiten hervorzuheben. Auch wenn sie eng miteinander verwandt sind, ist Psychoanalyse als Beruf nicht dasselbe wie Psychoanalyse als Wissenschaft oder, um es genauer auszudrücken, Psychoanalyse als akademische Disziplin. Ich sage das, weil ich seit 40 Jahren zwei Berufe gleichzeitig ausgebaut habe – als Psychoanalytiker und als Psychiater und Universitätsprofessor. Als gelernter Psychoanalytiker bin ich ein in Teilzeit praktizierender Psychoanalytiker, Psychotherapeut und dynamischer Psychiater, Lehranalytiker und Supervisor, Vorsitzender meiner Gesellschaft, Mitglied des geschäftsführenden Gremiums der IPA, Vorsitzender der lateinamerikanischen psychoanalytischen Föderation FEPAL und Mitglied verschiedener IPA Ausschüsse. Als Psychiater an der Universität übernahm ich eine Vollprofessur und war Leiter der Abteilung für Psychiatrie und Psychische Gesundheit an der ältesten Universität Chiles.

Seit ich vor 37 Jahren dem Institut der Chilenischen Psychoanalytischen Vereinigung als Kandidat beitrug, habe ich nicht aufgehört, ein aktiver Teilnehmer und leidenschaftlicher Beobachter der Entwicklung der Psychoanalyse zu sein. Über die Jahre habe ich Erfahrungen gesammelt, die das Ergebnis aus der Interaktion meiner Arbeit als Analytiker und dynamischer Psychiater mit Patienten im Sprechzimmer einerseits und meiner Arbeit als Wissenschaftler, befasst mit Lehre und Forschung, andererseits sind. Demzufolge hat die Erlangung einer professionellen Identität die ständige Analyse und Integration von Verschiedenheiten und Kontroversen, die die Beziehung zwischen Psychoanalyse und Psychiatrie wie auch die der Psychoanalyse mit der akademischen Welt plagen, erfordert. Als akademischer Psychiater und seit über zehn Jahren auch als Leiter einer Universitätsabteilung, sehe ich die Aufgabe, Informationen diversen Ursprungs zu integrieren, als notwendige Aufgabe – insbesondere bei der Ausbildung von Psychiatern und Psychologen, die noch am Anfang ihres Berufslebens stehen. Vermutlich als Übrigbleibsel meines Philosophiestudiums, das ich vor meinem Medizinstudium absolvierte, habe ich das Bedürfnis, die erkenntnistheoretischen Standpunkte, die in den Diskussionen vertreten werden, zu klären. Damals entdeckte ich in der Wissenschaftsgeschichte, dass innovative Lösungen oft als Antwort auf

Fragen entstehen, die an den Rändern zwischen den Disziplinen gestellt werden. Meine unermüdliche Faszination für Psychoanalyse hat ihre Wurzeln genau in dieser grenzwertigen Eigenschaft – wie Carlo Strenger (1991) sagte: in einer Psychoanalyse ‘zwischen Hermeneutik und Wissenschaft’. Allerdings ist es nicht einfach, eine solch undurchsichtige Position zu halten.

Über die Beziehung zwischen wissenschaftlicher Forschung und Psychoanalyse veröffentlichte Peter Fonagy ein Paper mit dem suggestiven Titel “Grabbing nettles or on why psychoanalytic research is such an irritant” (2000) (frei übersetzt: “In den sauren Apfel beißen oder weshalb psychoanalytische Forschung unerquicklich ist”), was metaphorisch zum Ausdruck bringen soll, in welcher schwieriger Position sich Psychoanalytiker, die in der Forschung engagiert sind, gegenüber dem Rest der klinischen Kollegen befinden. Wir werden oft frustriert und könnten angesichts der leidenschaftlichen Ablehnung, mit der diese Kollegen unseren Argumenten und unseren Forschungsergebnissen begegnen, resignieren. Forschung ist natürlich nicht jedermanns Sache. Forschung – so Fonagy – “ist für diejenigen, die in der Chiasma, in einem beruflichen Niemandsland, leben wollen, für diejenigen, die es aushalten können, von beiden Seiten als Verdächtige oder gar als Verräter gehalten zu werden. Sie ist für diejenigen, die bereit sind, härter zu arbeiten als die meisten, wie Kinder von entfremdeten Eltern, die sich bemühen, beiden ihre Loyalität zu beweisen. Forschung ist für diejenigen, die in beiden Berufen (Kliniker und Forscher) das Gefühl der Inkompetenz ertragen können und all das überstehen, obwohl sie selbst nur eine geringe Portion Überzeugung in sich tragen” (S.195). Diese dramatische Aussage beschreibt ziemlich genau meine eigene Lebenserfahrung, als ich über viele Jahre hinweg versuchte, gleichzeitig der psychoanalytischen klinischen Identität, der Identität als Forscher und der als Universitätsprofessor gerecht zu werden. Es ist wahrscheinlich, dass die psychoanalytischen Brücken zwischen dem Klinischen und dem Wissenschaftlichen zuerst in den Köpfen derjenigen Kliniker gebaut werden, die mit den traditionellen Methoden, Wissen zu erlangen, unzufrieden sind und die der Isolation des Psychoanalytikers entkommen, der auf der Basis von Theorien, die keine andere Validierung finden außer der individuellen Antwort des Patienten, allein in seinem

Sprechzimmer arbeitet. Psychoanalytische Forscher sind Kliniker, die wichtige Fragen aufwerfen, auf die die Klinik keine Antwort hat.

Während ich mich in der Ausbildung zum Psychiater befand, begann ich eine Analyse, die bald zu einer Lehranalyse wurde, nachdem ich als Kandidat für die psychoanalytische Ausbildung angenommen worden war. In Bezug auf meine Analyse – sowohl die persönliche wie auch die Lehranalyse – kann ich sagen, dass sie eine der wichtigsten Unternehmungen meines Lebens war, sie veränderte auf positive Weise die Art, wie ich mit der Welt und mit mir selbst in Beziehung stehe. Im Nachhinein kann ich jedoch nicht umhin, festzustellen, dass die psychoanalytische Ausbildung gepaart mit der Lehranalyse die Integrationsaufgabe mit Aktivitäten außerhalb meiner Arbeit als Psychoanalytiker schmerzhaft und schwierig machte. Wie es damals wahrscheinlich überall der Fall war, wurden die Lehranalyse sowie die theoretischen und klinischen Seminare mit der Absicht eingeflößt, die sogenannte “psychoanalytische Identität” zu erlangen – jedoch manchmal auf recht ungenierte Weise. Zu diesem Zweck mussten sowohl Psychiatrie und Psychoanalyse wie auch Psychoanalyse und Psychotherapie ganz deutlich differenziert werden. Um es deutlich zu sagen: “Splendid Isolation” wurde stark befürwortet. Zu dieser Zeit war in der Fakultät meines psychoanalytischen Instituts eine monistische Auffassung vorherrschend – sprich die Annahme der Existenz einer “einzigen” psychoanalytischen Wahrheit. In unserem Fall mussten wir die Psychoanalyse nach Klein akzeptieren. Andere Orientierungen wurden praktisch ignoriert oder auf subtile Weise als nicht psychoanalytisch abgetan.

Die Ausbildung zum Psychiater beendete ich zusammen mit der Gruppe, die mir dynamische Psychiatrie an der medizinischen Fakultät beigebracht hatte. Später weckte die Arbeit als Psychiater im Konsil- und Liaison-Dienst an einem allgemeinen Krankenhaus (insbesondere die Bereiche der Inneren Medizin und der Neurologie) das große Interesse in mir, den Aufbau der verschiedenen Modelle, die in der Psychiatrie angewandt werden, wie auch die Frage der Multikausalität in dynamischer Psychiatrie (Jiménez, 1979) zu studieren. Die Arbeit als Liaison-Psychiater in der neurologischen Abteilung weckte mein Interesse an der psychotherapeutischen Behandlung fokal epileptischer Patienten, die resistent gegen die Behandlung mit Antikonvulsiva waren. In zahlreichen Fällen resistenter Fokal Epilepsie, die ich psychotherapeutisch behandelt



habe, fand ich heraus, dass unbewusste Konflikte und auch Familiendynamiken Faktoren waren, die die Wirksamkeit der Antikonvulsiva verhindert hatten (Jiménez, 1984).

An dieser Stelle würde ich gern einen damaligen Fall von mir vorstellen, der die Art und Weise wie ich bis heute die erkenntnistheoretische Position der Psychoanalyse verstehe, entscheidend geprägt hat. Außerdem illustriert dieser Fall die Möglichkeiten und Schwierigkeiten eines interdisziplinären Dialogs gemäß der Vorstellung, dass Geist und Gehirn – nicht weil sie verschieden sind – nicht länger zwei Seiten derselben Medaille sind.

Rosa, eine 25-jährige ledige Frau, wurde mit der Diagnose einer Fokal Epilepsie mit überwiegend einseitigen Krisen des psychomotorischen Typs von einem Neurologen zu mir überwiesen. Seit ihrem 6. Lebensjahr litt sie unter Anfällen und ihre Hirnvariablen wurden genau beobachtet. Mehrfache EEGs zeigten einen linksseitigen, okzipitalen, nadelförmigen Mittelpunkt, der mit der optischen Aura, die üblicherweise der Krise voraus ging, konsistent war. In den zwanzig Jahren ihrer Erkrankung hatte sie alle bekannten Antikonvulsiva ausprobiert, die bis zu diesem Zeitpunkt durch serialisierte Überprüfungen des Plasmaspiegels kontrolliert worden waren. Die tomographische Untersuchung, die damals noch ganz am Anfang war, zeigte keine strukturelle Läsion, die ihre Resistenz gegenüber der Behandlung hätte erklären können. Die Behandlung vermochte aber dennoch lediglich die Generalisierung der Krise zu verhindern und die Anfälle auf ein Mal im Monat zu reduzieren. Während des Entwicklungsverlaufs der Krisen hatte sich weder das Muster der Anfälle verändert, noch waren psychometrische Anzeichen von assoziierten organischen Gehirnschäden aufgetreten. Dass die Patientin tatsächlich ihre Medikamente einnahm und den Anweisungen folgte, war belegt. Wir hatten es also mit einer therapieresistenten Epilepsie zu tun und dass die Anfälle selbst induziert waren, stand außer Frage.

Angesichts dieser Fallgeschichte beschlossen wir, ihr Leiden in einem breiteren Kontext zu durchleuchten. Wir schlugen ihr eine unbefristete psychoanalytische Therapie mit einer dreistündigen Frequenz vor. Rosa, ihr Neurologe und ihre Familie stimmten dem zu. Die Patientin war eine hübsch aussehende junge Frau, etwas zerbrechlich, von

durchschnittlicher Intelligenz, ziemlich bedacht auf ihr Äußeres, dennoch nüchtern und sanft sowohl im Auftreten wie in der Stimme. Was bei ihr gepaart mit ihrer bewussten Haltung zur Zusammenarbeit am auffälligsten war, war ihre spezielle Unfähigkeit, ihre Gefühlslage zum Ausdruck zu bringen. Jeder Versuch, der auf ihren bewussten Informationen basierte und versuchte, ihre Anfälle mit einem persönlichen Konflikt in einen Zusammenhang zu bringen, scheiterte konsequent an der enormen Gehemmtheit ihrer Emotionen und ihres Phantasielebens. Aufgrund dessen schenkte ich der Gestalt ihres verbalen und nonverbalen Verhaltens während der Behandlungsstunden besondere Aufmerksamkeit; ich versuchte, jenseits ihrer Krankheit und ihrer Symptome emotional mit ihr in Kontakt zu treten. Nach und nach begann eine aufgegliederte Art zu funktionieren Form anzunehmen: Hinter dieser einen Persönlichkeit, die durch massive Verleugnung und Verdrängung verarmt war, erhielt ich den flüchtigen Eindruck einer anderen Persönlichkeit; eine Persönlichkeit mit extrem intensiven Emotionen und mit sowohl gewalttätigen wie auch chaotischen Phantasien, die sich während ihrer Krisen zeigten. Ihr Signalzeichen, die optische Aura, war eine Variable innerhalb eines Themas, und sie erschien als eine elementare Phantasie von strukturellem Wert in der Zusammensetzung ihres Selbst. Üblicherweise war sie folgendermaßen ausgestaltet: Sie sah sich selbst auf ein Haus zugehen. Sie war neugierig herauszufinden, was drinnen zu finden war. Sie ging zum Fenster und konnte nur verschwommen sehen. Aus ihrer Neugier wurde zuerst Sorge, dann Furcht. Ungestüm wischte sie die Fensterscheibe sauber, sie war jedoch unfähig, ihre Sicht ins Haus zu klären. Aus ihrer Furcht wurde schreckliche Angst; in dem Moment hörte sie ein sehr lautes Geräusch wie ein Erdbeben, das sie umzingelte, und dann verlor sie das Bewusstsein. Manchmal verlor sie das Bewusstsein vollständig, manchmal aber auch nur ganz kurz, gefolgt von einem einseitigen Krampf auf der rechten Seite ihres Körpers, der von Angst und Dysphorie begleitet war, mit einem anschließenden Gefühl der Desorientierung. Ihre Aura war ein traumähnlicher Zustand, der ihrer Einstellung zu ihrer Behandlung, zu sich selbst und zu Anderen gänzlich entsprach. Es gab eine Mischung von Interesse an Erkenntnis und einem starken Widerstand dagegen, was vermuten lässt, dass entsetzliche Ängste unter ihrem ruhigen Erscheinungsbild versteckt waren.

Die Behandlung wurde nach 8 Monaten durch die Eltern beendet. Die Anfälle hatten nach vier Monaten aufgehört, erschienen dann aber auf dramatische Weise erneut am Schluss. Mehr dazu später.

Zu Beginn traten die Krisen genauso auf wie zuvor: ein Mal im Monat ohne Bezug zu ihrer Menstruation. Beim zweiten Anfall wurde allzu deutlich, dass er im Zusammenhang mit Familienkonflikten stand, insbesondere zu Konflikten mit der Mutter. Die Patientin beklagte, dass ihre Mutter ihr weder erlaubte zu arbeiten, noch mit Jungen auszugehen. Die Mutter warnte sie, dass sie bei diesen Gelegenheiten einen Anfall erleiden würde. Und tatsächlich – mir fiel auf, dass die Krisen vorkamen, wenn sie bestimmte festgelegte Grenzen überschritt, die mit ihrer Unabhängigkeit in Verbindung standen (z.B. die Suche nach Arbeit oder Tanzengehen). Wenn sie dann nach Hause kam, herrschte ein stumme Spannung zwischen Mutter und Tochter, woraus gelegentlich eine offene Diskussion wurde, die dann in einem Anfall endete – wenn nicht sofort, dann in den Stunden danach. Nach dem Anfall wachte die Patientin mit einer liebevollen fürsorglichen Mutter an ihrer Seite im Bett auf. Bei diesen Gelegenheiten verließ die Mutter das Ehebett und schlief bei ihrer Tochter. Nach einigen Tagen, an denen sie wie ein kleines Kind behandelt worden war, begann Rosa wieder, auf mehr Freiheit zu drängen. Und so wurde ein neuer Zyklus von Unabhängigkeitsbestrebungen und Krise in Gang gesetzt.

Diese Mutter-Tochter Beziehung legte eine Struktur nahe, die schlagartig zu regredieren vermochte. Außerdem wies diese Beziehung auf einen intensiven Konflikt zwischen Unabhängigkeit und Symbiose hin. Systematisch analysierten wir diesen Konflikt mit dem Ziel, diese Ambivalenz in die innere Welt der Patientin zu verschieben: Sie war diejenige, die sowohl Angst vor der Unabhängigkeit wie auch Angst vor der Trennung von der Mutter hatte. Das Deuten wurde leichter, als Rosa begann, Träume in die Analyse mitzubringen, in denen viel Material zur Übertragungsbeziehung enthalten war. Es waren Träume, in denen sie auf der Straße war, manchmal mit mir zusammen. Sie befand sich dort in sehr gefährlichen Situationen wie tödlichen Unfällen oder in der Mitte von einer Meute tollwütiger Hunde. Sie neigte dann dazu, schutzsuchend nach Hause zu laufen. Diese Träume waren das Gegenstück zu ihren verträumten Zuständen (dreamy-states). Das Deuten brachte viele Einzelheiten zum zugrundeliegenden

Familienmythos hervor, und es zeigte deutlicher, wie das Leiden der Patientin im Gleichgewichtszentrum der ganzen Familie steckte. Diese Einzelheiten werde ich aus Zeitgründen jedoch nicht erläutern.

Jedenfalls schien die Deutungsarbeit Bestätigung zu finden, als der erwähnte Teufelskreis im vierten Monat nicht mit einem Anfall endete. Rosa, die trotz der mütterlichen Warnungen angefangen hatte, als Sekretärin zu arbeiten, fürchtete sich vor der neuen Unabhängigkeit und begann, ihre Mutter als Vorwand für die Beendigung ihrer Arbeit zu benutzen. Gleichzeitig warnte die Mutter ihre Tochter vor den Gefahren der Arbeit und stellte ihren Mann bezüglich seiner mangelhaften Besorgnis zur Rede. Der Vorwurf der Patientin nahm weiter zu und wurde in unseren Sitzungen analysiert. Die Situation spitzte sich immer mehr zu bis sich Rosa eines Tages offen mit ihrer Mutter stritt. Wie zu früheren Anlässen – jedoch dieses Mal ohne den anschließenden Anfall – sagte sie, dass sie einen heftigen Zorn auf ihre Mutter empfinde, und sie schloss sich in ihrem Zimmer ein und zerstörte die Pflanze, die ihre Mutter ihr geschenkt hatte. Sie weinte und trat um sich bis zur Erschöpfung. Anschließend fühlte sie sich ruhiger, war dann jedoch überwältigt von Schuld, da sie den Gummibaum, den sie so lange liebevoll gepflegt hatte, vernichtet hatte. Sie pflanzte die Teile, die sie gerettet hatte, in einen neuen Topf. Sie sagte: „Ich habe ein Kind gepflanzt.“ Ich sagte ihr, dass sie in der Lage gewesen war, ihren Zorn gegen ihr äußeres Selbst zu richten, indem sie den Gummibaum, der ihre Mutter darstellte, attackierte, anstatt einen Anfall einzuleiten. Ich erklärte ihr weiter, dass das Zerschneiden / das Kind ihre eigene Person repräsentierte, die in der Lage war, das Ende der engen Beziehung zur Mutter zu überleben. In den darauffolgenden vier Monaten erlitt sie keine Anfälle.

Ihre Verbesserung führte jedoch zu einigen Reaktionen in der ganzen Familie. Nach fünf Monaten versuchte ihr Vater, die Behandlung abubrechen, indem er behauptete, es gehe seiner Tochter besser. Er schien angespannt, was mit dem Druck der Mutter zu tun hatte, die erkannte, dass ihre Tochter immer unabhängiger wurde. Als Rosas Selbstständigkeit zunahm, verschlechterte sich die Beziehung der Eltern, was wiederum den Druck auf die Tochter erhöhte, die Therapie zu beenden. Die Dinge eskalierten, als die Mutter mit Diabetes Mellitus einhergehende Symptome entwickelte. Rosa bekam ein immer schlechteres Gewissen. Ihre Mutter machte sie unterschwellig verantwortlich

für ihren Zustand, ging aber nicht zum Arzt. Am Ende passierte, was passieren musste; die Mutter erlitt ein diabetisches Koma, kam als Notfall ins Krankenhaus und sprach schnell auf die richtige Behandlung an. Rosa wurde nicht nur von ihrer Mutter, sondern von der ganzen Familie genötigt, bei ihrer Mutter zu bleiben, und sie versuchten sogar, sie davon abzuhalten, das Krankenhaus zu verlassen, um ihre Therapiestunden wahrzunehmen. Trotz alledem wehrte sich Rosa und ging weiter arbeiten, bis ihre Mutter aus der Klinik entlassen wurde. Zwei Tage später ereignete sich eine dramatische Szene: Zum Sitzungsbeginn erschien Rosa zusammen mit ihren Eltern, die sehr aufgeregt aussahen. Bereits seit einer halben Stunde befand sich Rosa in einem Zustand von sich wiederholenden Anfällen, die sich dann in meinem Sprechzimmer zum vollen epileptischen Status entwickelten. In Anwesenheit ihrer Tochter gaben mir die Eltern die Schuld am Zustand ihrer Tochter. Glücklicherweise war ich vorbereitet und konnte ihr intravenös Diazepam spritzen, wodurch der Anfall zu einem Ende kam. Das war das letzte Mal, dass ich ihre Eltern sah. Ich konnte nur noch einen Termin mit der Patientin verabreden, musste aber versprechen, die Behandlung damit abzuschließen.

Als ich vor 33 Jahren meine Erfahrungen mit der psychotherapeutischen Behandlung von epileptischen Patienten veröffentlichte, wies ich darauf hin, dass unabhängig von der scheinbar erfolglosen Therapie – ich sage scheinbar, da ich 20 Jahre später erfuhr, dass Rosa nie wieder einen epileptischen Anfall hatte – und unabhängig von der möglichen Kritik an der ausgeführten deutenden Vorgehensweise, dieser Fall eine ganze Menge über das Verhältnis zwischen den biologischen und den psychosozialen Ebenen des Verhaltens zeigt. Ich stellte fest, dass wir es bei der Psychodynamik mit – wie Freud es ausdrückte – Vatermord, oder noch genauer mit Muttermord zu tun hatten. Der Krampfanfall stand für die gleichzeitige Umsetzung von zwei gegensätzlichen Wünschen: der Wunsch, die Mutter zu töten sowie der Versuch, das zu verhindern. Der Anfall ist das Ausagieren der Lösung des Konflikts. Genau in dem Moment, in dem die Patientin die Verleugnung ihrer Gefühle und die massive Verdrängung des kognitiven Inhalts zur Sprache bringen kann und imstande ist, emotional über ihren Konflikt zu sprechen, sind die Voraussetzungen für eine größere Selbstwerdung gegeben. Als Analytiker war ich derjenige, der sie in diesem Prozess intersubjektiv stützte. Der Versuch, Unabhängigkeit zu erlangen, schlug fehl. Wahrscheinlich lag es daran, dass

die Krankheit der Mutter (die diese unbewusst manipulierte, um das vorherige Gleichgewicht der Familie wiederherzustellen) die Tötungswünsche der Tochter verdeutlichte und es ihr erschwerte, Phantasie von Realität zu trennen, was aber eben die Bedingung darstellt, um der Symbiose zu entkommen. Trotz alledem beendete ich die Vorstellung des Falles mit der Bemerkung, dass die psychodynamische Deutung nichts über die psychobiologischen Mechanismen aussagt, die ermöglichten, dass die Anfälle der Patientin aufhörten, um dann mit einer solchen Intensität wieder aufzutreten. Das legt den Schluss nah, dass wir auf diesem Gebiet mehr Forschung betreiben sollten. Dieser Fall brachte mir eindrucksvoll bei, dass Inhalt und Prozess in der Therapie zweierlei sind; die Bedeutung der Symptome sagt nur wenig (wenn überhaupt) über die Mechanismen der Krankheit. Mit dieser Erkenntnis stellte ich – einige Jahre bevor ich Adolf Grünbaum las – die psychoanalytische Theorie von Pathogenese und therapeutischer Veränderung in Frage.

Aber meine Beschäftigung mit der Epilepsie währte nicht lang. Bei der Literaturrecherche, stellte ich fest, dass das frühe psychoanalytische Interesse an Epilepsie schon bald wieder aufgegeben wurde. In diesem Kontext sind insbesondere Freud, Stekel, Pierce Clark, Kardiner und Greenson sowie der Lateinamerikaner Pichon Rivière zu erwähnen. Dies könnte daran gelegen haben, dass das Interesse ziemlich theoretisch war, da es anscheinend einer Suche nach Beweisen für die einträglichen Aspekte der Libidotheorie diene. Die genannten Autoren waren von der energetischen Entladung epileptischer Anfälle beeindruckt und suchten nach einer Erklärung für diese Anfälle emotionaler Entladung. Bedenkt man außerdem die darin enthaltene Tendenz zum Ausagieren wie auch den Wiederholungszwang, dann wird nachvollziehbar, warum sie die Epilepsie als gutes Beispiel für ihre Theorie in Erwägung zogen. Das allmähliche Abrücken von der Libidotheorie, die mangelnde Wirksamkeit der rein psychotherapeutischen Behandlung sowie die Einführung von EEGs trugen in den 40er Jahren zu einem deutlichen Nachlassen des psychoanalytischen Interesses an der Epilepsie bei. Als mir auffiel, dass niemanden sonst das Thema zu reizen schien und dass sich weder die Psychoanalytiker meiner Gesellschaft, noch die Neurologen an meiner Universität mit der psychodynamischen Herangehensweise an Epilepsie beschäftigten, zog auch ich mich aus diesem Gebiet der klinischen Forschung zurück.

Stattdessen kam ich nach Ulm (Deutschland), um mich in der empirischen Forschung des psychoanalytischen Prozesses ausbilden zu lassen. Meine Entscheidung basierte auf der Überlegung, dass es erforderlich war, einen gemeinsamen Nenner für den Austausch von Hermeneutik und Naturwissenschaften zu finden; um diesen Austausch möglich zu machen, müsste die Psychoanalyse versuchen, ihre Konstrukte zu operationalisieren. Ende der siebziger Jahre war der Abstand zwischen der Psychoanalyse und den Neurowissenschaften zu groß. Die Arbeit von Eric Kandel und anderen Neurowissenschaftlern der letzten 30 Jahre sowie die Entdeckungen der Gen-Umwelt-Interaktion des letzten Jahrzehnts haben diese Situation jedoch allmählich verändert. Wie die Entstehung der Neuropsychanalyse (Kaplan-Solms & Solms, 2002) belegt, hat diese Annäherung die Auseinandersetzung mit neurologischen Störungen wieder zu einem interessanten Gebiet gemacht. In jedem Fall hat mich meine Aufnahme in die Ulmer Gruppe eine weit offene psychoanalytische Welt entdecken lassen. Die von Helmut Thomä geleitete Gruppe war zu der Zeit eine Brutstätte des kritischen Denkens, und ich spürte schon sehr bald die intellektuellen Vorteile einer solch kreativen Atmosphäre.

Während des 20. Jahrhunderts erlebte das Gebiet der Psychiatrie, was Kenneth Kendler (2005) so treffend als *Schlacht der Paradigmen* bezeichnete. Erst zu Beginn des vergangenen Jahrhunderts fing die Psychiatrie an, sich als medizinisches Fachgebiet und als Disziplin zu etablieren, insbesondere in der deutschsprachigen Welt. Neben anderen waren es Kraepelin, Bleuler und sogar Freud, die die ätiopathogenischen Prinzipien der im Entstehen begriffenen Psychiatrie diskutierten. Wie George Makari es in seinem Buch *Revolution in Mind: The Creation of Psychoanalysis* (2008) so überzeugend darstellte, war die Psychoanalyse neben anderem das Konzept, das Freud und seine Gruppe als Antwort auf die Frage, was Geisteskrankheit ist, was sie auslöst, welche Mechanismen sie produzieren und wie sie behandelt werden sollte, der akademischen Welt vorstellten. Die dann folgende Geschichte ist allgemein bekannt. Während des zwanzigsten Jahrhunderts lehnte die akademische Welt die Vorstellung von unbewussten psychischen Prozessen sowie die Möglichkeit, aufgrund biographischer Gründe zu erkranken, ab. Dies führte dazu, dass sich die Psychoanalyse als unabhängige hermeneutische Disziplin entwickelte, die die erkenntnistheoretische

Eigenständigkeit anstrebte. Diese Illusion von Autarkie hat jedoch zu einer Psychoanalyse geführt, die sowohl von den Naturwissenschaften wie auch von den anderen Disziplinen, die sich mit der Psyche beschäftigen, getrennt ist. Diese Lage mag unvermeidbar gewesen sein, denn obwohl Freud niemals die Idee aufgegeben hatte, dass Psyche und Gehirn zwei Seiten derselben Medaille sind und er stets die Ansicht vertrat, dass wir irgendwann in der Lage sein würden, Medikamente zu entdecken, die das pathologische Verhalten zu beeinflussen vermögen, so war das Bild, das die akademische Welt im frühen zwanzigsten Jahrhundert über das Gehirn hatte, nicht auf einer Ebene mit der zentralen Entdeckung der Psychoanalyse: eine dynamische Psyche mit unbewussten Motivationen. Die damalige Neurologie hatte die Beschreibung der makroskopischen Anatomie des Gehirns noch nicht beendet; Neuronen und Synapsen wurden gerade erst entdeckt. Einige Jahrzehnte zuvor entwickelte der deutsche Neuropsychiater Wilhelm Griesinger das anatomisch-funktionale Paradigma, dass *psychisches Kranksein Erkrankungen des Gehirns entspreche*. Das herrschende Konzept der Psychiatrie ging damals nicht über diese Sichtweise hinaus. Das heutige Wissen nutzend, möchte ich nebenbei bemerken, dass wir der Behauptung, psychisches Kranksein entspreche Erkrankungen des Gehirns, nicht widersprechen, jedoch mit dem Unterschied, dass sich die Definition des Gehirns drastisch geändert hat. Die Neurowissenschaft hat entdeckt, dass das Gehirn, das für psychische Störungen die größte Rolle spielt, das so genannte ‚soziale Gehirn‘ ist. Dieses soziale Gehirn entwickelt sich einzig im Rahmen persönlicher Beziehungen; wenn wir über Psyche/Gehirn sprechen, dann sprechen wir somit über zwei Seiten derselben Medaille.

Vor diesem Hintergrund erscheint das Problem des zwanzigsten Jahrhunderts das gewesen zu sein, dass jede Orientierung ihr eigenes Paradigma als die einzig gültige Erklärung verteidigte und alle anderen Richtungen als falsch oder irrelevant abstempelte. Es gab die biomedizinische ‚Mainstream-Psychiatrie‘, und es gab andere, eher marginale Psychiatrien wie die psychoanalytische oder psychodynamische Psychiatrie, eine phänomenologische Psychiatrie, eine Verhaltens- und soziale Psychiatrie etc. Es gab jedoch keine erkenntnistheoretischen oder methodologischen Verbindungen, die einen konstruktiven Dialog zwischen ihnen ermöglicht hätten. Ein ähnliches Phänomen war auch innerhalb der Psychoanalyse zu beobachten. Auch hier



kämpften die verschiedenen Schulen und Orientierungen um das Recht, die wahren Erben Freuds zu sein. Alles, was sich außerhalb der schulmäßigen Grundprinzipien befand, wurde als *nicht psychoanalytisch* diskreditiert. Im Rahmen der paradigmatischen Krise der Psychoanalyse, bei der sich die Fachleute nicht darauf einigen können, was wahre Psychoanalyse sei, haben die Fortschritte der Prozess- und Ergebnisforschung in der Psychotherapie und in der Neurowissenschaft zu psychologischen Veränderungen in den letzten Jahrzehnten den Druck erhöht und die Kontroverse über die Auslegung der psychoanalytischen Theorie verschärft.

Doch die Zeiten haben sich geändert – selbst für die ‚Mainstream-Psychiatrie‘. Die Diagnosesysteme DSM und ICD, der Goldstandard der Psychopathologie, werden heute scharf kritisiert, und die Psychiatrie durchläuft eine Phase fundamentaler Neuformulierung. Ein Grund dafür ist der, dass die Forschung im Bereich der Psychiatrie psychische Störungen auf eine Weise ins Visier genommen hat, wie sie nach den Kriterien von DSM und/oder ICD definiert worden sind. Die zentralen Kritikpunkte verweisen auf die Tatsache, dass DSM ein Diagnosesystem darstellt, das auf der klinischen Präsentation von Symptomen beruht; die Reliabilität dieses Systems ist akzeptabel, wohingegen die Validität zweifelhaft ist. Als Beispiel sei die Diagnose einer Major-Depression nach DSM-IV genannt. Es handelt sich hierbei um eine weit verbreitete Diagnose, jedoch entspricht sie mitnichten dem allgemein anerkannten Standard der Validität (Maj 2012). Die Forschung im Bereich der Psychiatrie steht also der großen Herausforderung des enormen klinischen Polymorphismus gegenüber (Mann 2010). Im Gegenzug ist es sehr wahrscheinlich, dass verschiedenartige Syndrome, die zu einer Störung zusammengefasst werden, verschiedene pathophysiologische Mechanismen umfassen.

In Anbetracht dieser Situation hat das *National Institute of Mental Health* kürzlich die *Research Domain Criteria Initiative* (RdoC) gegründet. Ziel dieser Initiative ist es, „für Forschungszwecke neue Wege, die auf den Dimensionen des beobachtbaren Verhaltens und neurobiologischer Maßnahmen beruhen, für die Klassifizierung psychischer Störungen zu entwickeln“ (Cutberth & Insel 2013, p. 4).

Das RDoC Projekt befürwortet, dass sich die zukünftige Forschung in den Bereichen Psychiatrie und Psychotherapie auf die Systeme konzentrieren sollte, die den wesentlichen psychologischen Fähigkeiten zugrunde liegen (so wie der Belohnungs-Neuronenschaltkreis und die neuralen Systeme, die mit der Selbst-Repräsentation verwickelt sind; die ‚Theory of Mind‘; Bindungs- und Trennungsangst sowie positive und negative Valenz-Systeme), anstatt sich auf für sich allein stehende DSM Störungen zu fokussieren. „Statt mit Symptom-basierten Definitionen zu beginnen und sich dann zu einer Pathophysiologie hinzuarbeiten, kehrt RDoC diesen Prozess um. Elementare Wissenschaften wie Genetik, Bereiche der Neurowissenschaften und die Verhaltenswissenschaft dienen hier als Ausgangspunkt, und psychische Störungen werden als Unterbrechungen des normalen Arbeitsablaufs dieser Systeme betrachtet; hierbei liegt die Betonung auf denjenigen Mechanismen, die dazu dienen, zu Dysfunktionen verschiedenen Grades zu führen“ (Cuthberth & Insel 2013, p. 4). Aus diesem Grund ist RDoC ein Diagnosen-übergreifender (*transdiagnostic*) Ansatz. Auf den ersten Blick erscheint RDoC als reduktionistische Initiative insofern, als dass sie psychische Störungen als Erkrankungen des Gehirns aufzufassen scheint. Ein genauerer Blick eröffnet jedoch eine differenziertere Sichtweise. Tatsächlich geht RDoC „nicht davon aus, dass neuronale Dysfunktionen die einzigen Gründe für psychische Störungen sind. Stattdessen erkennt sie an, dass Entwicklungen in den Wissenschaften, die sich mit psychischer Gesundheit befassen, zeigen, dass die Gründe oder Risiken für mentale Störungen sich auf mehreren Ebenen auswirken – hierzu gehören die genetische und neuronale Ebene sowie die individuelle, die Ebene des familiären Umfelds und der soziale Kontext. Entscheidend ist, dass dieser multifaktorielle Blick bzw. der Blick auf die verschiedenen Ebenen der Verursachung (oder der Risiken) der Tatsache Rechnung trägt, dass Interventionen, die diese verschiedenen Ebenen umfassen, Ausbruch und Verlauf einer Störung zu beeinflussen vermögen; sie spielen eine Rolle bei der primären Prävention, beim Umgang mit der Störung und bei der Nachbehandlung“ (Bolton 2013, p.24). RDoC ist ein Diagnosen-übergreifender und vielschichtiger Ansatz, der nicht nur die „bottom up“, sondern auch die „top down“ Verursachung anerkennt. Meiner Ansicht nach bietet RDoC der Zusammenarbeit von Neurowissenschaft und forschungsgewillter Psychoanalyse eine einmalige Gelegenheit; das 21. Jahrhundert könnte für eine zweite Gelegenheit stehen – eine zweite Chance für

eine Psychoanalyse, die als Wissenszweig der Psyche unbewusst motiviert ist, eine Brücke zwischen der Naturwissenschaft und der Psychiatrie zu schlagen.

Ich behaupte, dass die Psychoanalyse von einem aktiven Dialog mit verwandten Disziplinen profitiert. Aber damit dieser Dialog ergiebig sein kann, muss die Psychoanalyse nicht nur die Beiträge anderer Disziplinen in ihre eigene Weiterentwicklung von Theorie und Praxis miteinbeziehen, sondern auch ihren Beitrag leisten, indem sie wiederum Bereiche, die für andere Disziplinen relevant sind, definiert und genau absteckt, damit diese sie dann weiter erforschen und wissenschaftlich vertiefen können. Im Falle der Neurowissenschaften betonte Kandel (1998) die Anforderung an die Psychoanalyse, *„für die Biologie die psychischen Funktionen zu definieren, die für ein aussagekräftiges und komplexes Verständnis der Biologie des Menschen studiert werden müssen“* (p. 459; Kursivschrift durch mich gesetzt). *Zusammen mit anderen verwandten Disziplinen* kann die Psychoanalyse auf diese Weise ein aktiver Teilnehmer beim Bestreben, die Psyche zu verstehen, werden (Kandel, 1998, 1999). Von einer anderen Seite kommend können neuere psychoanalytische Theorien und Konzeptionalisierungen zur klinischen Intervention klinisch relevante Gebiete als Anregung für künftige psychotherapeutische Forschung bestimmen. Die Psychoanalyse wiederum kann helfen, die empirischen Ergebnisse innerhalb der psychotherapeutischen Forschung zu gliedern und zu erklären. Somit würde auch die Entwicklung der psychoanalytischen Theorie gestärkt werden, da sie so permanent in Kontakt mit den gegenwärtigen Entwicklungen verwandter Disziplinen wäre. Darüberhinaus würde die ernsthafte und systematische Forschung zu psychoanalytischen Prozessen auch eine Chance für die weitere praxisbezogene und systematische Entwicklung psychoanalytischer Theorie darstellen.

Interdisziplinäre Forschung kann auch als Rahmen für einen Dialog zwischen verschiedenen psychoanalytischen Orientierungen dienen und dadurch dazu beitragen, einen echten Pluralismus in der Psychoanalyse zu schaffen. In diesem Sinne haben Fonagy und Target (2003) die wesentlichen psychoanalytischen Theorien geprüft und mit den Ergebnissen der empirischen Forschung in der Entwicklungspsychopathologie systematisch verglichen. Dieser aufkommende Zweig der Entwicklungspsychologie bietet eine gute vergleichende Perspektive (von *dem beobachteten Kleinkind*), um das

Feld darauf einzugrenzen, was Daniel Stern (1985) das *klinische Kleinkind* (*clinical infant*) nannte. Wir sind uns jedoch völlig im Klaren darüber, dass das keine leichte Aufgabe ist. Indem er Psychotherapie-Ergebnisforschung als Beispiel nimmt, erinnert uns Carlo Strenger (1991) daran, dass in der Psychoanalyse:

„Der Vergleich zwischen alternativen Theorien und Methoden komplizierter [...] ist [...], als ein Nicht-Pluralist es annehmen würde. Er erfordert verschiedenartige intellektuelle Tätigkeiten. Eine davon kann natürlich die empirische Untersuchung der relativen therapeutischen Wirksamkeit der Herangehensweisen sein. Aber sogar hier kommt eine zusätzliche Komplexität ins Spiel. Davon ausgehend, dass die Therapieformen von verschiedenen Perspektiven aus geführt werden, ist es eventuell nicht möglich, ihre Terminologie bezüglich der Maßstäbe von psychischer Gesundheit gleichzusetzen. Einer direkten empirischen Gegenüberstellung muss daher eine sorgfältige begriffliche Recherche in Bezug auf die Frage, welche Herangehensweisen miteinander vergleichbar sind, vorausgehen. Die pluralistische Position impliziert, dass das Ergebnis einer solchen Untersuchung durchaus frustrierend sein kann, und es ist sogar möglich, dass kein gemeinsamer Nenner für einen Vergleich gefunden werden kann“ [S. 160f].

An diesem Punkt meines Vortrags kommen mir Zweifel: Seit 40 Jahren reite ich gleichzeitig auf zwei Pferden – die psychoanalytische klinische Praxis auf der einen Seite und Forschung und Lehre auf der anderen. Inwieweit ist meine Erfahrung für ein Publikum, das mehrheitlich aus klinischen Psychoanalytikern besteht, verständlich? Meine Erfahrung ist die Basis für die Überlegungen, die ich mit Ihnen geteilt habe. Ich befürworte, dass sich die Psychoanalyse für eine erneuerte Liebesaffäre mit der Außenwelt öffnet, und ich merke, dass ich immer noch befürchte, dass die Kluft zu groß ist, dass viele nicht in der Position sind, die Gelegenheit zu nutzen und voneinander zu lernen.

In meinem Vortrag, der sich dem Ende nähert, habe ich dargelegt, wie ich die Spannungen, die die gegenwärtige Psychoanalyse betreffen, insbesondere die Spannungen, die das Verhältnis zu den assoziierten Disziplinen der Psyche und mit der Psychiatrie tangieren, erlebt und für mich gelöst habe. Jetzt erwarten Sie vielleicht von mir, dass ich über die Zukunft der Psychoanalyse spreche. Ich fürchte, ich muss Sie

enttäuschen. Die Zukunft hängt davon ab, was wir jetzt in der Gegenwart machen. In jedem Fall halte ich die Zukunft der Psychoanalyse als Beruf und als wissenschaftliche Disziplin nach meinem 30-jährigen Engagement in der IPA und meinen Versuchen, Aufmerksamkeit auf die kritischen Fragen zu lenken, als nicht besonders rosig. Der amtierende Vorsitzende der IPA hob in seiner letzten Botschaft zum Jahresende keine dieser kritischen Fragen hervor; vielmehr zeichnete er eine sehr optimistische Aussicht auf die heutige und künftige Entwicklung der Psychoanalyse. Nach einer längeren Phase, in der leitende IPA-Mitglieder für Erneuerung gekämpft haben, scheinen wir jetzt eine Periode der Gegenbewegung zu erleben. IPA-Psychoanalyse verhält sich wie die Mutter meiner Patientin Rosa, die sich an die Illusion der Symbiose klammert und die Selbstwerdung ihrer Tochter nicht erlaubt, das sie die Katastrophe des Familienzerfalls fürchtet. IPA-Psychoanalyse erkennt nicht ihre rechtmäßigen Töchter an; sie erlaubt ihnen nicht, den Familiennamen ‚Psychoanalytisch‘ für die verschiedenen Formen psychodynamischer Psychotherapien (wie Kurzzeittherapien, niederfrequente Psychoanalyse, psychodynamische Familientherapie, übertragungsfokussierte Psychotherapie (TFP), mentalisierungsbasierte Therapie (MBT), usw.) zu benutzen. IPA-Psychoanalyse lässt die therapeutische Vielfalt aufgrund einer katastrophenartigen Furcht vor der Auflösung der psychoanalytischen Identität nicht zu. Aber welche Zukunft hat eine Identität, die Diversität und Veränderung nicht gewährt?

Für mich persönlich habe ich entschieden, mich aus der psychoanalytischen Politik zurückzuziehen. Für die letzten Jahre meiner akademischen Berufslaufbahn möchte ich mich lieber auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen der epigenetischen und der psychotherapeutischen Forschung konzentrieren. Weiterhin möchte ich in meiner privaten Praxis leidenden Menschen, die mehr über sich und die Gründe für ihr Leiden wissen wollen, helfen.

In jedem Fall bringt das 21. Jahrhundert für die Psychoanalyse eine riesige Aufgabe mit sich, nämlich die Gelegenheit wahrzunehmen, neue Brücken zu den Naturwissenschaften und zu dem erst jungen psychiatrischen Paradigma, das unbewusste Motivation nicht länger ablehnt, zu bauen. Damit diese Aufgabe aber ausgeführt werden kann, müssen der psychoanalytische Wissenszweig und der psychoanalytische Beruf ihr gerecht werden. In der effektiven Interaktion mit anderen

Disziplinen muss die Psychoanalyse zu wichtigen Veränderungen bereit sein. Dies gilt sowohl in Bezug auf das Theoretisieren wie auch in Bezug auf die Praxis psychoanalytischer Behandlungen, was insgesamt der politischen und intellektuellen Führung bedarf. Die Handlungsvorschläge sind schon da. Unter anderen, herausragende Kollegen wie Kernberg & Michels (2016), Schachter & Kächele (2017) und Thomä höchstpersönlich in einer posthumen Arbeit (2015) haben die Richtung vorgegeben. Wenn wir nicht imstande sind, den Kurs zu wechseln, dann befürchte ich, dass unser Beruf untergehen wird – so wie viele Experten es vorhersagen. Außerdem werden die meistgeschätzten Erkenntnisse unseres Fachs von der Psychologie innerhalb eines Kontextes vereinnahmt werden, der deren wissenschaftliche Validierung ermöglicht; dies geschieht bereits mit dem Konzept des Unbewussten. Wenn auch zusammengewürfelt, mag sich die Psychoanalyse im Allgemeinen als Tiefenhermeneutik durchsetzen. Aber die klinische psychoanalytische Arbeit, die zunehmend der Überprüfung durch evidenzbasierte Medizin ausgesetzt ist, wird immer mehr an den Rand gedrängt werden. Um Freud zu paraphrasieren, kann ich nur hoffen, dass in dem Kampf zwischen Erneuerung und psychoanalytischer Versteinerung, „der Andere der zwei ‚himmlischen Mächte‘, der ewige Eros, seine Kraft einsetzen wird, um sich neben seinem gleichsam unsterblichen Gegner zu behaupten“ (Freud 1930, 144). Aber wer kann schon in die Zukunft sehen?

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

## References

- Bolton D (2013) Should mental disorders be regarded as brain disorders? 21st century mental health sciences and implications for research and training. *World Psychiatry* 12:1 - February 2013. DOI 10.1002/wps.20004.
- Bruzzone M, Casaula E, Jiménez JP, Jordán JF (1985), Regression and Persecution in Analytic Training. Reflections on Experience. *Internat. Rev. Psycho-Anal.*, 12: 411-415.
- Cuthbert BN, Insel TR (2013) Toward the future of psychiatric diagnosis: the seven pillars of RDoC. *BMC Medicine* 11:126. doi:10.1186/1741-7015-11-126.
- Fonagy P (2000). Grasping the nettle: Or why psychoanalytic research is such an irritant. *Br Psychoanal Soc Bull* 36:28–36.
- Fonagy P & Target M (2003) *Psychoanalytic theories: Perspectives from developmental psychopathology*. New York: Brunner-Routledge.
- Freud S (1923a). Two encyclopaedia articles. *SE* 18, pp. 235–62.
- Freud S (1930a [1929]) The Civilization and its Discontent. *SE* 21, pp. 64-141.
- Green A (2005), The illusion of common ground and mythical pluralism. *Internat. J. Psycho-Anal.*, 86: 627–635.

- Israel P (1999), Introduction to the Report of the Committee on Psychoanalysis and Allied Therapies. *International Psychoanalysis*, Vol 8 (1): 14-18.
- Jiménez JP (1979), Multicausalidad en psiquiatría dinámica. [Multi-causality in dynamic psychiatry] *Rev. Chil. Neuropsiquiat.* 17:36-42.
- Jiménez JP (1984), Epilepsia focal y psicoterapia. [Focal epilepsy and psychotherapy] *Rev. Chil. Neuropsiquiat.* 22:109-117.
- Jiménez JP (1999), (Widening) lines of advance in psychoanalytic therapy. *International Psychoanalysis*, Vol 8 (1): 19-20.
- Jiménez JP (2003), De la amenaza a la oportunidad [From threat to opportunity]. *International Psychoanalysis*, Vol 12 (1): 26-27.
- Jiménez JP (2006), After pluralism: A new integrated psychoanalytic paradigm. *Internat. J. Psycho-Anal.*, 87: 1487-1507.
- Jiménez JP (2009), Grasping psychoanalysts' practice in its own merits. *Internat. J. Psycho-Anal.*, 90:231-248.
- Kandel ER (1998) A new intellectual framework for psychiatry. *Am J Psychiatry* 155 (4): 457-469.
- Kandel ER (1999) Biology and the future of psychoanalysis: A new intellectual framework for psychiatry revisited. *Am J Psychiatry* 156 (4): 505-524.
- Kaplan-Solm K & Solms M (2002) *Clinical Studies in Neuro-Psychoanalysis. Introduction to a Deph Neuropsychology.*
- Kernberg, O. (2012), Suicide prevention for psychoanalytic institutes and societies. *J. Am. Psychoanal. Assoc.* 60(4):707-19.
- Kernberg OF & Michels R (2016) Thoughts on the present and future of psychoanalytic education. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 64 (3): 477-493.
- Maj M (2012) Development and Validation of the Current Concept of Major Depression. *Psychopathology*, 45:135-146
- Makari G (2008) *Revolution in Mind: The Creation of Psychoanalysis.* New York: Harper Collins Publishers.
- Mann JJ (2010) Clinical pleomorphism of major depression as a challenge to the study of its pathophysiology. *World Psychiatry* 9:3 - October 2010
- Schachter J & Kächele H (2017) *Nodal Points: Critical Issues in Contemporary Psychoanalytic Therapy.* NY: IPBooks. Kindle Edition.
- Stern DN. (1985) *The Interpersonal World of the Infant. A view from the psychoanalysis and developmental psychology.* New York: Basic Books.
- Strenger, C. (1991), *Between hermeneutic and science. An essay on the epistemology of psychoanalysis.* Madison Connecticut: Int. Univ. Press, Inc.
- Thomä H (2015) Remarks on the first century of the International Psychoanalytic Association and a utopian vision of its future. *International Forum Of Psychoanalysis* Vol. 24 , Iss. 2.
- Wallerstein RS (1988). One psychoanalysis or many? *Int J Psychoanal* 69:5-21.
- Wallerstein RS (1990). Psychoanalysis: The common ground. *Int J Psychoanal* 71:3-20.