

Einleitung

H. Böker

Das Verhältnis von Psychoanalyse und Psychiatrie war stets ein spannungsvolles. Nach der anfänglich heftigen Ablehnung der jungen Wissenschaft Psychoanalyse durch die Schulpsychiatrie gelang es vielen Psychoanalytikerinnen und Psychoanalytikern in den folgenden Jahrzehnten (von den 20er bis etwa den 60er-Jahren des vergangenen Jahrhunderts), sich in einer Vielzahl psychiatrischer Kliniken zu etablieren. Es gibt zahlreiche Gründe dafür, dass die Geschichte der Auseinandersetzung von Psychoanalyse und Psychiatrie sehr wechselhaft verlaufen ist. Die Hoffnungen, die in die Psychoanalyse gesetzt wurden, trugen teilweise auch zu ihrer Idealisierung bei. Im historischen Rückblick überrascht es deshalb nicht unbedingt, dass diese idealisierenden Tendenzen im Umgang mit der Psychoanalyse einer relativierenden Einschätzung Platz gemacht haben. Angesichts der Vielfalt biologischer Erkenntnisse in der psychiatrischen Forschung und ferner auch vor dem Hintergrund gesellschaftspolitischer Veränderungen wurde die Psychoanalyse in den beiden vergangenen Jahrzehnten schließlich zunehmend kritisiert und infrage gestellt (hier wird das Stichwort »Freud bashing« erwähnt).

In jüngster Zeit ist es bemerkenswert, dass gerade auch durch die Entwicklung in den Neurowissenschaften psychoanalytisch inspirierte Fragestellungen innerhalb der Psychiatrie auf ein zunehmendes Interesse stoßen. Nachdem im »Jahrzehnt des Gehirns« am Ende des vergangenen Jahrhunderts psychoanalytische Themata in den international renommierten psychiatrischen Fachzeitschriften keinerlei Bedeutung hatten und wie ausgegrenzt waren, konnten Gabbard, Gunderson und Fonagy in den US-Amerikanischen »Archives of General Psychiatry« im Jahr 2002 erstmalig wieder über den »Platz psychoanalytischer Behandlungen innerhalb der Psychiatrie« schreiben. Für diese gegenläufige Tendenz eines wiedererwachten Interesses an der Psychoanalyse innerhalb der Psychiatrie und insbesondere auch der Neurowissenschaften gibt es zahlreiche Belege. So werden psychoanalytische Hypothesen, die sich bisher einer operationalisierenden Überprüfung weit gehend entzogen, bei der Entwicklung moderner Untersuchungsparadigma – zumindestens in ersten partiellen Annäherungen – aufgegriffen. Umgekehrt sind auch

die Ergebnisse der »cognitive neuroscience« für die Weiterentwicklung psychoanalytischer Konzepte von zunehmender Bedeutung.

Das vorliegende Buch soll einen Überblick über die Entwicklung der spannungsvollen Auseinandersetzung von Psychoanalyse und Psychiatrie vermitteln. Ein wesentliches Ziel besteht darin, die historische Entwicklung dieser Beziehung, die wissenschaftstheoretischen Voraussetzungen des unterschiedlichen Zugangs zum Phänomen psychischer Krankheit und ferner klinisch-therapeutische Aspekte auf der Grundlage neuerer Entwicklungen in der Psychoanalyse, der klinischen Psychiatrie und den Neurowissenschaften zu beleuchten. Dementsprechend gliedert sich das Buch in fünf hauptsächliche Abschnitte:

- historische Aspekte,
- Modelle seelischer Krankheit,
- diagnostische Probleme,
- therapeutische Praxis und psychiatrische Institution,
- neuere Entwicklungen.

Der historische Rückblick auf das Spannungsfeld von Psychoanalyse und Psychiatrie wird mit dem Beitrag von Christian Scharfetter (Zürich) eröffnet. Scharfetter unterstreicht, dass das Unbewusste bereits vor Freud Gegenstand zahlreicher Werke war. Auch hat Freud für sich selbst nicht in Anspruch genommen, der Entdecker des Unbewussten zu sein. Scharfetter zeigt in seinem Beitrag auf, inwieweit die Konzepte der Psychoanalyse zum Unbewussten und zum intrapsychischen Konflikt zeitgeschichtlich vorbereitet waren. Dabei würdigt Scharfetter das Verdienst von Freud, mit seiner analytischen Kur des Aufdeckens von verborgenen Konflikten erstmalig die Grundlage eines systematischen, methodisch strukturierten Psychotherapieverfahrens entwickelt zu haben. Hervorzuheben ist, dass insbesondere bei Ideler (1795–1860) und Carus (1789–1869) der psychische Konflikt und das Unbewusste im Zentrum seelischen Erlebens und psychopathologischer Phänomene beschrieben wurden. Ideler (1838) sprach vom Trieb und der »Dialektik der Leidenschaften«. Carus sah im Unbewussten den Schlüssel zur Erkenntnis des bewussten Seelenlebens. In diesen und anderen der Psychoanalyse vorausgegangenen psychodyna-

mischen Modellen seelischer Phänomene kristallisieren sich bereits die wesentlichen Grundlinien psychodynamischen Denkens heraus:

- Psychodynamik als Theorie intrapsychischer Vorgänge ist verbunden mit der Annahme eines unbewussten Geschehens.
- Die unvermeidliche und ubiquitäre Konflikt-dynamik ist verknüpft mit den Potenzialitäten menschlicher Entwicklung und ihren Gefahren, im Falle der Überfordrung zu dekom-pensieren.
- Konflikte und deren Bewältigung lassen sich nicht ohne deren Einbettung in die Persönlichkeit des jeweiligen Individuums verstehen.
- Konflikte können ätiologisch-pathogenetische Bedeutung erlangen.

Psychotherapie müsse sich, so fordert Scharfetter abschließend, auch ohne endgültige Entscheidung über die ätiopathogenetische Bedeutung der (unbewussten) Konflikte zu entfalten versuchen.

Der zweite Beitrag des Buches (Nicole Baur, Daniel Hell, Zürich) beschäftigt sich mit dem »Burghölzli« (heute: Psychiatrische Universitätsklinik Zürich), der ersten psychiatrischen Institution, die sich dem psychodynamischen Denken Sigmund Freuds öffnete. Über mehrere Jahrzehnte galt das Burghölzli in der deutschsprachigen Psychiatrie als Zentrum und Fixpunkt psychodynamischen Denkens in der Psychiatrie. Es werden die historischen Rahmenbedingungen geschildert und die Persönlichkeiten von August Forel und Eugen Bleuler gewürdigt, die zu dieser Entwicklung beigetragen haben. Führende Vertreter der Psychoanalyse bzw. tiefenpsychologischer Schulen arbeiteten zeitweilig am Burghölzli und wurden zu Beginn des 20. Jh. direkt von Eugen Bleuler beeinflusst (Jung, Binswanger, Abraham, Jones, Brill, Eitingon, Spielrein, Minkowski, Minkowska). Weitere Analytiker arbeiteten später mit Eugen Bleulers Sohn Manfred eng zusammen (Boss, Benedetti, Müller). Es wäre gewiss von Interesse, genauer zu untersuchen, wie dieser große Einfluss, den das psychoanalytische Denken innerhalb des Burghölzlis hatte, in den letzten Jahrzehnten des vergangenen Jahrhunderts nach und nach geschwunden ist. Die große Ausstrahlung des Burghölzlis innerhalb der Welt der Psychoanalyse stand schließlich in einem deutlichen Widerspruch

zu der fehlenden Repräsentanz psychoanalytischen Denkens im klinischen Alltag sowie in Forschung und Lehre.

Bernhard Küchenhoff (Zürich) beschreibt die Beziehung zwischen Sigmund Freud und Eugen Bleuler, der sich als erster Ordinarius der Psychiatrie eingehend mit der Psychoanalyse auseinandersetzte und ihr einen Gestaltungsraum am »Burghölzli« ermöglichte. Der gemeinsame Ausgangspunkt der Überlegungen von Freud und Bleuler waren ihre praktisch-klinischen Erfahrungen in der Behandlung von Patientinnen und Patienten. Dabei war es Bleuler ein Anliegen zu überprüfen, inwieweit sich die Konzepte der Freud-Analyse auch auf die psychotischen Patienten übertragen ließen, mit denen sich Bleuler überwiegend auseinandersetzte. Bereits in der 1906 erschienenen Arbeit Bleulers »Freudsche Mechanismen in der Symptomatologie von Psychosen« zeigte er auch unterschiedliche Sichtweisen auf; so unterschied Bleuler bei den Psychosen die organische Genese der Erkrankung von den psychotischen Symptomen, von denen auch Bleuler annahm, dass sie mit den Freud-Mechanismen verständlich gemacht werden könnten.

Während Bleuler zu Beginn seiner intensiven Auseinandersetzung mit der Psychoanalyse durchaus auch bereit war, Verantwortung für die sich entwickelnden organisatorischen Strukturen der Psychoanalyse zu übernehmen, entwickelte er jedoch im weiteren Verlauf gegenüber der organisierten Psychoanalyse einen zunehmenden Vorbehalt. Dieser gründete insbesondere in seinem Wissenschaftsverständnis und der Einschätzung, eine notwendigerweise offene Diskussion nicht innerhalb einer geschlossenen Gesellschaft führen zu können. Doch auch nach seinem Austritt aus der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung setzte sich Bleuler weiterhin differenziert mit den Arbeiten Freuds auseinander. So nannte er beispielsweise Freud neben Kraepelin in seinem bedeutendsten Werk »Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien« (1911) als seine zentralen Bezugsgrößen gleichberechtigt nebeneinander. In diesem Zusammenhang merkt Bernhard Küchenhoff an, dass Freud dem zentralen Aufgabengebiet der Psychiatrie, den Psychosen, nur relativ wenig Aufmerksamkeit schenkte. Auch spricht vieles dafür, dass mehr-

fache Aufforderungen Bleulers zu einer gemeinsamen inhaltlichen Auseinandersetzung von Freud nicht aufgenommen wurden, so dass durchaus von einer verpassten Chance der Auseinandersetzung zwischen den beiden Sichtweisen gesprochen werden muss. Zusammenfassend vertritt Bernhard Küchenhoff die These, dass es auch nach der wechselseitigen Distanzierung von Bleuler und Freud (1913) nicht zu einem Bruch zwischen beiden gekommen ist, sondern wesentliche Prinzipien im psychoanalytischen Denken Freuds (z. B. die Rolle des Unbewussten, die prinzipielle Forderung der psychologischen Verstehbarkeit psychischer Symptome) auch von Bleuler weiterhin akzeptiert wurden.

Mit dem Verhältnis Freuds und der zeitgenössischen österreichischen Psychiatrie setzt sich Theodor Meißel auseinander. Freud, der sich ursprünglich mit neuropathologischer Forschung beschäftigt hatte, war als junger Arzt nur kurze Zeit in der von Meynert geleiteten psychiatrischen Klinik tätig. Die Fragen der psychiatrischen Versorgung und die Spannungen, die sich zwischen Vertretern der »Anstaltspsychiatrie« und der »Universitätspsychiatrie« entwickelten, beschäftigten ihn auch in seiner Tätigkeit als niedergelassener Psychiater in seiner Privatpraxis nur am Rande. Im Anschluss an seine Assistentenzeit arbeitete Freud weiterhin bei Meynert in dessen gehirnanatomischem Laboratorium. Nachdem Freud lange Zeit dem Forscher Meynert akzeptierend – teilweise auch bewundernd – gegenübergestanden hatte, brach nach Freuds Rückkehr von seinem Studienaufenthalt bei Charcot der Konflikt zwischen beiden offen aus. Im Zentrum dieses Konfliktes stand zum einen die Verwendung der Hypnose in der Behandlung hysterischer Störungen und ferner die von Freud am klinischen Beispiel der Aphasie grundsätzlich infrage gestellte Lokalisationstheorie Meynerts. Meißel nimmt einen – trotz dieser Divergenzen – vorhandenen grundsätzlich prägenden Einfluss Meynerts auf Freuds Denken an; erst mit der Aufgabe seiner Arbeiten zum »Entwurf einer Psychologie« habe Freud Meynerts Denken hinter sich gelassen.

Krafft-Ebing (1840–1902), der Nachfolger Meynerts, vertrat – im Gegensatz zu Meynert und dessen primär anatomischem und physiologischem Zugang – eine klinisch-nosographische Psychiatrie.

Er wurde u. a. berühmt durch sein Buch »Psychopathia sexualis mit besonderer Berücksichtigung der conträren Sexualempfindung« (1879). Freud bezog sich in seinen Arbeiten – insbesondere im Zusammenhang mit der Sexualtheorie – auf Einzelbefunde Krafft-Ebings. Dieser kommentierte einen Vortrag Freuds zur spezifischen sexuell bedingten Ätiologie der Hysterie als »wissenschaftliches Märchen«, überließ aber im weiteren Verlauf seinen Mitarbeitern die Auseinandersetzung mit Freud und der psychoanalytischen Bewegung. Immerhin schlug er vor, Freud zum Professor zu ernennen und beschrieb in seinem Gutachten (1897) die wissenschaftlichen Qualitäten der Ideen und Arbeiten Freuds, lobte ihn als genialen, innovativen Forscher, bemängelte aber zugleich dessen »Neigung zur Übertreibung« (vgl. Gicklhorn 1957).

Nach der Jahrhundertwende war Wagner-Jauregg (1857–1940) die einflussreichste Persönlichkeit der Psychiatrie in Wien. Er trug zur Einführung der Kropfprophylaxe mit jodiertem Salz bei und forschte systematisch über die Möglichkeiten der »Organtherapie bei Neurosen und Psychosen«. Für die Einführung der Malariatherapie bei der progressiven Paralyse erhielt er 1927 den Nobelpreis für Medizin. Die Frage der Kriegsneurosen führte zu einer Wiederbegegnung von Freud und Wagner-Jauregg, die beide einander seit ihren Studienjahren kannten. Freud wurde als Gutachter in einer Kommission hinzugezogen, die den an Wagner-Jauregg gerichteten Vorwurf behandelte, an seiner Klinik seien kriegsneurotische Patienten sadistisch behandelt und an die Front zurückgeschickt worden. Freud bemühte sich, Wagner-Jauregg als Person zu schützen und stellte bei dieser Gelegenheit die psychoanalytische Sicht der Kriegsneurosen dar. Meißel arbeitet heraus, wie diese wissenschaftliche Kontroverse auch politische Differenzen verdeutlicht bzw. verhüllt. Bei dieser Kontroverse sei es letztlich auch um die ethisch-soziale Legitimation psychiatrischer Theorie und Praxis gegangen. Freud vertrat deutlich die Perspektive der betroffenen Patienten und sprach von einem »Widerspruch der Zweckdienlichkeit mit der ärztlichen Humanität« (Eissler 1979, S. 60), Wagner-Jauregg habe sich demgegenüber als »Hilfsorgan der Militärverwaltung« (Eissler 1979, S. 44) verstanden.

Anhand der beiden Forscherpersönlichkeiten von Wagner-Jauregg und Freud zeigt Meißel, dass in beiden nicht nur konträre Aspekte psychiatrischer Identität, sondern auch konträre Aspekte österreichischer Identität zum Ausdruck kamen.

Paul Hoff (Zürich) setzt sich mit Emil Kraepelin als einer weiteren psychiatriehistorisch außerordentlich bedeutsamen Persönlichkeit auseinander und bezieht diese historische Perspektive zugleich auf die Gegenwart. Ein zentrales Anliegen dieses Beitrages besteht darin, auf die Gefahren eines unreflektierten und/oder dogmatischen Umgangs mit den theoretischen Grundlagen der Psychiatrie aufmerksam zu machen. Vor diesem Hintergrund wird ein psychopathologisch orientierter Ansatz skizziert, der zukünftig dieses Risiko einer Dogmatisierung theoretischer Modelle vermindern helfen soll. In exemplarischer Weise setzt sich Hoff mit der Frage auseinander, warum es zwischen Emil Kraepelin und Freud bzw. der Psychoanalyse keinen Dialog gab.

Im Zentrum von Kraepelins psychiatrischem Krankheits- und Wissenschaftsmodell stand die Annahme, dass es in der Psychiatrie – ebenso wie in anderen medizinischen Disziplinen – natürliche Krankheitseinheiten gäbe. Diese seien von der Natur, d. h. biologisch vorgegebene Entitäten, die von den Wissenschaftlern nicht etwa konstruiert, sondern entdeckt würden. Kraepelins Ziel bestand darin, die Psychiatrie als eigenständiges medizinisch-akademisches Fach naturwissenschaftlicher Prägung zu etablieren und von den philosophischen Spekulationen insbesondere der »romantischen Psychiatrie«, aber auch der bloßen Unterordnung unter andere Fächer (z. B. der inneren Medizin) befreien. Die von Kraepelin – ausgehend von einem enormen Forschungsoptimismus – entwickelte klinische Nosologie war außerordentlich pragmatisch und prognoseorientiert. Als Eckpunkte des Kraepelin-Krankheitsmodells sind aufzufassen:

- der »Realismus« (d. h. psychiatrische Krankheiten entsprechen »natürlichen Krankheitseinheiten«);
- eine ausgeprägte Naturalisierung seelischer und sozialer Phänomene;
- ein parallelistischer Standpunkt (gleichzeitige Existenz des körperlichen und des seelischen Bereiches; das Seelische ist ein Erkenntnisob-

jekt wie jedes andere auch und dem naturwissenschaftlich-quantifizierenden Zugriff prinzipiell in vollem Umfang zugänglich);

- ein experimentalpsychologischer Ansatz (das Experiment als »via regia« der psychiatrischen Forschung).

Hoff hält es für bemerkenswert, dass Kraepelin seine eigenen Vorannahmen und Schlussfolgerungen, die an spekulativem Gehalt denjenigen der Psychoanalyse »mitunter kaum nachstanden«, nicht in gleicher Weise kritisch hinterfragte bzw. ihre problematische Theoriegebundenheit schlicht gar nicht bemerkte. Die methodischen Grundlagen der Psychoanalyse (heuristisches Vorgehen, freie Assoziation, Traumdeutung) kollidierten so sehr mit Kraepelins eigenem Wissenschaftsverständnis, dass ihm – wie Hoff feststellt – eine substanzielle inhaltliche Auseinandersetzung nachgerade überflüssig erschien. In Kraepelins Perspektive entstand ein grobes, verzerrtes Bild der Psychoanalyse; in seinen Kommentaren zur Psychoanalyse überwog ein ironischer Tenor.

Angesichts von Kraepelins enggeführter Methodik ist es zunächst erstaunlich, dass diese im weiteren Verlauf inhaltlich zu einer deutlichen Ausweitung des psychiatrischen Zuständigkeitsbereiches beitrug. So diskutierte Kraepelin beispielsweise die Konsequenzen des eigenen Psychiatrieverständnisses für den juristischen Bereich, für gesellschaftliche, ethische und religiöse Aspekte. Die Psychiatrie Kraepelins als eine »Einheitswissenschaft naturwissenschaftlicher Prägung« und die damit verknüpfte Einengung der methodischen Möglichkeiten ging mit einer postulierten Ausweitung der inhaltlichen Aussagekraft einher. Hoff konstatiert eine deutliche Renaissance der Ideen Kraepelins in der Entwicklung der Psychiatrie der vergangenen Jahrzehnte (»Neokraepelinianer«); nicht zuletzt seien sein Pragmatismus und enormer Forschungsoptimismus bis in die aktuelle Debatte über den Stellenwert der Neuroscience wirksam.

Abschließend erweitert Hoff den Blickwinkel auf die psychiatrische Grundfrage, was denn seelische Krankheit überhaupt sei und mit welchem prinzipiellen methodischen Rüstzeug man sich ihr nähern könne. Das Risiko, die Erkenntnisgrenzen zu übersehen, wird für die naturalistische, die

personalistische, die systemische und die nominalistische Perspektive diskutiert. In dem »naturalistischen Fehlschluss« werden vorschnell Schlüsse von einem korrelativen Zusammenhang von Hirnfunktionen und seelischen Ereignissen auf kausale oder Identitätszusammenhänge bezogen. Das Risiko eines »heuristischen Reduktionismus« in der personalistischen, subjektorientierten Perspektive liegt darin, sich von der verblüffenden Plausibilität bestimmter Annahmen zur psychogenen Entstehung seelischer Störungen über den gesamten Lebenslauf einer Person dazu verleiten zu lassen, Hypothesen lediglich aufgrund ihrer »face validity« für zutreffend zu halten (z. B. in strafrechtlichen Gutachten). In ähnlicher Weise besteht das Risiko eines »sozialen Reduktionismus« darin, den sozialen Faktoren einem im engeren Sinne determinierenden Charakter in einer systemischen Perspektive zuzuweisen (z. B. das Konzept der »schizophrenen Mutter«). Das Risiko eines »formalen Reduktionismus« ergibt sich im Zusammenhang mit einer nominalistischen Konzeption seelischer Krankheit [z. B. im Zusammenhang mit den operationalen Diagnosemanualen der »International Classification of Diseases (ICD-)10« und des »Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-)IV«], wenn die operationale Vorgehensweise, seelische Sachverhalte zu klassifizieren, mit der Psyche und ihren Störungen schlechthin verwechselt werden.

Hoff gelangt zu einem deutlich erweiterten Verständnis der Psychopathologie, das sich auf die ideengeschichtliche Entwicklung abstützen kann, ein kritisches Methodenbewusstsein aufweist und – so seine Annahme – als eine inhaltliche Klammer für die zukünftige psychiatrische Forschung herangezogen werden kann. In diesem Zusammenhang wird nun umso deutlicher, warum es zwischen Kraepelin und Freud nicht einmal in Ansätzen zu einem wissenschaftlichen Dialog gekommen ist. Dieser Dialog sei insbesondere durch die feste Verankerung Kraepelins in seinem naturalistischen, »experimentalistischen« Weltbild verhindert worden, das zu einer Ablehnung heuristischer Ansätze und gleichzeitigen Verknennung der eigenen spekulativen, teilweise auch dogmatischen Anteile beitrug.

Im zweiten Abschnitt des Buches wird die Entwicklung psychoanalytischer Krankheitskonzepte beschrieben. Es wird insbesondere der Frage nachgegangen, ob und inwieweit eine wechselseitige Beeinflussung psychoanalytischen Denkens und der klinischen Psychiatrie stattgefunden hat. Stavros Mentzos zeigt eingangs auf, dass der Untergang des Hysteriebegriffes in der Psychiatrie zeitlich fast parallel zu der Krise des Hysteriebegriffes in der Psychoanalyse verlief, Letztere aber selbstverständlich einen unterschiedlichen wissenschaftstheoretischen Hintergrund hatte. Mentzos zieht eine sozialpsychologische Sichtweise heran, um den »Aufstieg« des Hysteriebegriffes im 19. und beginnenden 20. Jh. zu erläutern. In dieser Sichtweise kam dem Konstrukt der Hysterie die Funktion eines »Aufgabsbeckens« zu: So wurde die Hysterie einerseits zu einem Ausdrucksmittel subjektiven Leidens, insbesondere von Frauen, an der Gesellschaft, andererseits wurde die durch den Verlust vertrauter Weiblichkeitsbilder ausgelöste Verstörung kodifiziert. In diesem Zusammenhang ist ebenfalls an die von Israël (1983) beschriebene »unerhörte Botschaft« der Hysterie zu denken. Auch bei den massenhaft auftretenden psychogenen Störungen der Teilnehmer des ersten Weltkrieges wurde deutlich, dass die Grenzen zwischen Krankheit und unerwünschtem Verhalten zunehmend verwischt wurden. Die von Psychiatern, wie Hoche, Nonne und anderen, empfohlenen Interventionen zielten bei der »Kriegshysterie« nicht auf Heilung, sondern eher auf die Herstellung der Kriegstüchtigkeit.

Mentzos gelangt zu der Auffassung, dass die hysterischen Symptome durch »diskretere« Ausdrucksformen ersetzt wurden und innerhalb der Psychiatrie in anderen diagnostischen Kategorien (z. B. als psychogene und abnorme Reaktionen) beschrieben wurden. Die Auflösung der Hysterie als einer nosologischen Kategorie erfolgte etwa ab 1970, beginnend in den USA. Als Ursachen vermutet Mentzos nicht so sehr den pejorativen Gehalt des Begriffes, auch nicht die mangelnde Reliabilität und die deskriptive Inhomogenität der unterschiedlichen hysterisch genannten Phänomene. Er sieht die Aufgabe der Hysterie in der klinischen Psychiatrie vielmehr in einem Zusammenhang mit einer Ablehnung der psychoanalytischen Konzeptualisierung des Begriffes und der

in dem Hysteriekonzept erhaltenen hypothetisch erscheinenden metapsychologischen Theorien. Bereits Bally (1963) hatte darauf hingewiesen, dass die Psychiatrie weder den Befunden der Psychoanalyse ausweichen, noch diese assimilieren konnte, da sie sich in einem anderen kommunikativen Bereich bewegt als die naturwissenschaftlich fundierte Medizin. Der Verzicht auf psychogenetische Annahmen bedeutsamer intrapsychischer Konflikte und der Versuch der Operationalisierung der Hysterie auf rein deskriptiver Ebene in den modernen Klassifikationsinstrumenten (DSM-IV und ICD-10) trug allerdings zu einer Abnahme der Validität bei. Die Vernachlässigung der Psychodynamik verursachte einen erheblichen Mangel hinsichtlich der Weitergabe wichtiger und auch gerade im Rahmen psychotherapeutischer Behandlungen unverzichtbarer Informationen über das betreffende Individuum. Geradezu amüsant mutet es aus psychoanalytischer Sicht an, dass die gewählte – den Begriff der Hysterie ersetzende – Begrifflichkeit der »histrionischen Persönlichkeitsstörung« wiederum unbeabsichtigt bei der Sexualität der Frau »angelangt ist, gerade das, was man mit der Abschaffung des Terminus Hysterie und hysterisch vermeiden wollte«, wie Mentzos betont (das lateinische Wort *Histrione* leitet sich aus dem Griechischen *oistros*/die Brunst her). Mentzos plädiert nun nicht für die Wiederherstellung der Krankheitseinheit Hysterie, sondern empfiehlt vielmehr die Anwendung des psychodynamischen Begriffes des hysterischen Modus der Konflikt- und Traumaverarbeitung. Auf diese Weise könnte die deskriptive Einteilung der Symptomatik beibehalten werden, mit der psychodynamischen und psychogenetischen Erweiterung der Diagnose könnte diese zu größerer Validität gelangen und zur Vermittlung therapeutisch bedeutsamer Informationen herangezogen werden. Auf diese Weise ließe sich schließlich auch die von Mentzos konstatierte Krise des psychoanalytischen Hysteriebegriffes überwinden. Der hysterische Modus basiert – als spezifischer Abwehr- und Kompensationsmechanismus – auf einer unbewussten Inszenierung, die auf eine Veränderung der Selbstwahrnehmung und Umdeutung der psychosozialen Realität zielt. Es handelt sich um eine defensive Ich-Leistung, die – im Gegensatz zu den klassischen Hysteriekonzepten – konfliktunspezifisch ist. Men-

tzos hofft darauf, dass die bisherige Operationalisierung durch eine adäquate »Psychodynamisierung« komplettiert werden kann, die von einer »unnötig komplizierten und zu stark hypothetischen Meta-psychologie« losgelöst ist. Die Aufhebung der »engen dogmatischen psychoanalytischen Theorie der Hysterie« könne nicht zuletzt auch einen neuen Anfang des Austausches von Erfahrungen und Diskussionen zwischen Psychoanalytikern und »konsensbereiten Psychiatern« ermöglichen.

In seinem Beitrag über die Zwangsneurose hebt Hermann Lang (Würzburg) hervor, dass die Psychoanalyse ihre Entstehung nicht nur dem Studium der Hysterie, sondern gerade auch der Erforschung der Zwangsneurose verdankt. In einem historischen Rückblick wird die Entwicklung des Konzeptes der Zwangsneurose und der zwanghaften Charakterneurose aufgezeigt. In dem klassischen Konzept Freuds besteht der »Sinn« des Zwanges darin, dass den Zwangsvorwürfen und den Zwangsbefürchtungen ein massives Schuldbewusstsein zugrunde liegt, das Folge tabuisierter, verdrängter Sexualität sei. Der Schuldaffekt hefte sich durch »falsche Verknüpfung« an Vorstellungen, die dem Bewusstsein erträglicher erscheinen als die sexuellen. Das zwangsneurotische Syndrom – als ein Abwehrsystem verstanden – richte sich somit gegen unerlaubte sexuelle Triebregungen. Mit der Einführung der Todes- (Destruktions-)hypothese wird dieses klassische Konzept erweitert; Zwangssymptome sind nun vor allem Phänomene der Abwehr gegenüber destruktiven Impulsen.

Lang beschreibt das Janus-Gesicht des häufig in seinen Autonomiebestrebungen blockierten Zwangsranken zwischen äußerer Fügsamkeit und latenter Aggressivität (»gehemmter Rebell«). Die Aktualisierung der extremen Ambivalenz und inneren Konflikthaftigkeit zwischen Über-Ich und Es-Ansprüchen, Autonomiebestreben und Unterwerfung (und die daraus resultierenden Angst- und Schuldgefühle) würden schließlich zur manifesten Symptomneurose führen.

Lang unterstreicht, dass der klassisch-psychoanalytische Ansatz der Interpretation der Zwangsneurose bei Zwängen in strukturellen Ich-Störungen, insbesondere Psychosen, nicht weit genug greift. Er wendet eine struktural-analytische Betrachtungsweise an, die von phasenspezifischen,

spekulativen Ableitungen zu unterscheiden sei. Das Verhältnis von Zwangssphänomenen und Psychose sei nicht durch eine einfache Komorbidität zu beschreiben, vielmehr bestehe ein innerer Zusammenhang, der sich aus dem autoprotektiven Versuch ableiten lasse, eine existenzbedrohende Ich-Fragilität zu stabilisieren, einer psychotischen Entgrenzung und freiflottierenden Verlustangst entgegenzuwirken. Diese defensive »Funktionalität« sei innerhalb eines modifizierten psychodynamischen Settings in jedem Fall zu berücksichtigen.

Der nächste Beitrag beschreibt die Entwicklung der psychoanalytischen Depressionsmodelle und deren Rezeption in der klinischen Psychiatrie (Böker, Zürich). Die psychoanalytischen Depressionsmodelle (triebtheoretisches Modell, Ich-psychologisches, objektbeziehungstheoretisches, selbstpsychologisches Modell der Depression) sind Abbilder des jeweiligen Entwicklungsstandes der psychoanalytischen Theorie und Praxis. Moderne psychoanalytische Depressionsmodelle sind wesentlich durch die Bindungstheorie und die empirischen Beiträge der Säuglingsforschung einerseits und die Affektforschung andererseits beeinflusst. Es werden psychodynamische Klassifikationsversuche affektiver Störungen (u. a. mithilfe der »Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik«, OPD) vorgestellt, die unter Berücksichtigung des persönlichkeitsstrukturellen Niveaus der einzelnen Patienten wesentliche Informationen für die Indikationsstellung zu psychotherapeutischen Interventionen bei depressiv Erkrankten zur Verfügung stellen. Die dargestellten Depressionstheorien werden ferner daraufhin untersucht, ob und inwieweit sie sich mit zentralen klinischen Fragen und aktuellen Entwicklungen in der Depressionsforschung auseinander setzen.

Der wesentliche wissenschaftsgeschichtliche Beitrag der Psychoanalyse zum Problem der Depression besteht in der Darlegung ihrer entwicklungspsychologischen Aspekte und deren pathogenetischer Rolle. Die psychodynamische Betrachtungsweise der depressiven Symptombildung eröffnete insbesondere auch einen Zugang zum konflikthafter Hintergrund des subjektiv Erlebten und dessen biographischer Verankerung. Nur ansatzweise (z. B. in der Forderung von Jacobson, einen »multiple psychosomatic approach« zu entwickeln

oder in der Beschreibung der schwereren depressiven Symptome als »dead end« im Sinne von Gut) wird das Grenzproblem einer geschlossenen psychoanalytischen Theorie der Depression problematisiert: Bereits Freud hatte auf das Symptom der depressiven Hemmung hingewiesen, dessen biologisches Substrat er als »toxische Verarmung der Ich-Libido« metaphorisch umschrieb. Trotz einiger früher Versuche einer fruchtbaren Integration von psychoanalytischen Konzepten in die Psychiatrie (z. B. Gross, Schilder, Kant) wurde diese im weiteren Verlauf verfehlt. Die starre Antinomik somatogener und psychogener Faktoren und die Vernachlässigung z. B. des Vorschlages einer Ergänzungsreihe biologischer und psychologischer Faktoren kennzeichnete schließlich über Jahrzehnte die Wahrnehmung bzw. Nichtrezeption psychoanalytischer Depressionstheorien seitens der Vertreter der klinischen Psychiatrie. Bemerkenswert ist, dass neben der weit gehenden Nichtbeachtung der Psychoanalyse im Rahmen der Universitätspsychiatrie (insbesondere in Deutschland) kontinuierlich ein größerer Teil der niedergelassenen Psychiater einerseits und der Psychotherapieabteilungen, z. B. an den großen deutschen Versorgungskliniken, sich in ihrer konkreten therapeutischen Arbeit vielfach auf die psychoanalytischen Depressionskonzepte bezogen. Letztere wurden auch für die Universitätspsychiatrie insbesondere im Zusammenhang mit der Klärung der Frage der prämobiden Persönlichkeit bei affektiven Psychosen wieder von Bedeutung. Insbesondere auch in der empirischen Persönlichkeitsforschung bei Depressionen wurden die Ich-psychologischen und objektbeziehungstheoretischen Modelle wieder aufgegriffen und partiell validiert. Hierzu wurden zunächst insbesondere standardisierte psychodiagnostische Instrumente, später auch vereinzelt ideographische Verfahren, herangezogen (vgl. Böker 1999). Eine Fülle von funktionellen Befunden zum entwicklungspsychologischen und entwicklungspsychopathologischen Vorfeld manifester affektiver Erkrankungen lieferte ein zunehmend anschauliches Bild von möglichen Risikokonstellationen und protektiven Faktoren. Erst im Zusammenhang mit den moderneren entwicklungspsychologischen, kognitiv-psychologischen und neurobiologischen Ansätzen wird die frühzeitig eingetretene Dichotomi-

sierung biologischer und psychologischer Depressionsmodelle ansatzweise aufgehoben. Diese aktuelle Entwicklung stellt auch eine Herausforderung an die Psychoanalyse dar, die bisher vielfach weder auf der Ebene ihrer Terminologie noch in Bezug auf die entwicklungs- und persönlichkeitspsychologischen Vorannahmen sich um eine Kompatibilität mit klinisch-psychiatrischen Depressionsmodellen und empirischen Befunden bemüht hatte. Der große Stellenwert der Psychoanalyse in der heutigen Depressionsbehandlung besteht u. a. darin, dass sie zu einer adäquaten Behandlung einer größeren Untergruppe depressiv Erkrankter beiträgt, bei denen eine persönlichkeitsstrukturell verankerte Dynamik intrapsychischer und/oder interpersoneller Konflikte einen wesentlichen Anteil an der Auslösung depressiver Episoden und der Chronifizierung des Krankheitsgeschehens hat. Generell lässt sie sich als ein integrierendes Prinzip der Selbstreflexion in der Depressionsbehandlung auffassen. Dieses zielt nicht zuletzt auch auf ein vertieftes Verstehen des individuellen Erlebens des in komplexe somatopsychisch-psychosomatische Wechselwirkungsprozesse einbezogenen depressiv erkrankten Menschen.

Im folgenden Kapitel beschäftigt sich Peter Hartwich (Frankfurt) mit einem weiteren Kerngebiet der Psychiatrie, der Schizophrenie. Bei seinen Überlegungen zur Defekt- und Konfliktinteraktion in der Schizophrenie berücksichtigt Hartwich die beiden erkenntnistheoretischen Pole, die objektive Beschreibung der somatischen Vorgänge wie auch die Einfühlung in das subjektive Erleben. Dieser Zugang ist nicht zuletzt auch deshalb bedeutsam, da sich die Polarität der theoretischen Modelle auch im »Innenraum mancher Psychiater und in ihrer fachlichen Entwicklung« widerspiegelt. Es werden die klassischen psychoanalytischen Modelle der Schizophrenie, die Ich-psychologischen, objektbeziehungspsychologischen, die selbstpsychologischen Modelle und die familiendynamischen Modelle in ihrer Entwicklung und wechselseitigen Beeinflussung vorgestellt.

Die von Hartwich u. Grube entwickelte psychodynamische Betrachtung fokussiert auf schwer wiegende Labilisierungen und die Desorganisation des Körperschemaselbst bei Schizophrenen. Die einzelnen Fragmente des Körperschemaselbst erlan-

gen eine Überbesetzung; diese »Parakonstruktionen« lassen sich als kompensatorischer Versuch einer Kohäsionsbemühung auffassen, die schließlich misslingt. Hieraus lässt sich die Persistenz koästhetischer Symptome plausibel ableiten. Katatone Symptome werden in dieser Sichtweise als Bewältigungsversuch verständlich, den weiteren Zerfall des psychomotorischen Selbst aufzuhalten.

Interessanterweise ist dieser theoretische Zugang kohärent mit empirischen Befunden eigener, zusammen mit Northoff durchgeführter Studien (Northoff et al. 2003), bei denen die Selbstmodelle ehemals katatoner Patienten und ferner Hirnaktivierungsmuster im orbitofrontalen Kortex während emotionaler Stimulation mithilfe funktioneller Magnetresonanztomographie untersucht wurden. Es fanden sich dysfunktionale Aktivierungsmuster im orbitofrontalen Kortex sowie Veränderungen im medialen präfrontalen und im prämotorischen Kortex während negativer emotionaler Stimulation, die signifikant mit affektiven, behavioralen und motorischen Veränderungen ebenso wie mit dem – mithilfe des ideographischen Untersuchungsverfahrens der Repertory-grid-Technik operationalisierten – negativen Selbstbild, emotionalen Arousal und sozialer Isolation korrelierten. Die festgestellten präfrontalen kortikalen Dysfunktionen können als Korrelate fehlender emotionaler Kontrolle (insbesondere bei der Stimulation mithilfe negativer visueller Stimuli) und der dadurch induzierten sensomotorischen Regression im Sinne einer angstbedingten Immobilisierung in der Katatonie interpretiert werden. Weiterhin lässt sich die orbitofrontale Dysfunktion auf regressive Prozesse beziehen, die in paradigmatischer Weise bei der Katatonie zu beobachten sind.

Das von Hartwich beschriebene Prinzip der Antikohäsion bei Schizophrenen bezieht sich nicht nur auf den Bereich der Erlebensrepräsentanten des Körperschemas, sondern auch auf andere Bereiche, z. B. die des Assoziierens, Denkens und Fühlens. Hartwichs Beitrag zielt insbesondere auf die Zusammenführung von biologisch-somatischen Grundlagen und psychodynamischen Zusammenhängen, somit auf eine Überwindung einseitig konflikttheoretischer und deterministischer Interpretationen der Schizophrenieentstehung und deren Behandlung. Unter Berücksichti-

gung der Arbeiten von Benedetti, Mentzos, Grotstein, Fleck, Volkan und Robbins wird eine systemisch-zirkuläre Sichtweise der Schizophrenie entfaltet. Komponenten des zirkulären Prozesses der Schizophrenie sind eine genetisch bedingte konstitutionelle Hypersensitivität und eine Schwäche der neuromodularen Organisation in Wechselwirkung mit frühen Objektbeziehungen und traumatisierenden Umweltbedingungen, die einen gestaltenden Einfluss auf die von der Disposition mitgeformten Strukturen haben. Dieses Modell ist kongruent mit den von Tienari et al. (1994) vorgelegten empirischen Befunden, nach denen die sensitiven Genotypen eine größere Labilität gegenüber Umwelteinflüssen aufweisen als die nichtsensitiven Genotypen. Hieraus ergibt sich umgekehrt die Bedeutung protektiver Faktoren; so unterstreichen die Ergebnisse der klinischen Adoptionsstudien, dass in Bezug auf Schizophrenie genetisch prädisponierte Kinder in einem günstigen psychosozialen Umfeld einen besseren Schutz vor einer späteren Psychose haben. Hinsichtlich der psychotischen Symptombildung unterstreicht Hartwich, dass psychoanalytische Interpretationen sich überwiegend auf die Wahnsymptomatik (als Heilungs- oder Rekonstruktionsversuch) beziehen, die Symptome ersten Ranges (im Sinne Schneiders) bzw. die Grundsymptomatik im Sinne Bleulers und die kognitiven Defizite dabei ausgespart werden. Demgegenüber spricht Hartwich von einer Übergangsreihe unterschiedlicher Gewichtungskonstellationen und der Notwendigkeit, Konflikt- und Defektaspekte beim einzelnen Schizophrenen in Bezug auf die Ausprägung seiner persönlichen gegenwärtigen Psychopathologie zu bewerten. In diesem Zusammenhang stellt Hartwich das Konzept der Parakonstruktion vor, das die somatisch-genetische Disposition mit dem psychodynamischen Zugangsweg zu den Psychosen verbindet. Dementsprechend lassen sich die Symptome der schizophrenen und schizoaffektiven Psychose als Reaktionsformen auf eine Desintegration im Zusammenhang mit einer psychotischen Ich-Störung interpretieren. Das »somatopsychodynamische« Konzept der Parakonstruktion bezieht die kognitiven Störungen in die psychodynamischen Ansätze mit ein und berücksichtigt insbesondere die somatopsychischen Wechselwirkungen innerhalb der ätiologisch wirksamen

Komponenten bei Psychosen. Die beispielhaft dargestellten therapeutischen Interventionen sollten dementsprechend der subjektiven wie der objektiven Seite der Schizophrenie angemessen sein.

Wolfgang Hering setzt sich mit den psychodynamischen Aspekten schizoaffektiver Psychosen auseinander. Die auf langjährigen klinischen Beobachtungen beruhenden Hypothesen berücksichtigen sowohl die deskriptiven Charakteristika und den Krankheitsverlauf der schizoaffektiven Störungen wie auch die psychodynamischen Hintergründe der »schizoaffektiven Symptomoszillation«. Die »lauernde Fragmentierung des Selbst« und die »schizoaffektive Symptomoszillation« versteht Hering als Ausdruck des »schizoaffektiven Dilemmas«: Dieses besteht – in Anlehnung an Mentzos – in einem doppelten dilemmatischen Widerspruch, nämlich dem zwischen der Sehnsucht nach Verschmelzung und der Angst vor der Vernichtung durch Fusion, wie auch im Zwiespalt zwischen der Sehnsucht nach bestätigender Liebe und dem Verlangen nach autonomer Selbstwertigkeit. In diesem dilemmatischen Gefüge sind – so Hering weiter – zwei Affekte – Scham und Neid – von besonderer Bedeutung. Der Beitrag öffnet insbesondere den Blick für die beziehungsregulierende Funktion der Affekte und die Schutzfunktionen affektiver und schizophrener Symptome bei Patientinnen und Patienten mit schizoaffektiven Störungen. Diese Betrachtungsweise, die vor allem die Abwehr- und Kompensationsleistungen im jeweiligen Einzelfall verständlich macht, darf jedoch nicht als ein – die komplexe Eigendynamik schizoaffektiver Störungen erklärendes – pathogenetisches Modell missverstanden werden (vgl. Marneros 1999).

Ein weiteres Grenzphänomen, nicht zu verwechseln mit den Mischzuständen bzw. den depressiv-manischen Mischbildern, stellt die »Borderlinesymptomatik« dar. Christa Rohde-Dachser zeichnet die Entwicklung der Borderlinediagnose vom unklaren »Grenzfall« hin zu einer Persönlichkeitsstörung mit klar definierten Kriterien. Diese ist insbesondere auch an das Konzept der »borderline personality organisation« von Kernberg angelehnt. Er beschrieb die Borderlinestörung als Ausdruck einer spezifischen Ich-Pathologie, die auf den Einsatz primitiver Abwehrmechanismen zurückzuführen ist. Damit ist eine entsprechende Pa-

thologie der Objektbeziehungen und des Überich verknüpft.

Die Frage der ursächlichen Zusammenhänge der Borderlinepersönlichkeitsstörung ist weiterhin umstritten. Während Kernberg noch von einer konstitutionell gesteigerten Aggression ausgegangen war, häuften sich in den beiden folgenden Jahrzehnten die Hinweise auf eine traumatische Vorgeschichte dieser Patientinnen und Patienten. Letztere ist jedoch keineswegs zu verallgemeinern.

Die Herausarbeitung klarer therapeutischer Strategien auf psychodynamischer Grundlage (übertragungsfokussierte Borderlinetherapie nach Kernberg, mentalisierungsbasierte Borderlinetherapie nach Fonagy) und auf behavioralen Grundlagen basierend (dialektisch behaviorale Therapie nach Linehan) haben sicher zu einer günstigeren Einschätzung der Prognose beigetragen. Dennoch erscheint die Annahme, dass gerade die Entwicklung der Borderlinetherapie von einer fruchtbaren Beziehung zwischen Psychoanalyse und Psychiatrie zeuge, eher euphemistisch zu sein. Vermutlich bestehen in kaum einem anderen therapeutischen Feld so viele Widersprüche (und teilweise auch kontratherapeutische Haltungen) wie bei der Behandlung von Borderlinepatienten im Rahmen psychiatrischer Kliniken. Hierbei ist u. a. an die mögliche Induktion maligner-regressiver Entwicklungen durch bestimmte institutionelle Rahmenbedingungen (z. B. bei der Behandlung von Borderlinepatienten auf psychiatrischen Akutstationen) zu denken. Während es noch in den 70er-Jahren des vergangenen Jahrhunderts in vielen psychiatrischen Kliniken verpönt war, die Diagnose eines »Borderlinesyndroms« zu stellen, bestehen inzwischen deutliche Tendenzen einer diagnostischen Verwässerung der Diagnose Borderlinepersönlichkeitsstörung (vgl. Mentzos 2000).

In dem folgenden Buchteil/Kapitel des Buches werden die diagnostischen Probleme bei der Erfassung psychiatrischer Erkrankungen umrissen. Joachim Küchenhoff (Basel) setzt sich mit der Entwicklung der internationalen Klassifikationssysteme auseinander. Besonderes Augenmerk gilt dem Fehlen der psychodynamischen Dimension in den – zumindest vom Anspruch her – ätiologienspezifischen, lediglich deskriptiv-phänomenologischen Erfassungsinstrumenten. Küchenhoff

deckt im ersten Teil seiner Arbeit die den psychiatrischen Klassifikationssystemen inhärenten Mängel auf und untersucht im zweiten Teil die psychodynamische Diagnostik darauf hin, ob und inwieweit sie geeignet ist, diese Mängel auszugleichen.

Der Störungsbegriff sei den beiden Zielen der nosologischen Abstinenz und der phänomenologischen Reduktion nicht gerecht geworden. So widerlege sich im Begriff der Komorbidität die Krankheitsnegation des Störungsbegriffes selbst. Der Anspruch auf theoriefreie Diagnostik verstelle den Blick auf die stets zu hinterfragenden Theorievoraussetzungen. Ein besonderer Mangel bestehe insbesondere auch in der fehlenden unabhängigen Beschreibung der Vermittlung zwischen Symptom- und Prozessebene. Die »einfältige« Gleichsetzung von deskriptiven Ratingverfahren mit Psychopathologie überhaupt – so Küchenhoff weiter – unterstreiche, wie sehr diese ihren früheren grundlagenwissenschaftlichen Anspruch vernachlässigt habe, z. B. den von Janzarik (1979) formulierten Anspruch, das Erleben in den Mittelpunkt der psychiatrischen Forschung zu stellen, quasi als Flucht- und Einigungspunkte verschiedener wissenschaftlicher Zugänge. Küchenhoffs These lautet, dass die psychodynamische Diagnostik diese frühere Aufgabe der Psychopathologie übernimmt, strukturelle und komplexe Modelle des Verstehens und der dynamischen Zusammenhänge zu entwickeln, zugleich aber mit dieser Aufgabe überfordert sei, weil sie nicht das ganze Feld psychiatrischen Wissens überblicken könne. Hieraus schlussfolgert er, dass die symptomatische Krise der Psychodynamik in der Psychiatrie letztendlich auf eine Krise psychiatrischer klinischer Theorie und eben auch der Psychopathologie verweist.

Worin bestehen nun die Potenziale psychodynamischer Psychodiagnostik in der Psychiatrie? Was hat sie anzubieten, das sie wieder zu einem unabdingbaren Bestandteil psychiatrischer Diagnostik machen könnte? Zwei mögliche Antworten bieten sich in diesem Zusammenhang an: Die supplementäre, ergänzende oder die transgressive, überschreitende, kritische Funktion psychodynamischer Diagnostik.

Die Anpassung an die Logik der deskriptiv-phänomenologischen Inventare ist eine notwendige Konsequenz der supplementären Vorgehensweise.

Die Vorzüge der Operationalisierung (z. B. die bessere Handhabbarkeit und Kommunizierbarkeit klinischer Begriffe) werden den möglichen Bedenken (z. B. einer missverständlichen Gleichsetzung der OPD mit der psychoanalytischen Diagnostik insgesamt) gegenübergestellt. Die wesentlichen Ergänzungen, die das Klassifikationssystem der OPD auf den vier diagnostischen Ebenen (Krankheitsverarbeitung und Behandlungsvoraussetzungen, Beziehungsmuster, psychischer Konflikt und Struktur der Persönlichkeit) erfasst, werden eingehend erläutert. Besonderes Augenmerk gilt dabei dem Verhältnis von Konflikt und Struktur und der Weiterentwicklung psychodynamischer Ansätze über die Neurosenpsychologie hinaus. In diesem Zusammenhang ermöglichen psychodynamische Ansätze – ein wichtiger Kritikpunkt der Psychiatrie an den früheren triebpsychologischen Modellen der Psychoanalyse – auch die subtile Erfassung der Dynamik von schweren seelischen Störungen (z. B. Persönlichkeitsstörungen, Psychosen), die nicht nach dem Verdrängungs-, sondern dem Spaltungs- oder Dissoziationsparadigma beschreibbar sind.

Die transgressive Funktion psychodynamischer Diagnostik zeigt die Grenzen eines medizinisch-objektivierenden Zugangs zu psychischer Krankheit auf und stellt diesem eine personale, subjektivierende Sichtweise entgegen. In diesem Zusammenhang wird die zweite leitende These des Beitrags von Küchenhoff, dass die psychodynamische Diagnostik eine personale Diagnostik ist, die zugleich die Persönlichkeit in einen Kontext interpersonaler Erfahrung einbettet, hergeleitet und begründet. Psychoanalytische Diagnostik kann die Person (aufgefächert in die drei Dimensionen der Subjektivität, Individualität und Identität) besser erfassen, als dies der psychiatrischen klassifizierenden Diagnostik möglich ist. Die psychodynamische Diagnostik der Person ist dabei in eine interpersonale Erfahrung eingebettet. Der »unausgesprochene« Hintergrund der psychodynamischen Haltung ist die Annahme, dass die Person des anderen nur in der interpersonalen Begegnung erfasst werden kann:

Die Anerkennung von Fremdheit im Leiden und in der Unverwechselbarkeit der Person ist das Gegengewicht, das die psychiatrische Diagnostik von der Psychodyna-

mik erhalten kann, um sich nicht in Globalaussagen, in überdimensionierten Behandlungspaketen, in schematischen Regeln und kulturgebundenen Vorurteilen zu verfangen (► Abschn. 12.3.2).

Dieser Satz wird hervorgehoben, da er meines Erachtens nicht nur das Spezifikum psychodynamischer Diagnostik erfasst, sondern den Kerngehalt und wesentlichen Beitrag psychodynamischen Denkens und Handelns in der Psychiatrie überhaupt.

In diesem Zusammenhang wird erwähnt, dass sich die Frage nach der Notwendigkeit, nosographiealternative Klassifikationssysteme zu entwickeln, beispielsweise für Mundt (2004) auch im Rahmen der Auseinandersetzung um Behandlungsziele und Behandlungsstrategien in der Psychotherapie stellt. Mundt weist auf die Probleme des Syndromwandels im Verlauf, der Komorbidität, der therapeutischen Beziehung und der »Fülle der subjektiven und subsyndromalen Dysfunktionen« hin, die in psychotherapeutischen Prozessen von großer Bedeutung sind (wie beispielsweise der zentrale Beziehungskonflikt, soziale Kompetenz und Lebensqualität). Ergebnisse der Psychotherapieforschung legen nahe, dass störungsspezifische Ansätze reliablere Outcomeergebnisse zu bringen scheinen, die fallorientierten hingegen relevantere Aussagen zum subjektiven Befinden und zur Entwicklung der Persönlichkeit. Vor diesem Hintergrund könnte der Beitrag der Psychodynamik nicht zuletzt auch darin bestehen, bei der Entwicklung zukünftiger diagnostischer Klassifikationssysteme zu einer »Funktionalisierung« der Psychopathologie und deren subjektbezogener Anwendung beizutragen. Dabei sei auch an die »funktionale Psychopathologie« von Scharfetter als wesentliche Voraussetzung eines »bedürfnisangepassten Behandlungsangebotes« erinnert:

Deskriptive Psychopathologie gibt noch keine Antwort auf die Fragen, warum ein Mensch ein Symptom hervorbringt, produziert, kreiert, vielleicht sogar braucht, wozu das Symptom ihm dient, was für eine Not er damit zum Ausdruck bringt, was für eine Therapiebedürftigkeit er damit signalisiert und was wir dem Symptom an Hinweisen auf der Ebene der therapeutischen Ansprechbarkeit entnehmen können (1995, S. 69 ff.).

Rolldynamische Aspekte psychiatrisch-psychotherapeutischer Praxis und institutionsdynamische Aspekte der psychiatrischen Klinik werden im folgenden Kapitel des Buches beleuchtet. Eingangs beschreibt Rudolf Heltzel (Bremen) die Probleme, die sich aus der »zusammengesetzten Berufsidentität« von Psychoanalytikerinnen und Psychoanalytikern an psychiatrischen Institutionen ergeben, und zwar aus der Perspektive des externen Supervisors. Im Zentrum seines Beitrags steht die Diskussion der Psychoanalyse und der Psychiatrie als zwei unterschiedliche Kulturen, die jeweils eigene Zugehörigkeiten generieren. Die auf diesem Weg resultierende »zusammengesetzte Berufsidentität« geht mit Herausforderungen an die Integrationsbereitschaft der beteiligten Professionellen einher. Angewandte Psychoanalyse wird in diesem Sinne – mit einem Zitat von Wellendorf (1998) – als »komplexes Grenzmanagement« aufgefasst, das u. a. den Bezug auf mehrdimensionale Modelle des verstehenden Zugangs zum sozialen Feld und spezifische Feldkompetenz voraussetze. Unter Bezugnahme auf den libanesisch-französischen Autor Maalouf unterstreicht Heltzel die Prozessqualität der »zusammengesetzten beruflichen Identität«; sie stehe niemals ein für allemal fest, vielmehr forme und transformiere sie sich lebenslang. Berufliche Identität – als Summe vielfältiger Zugehörigkeiten verstanden – führe zu einem veränderten Verhältnis gegenüber eigenen, wie auch den Positionen der anderen. Dabei wird auch deutlich, dass die Diskurse um psychoanalytische Identität, wie jegliche Identitätsdiskurse, auf dem Hintergrund gesellschaftlicher Verwerfungen und Wandlungsprozesse stattfinden, die die Grundmatrix des Zusammenlebens bestimmen. Die Begegnung zwischen Psychoanalyse und Psychiatrie verlangt den professionellen »Grenzgängern« Spannungs- und Ambivalenztoleranz sowie Integrationsfähigkeit ab. Im Sinne einer »triadischen Kapazität« gehe es darum, Mehrdimensionalität und Widersprüchlichkeit zwischen sich scheinbar ausschließenden Polen wahrzunehmen, zu tolerieren und zu kommunizieren. Paradigmatisch für die Probleme zusammengesetzter Berufsidentität innerhalb psychiatrischer Institutionen beschreibt Heltzel das »Komplexitätsmanagement« in einer gruppenanalytischen Perspektive.

Am konkreten Beispiel einer renommierten psychotherapeutisch-psychiatrischen Klinik beschreibt Florian Langegger (Zürich) den Wandel einer therapeutischen Institution und den damit verknüpften notwendigen Wandel therapeutischen Handelns. Langegger verknüpft die Entwicklung innerhalb dieser – nach den Prinzipien der jungianischen analytischen Psychologie arbeitenden – Klinik mit zeitgenössischen Strömungen im Allgemeinen wie auch den sich verändernden Konzeptualisierungen innerhalb der Psychiatrie im Besonderen. Besonders aufschlussreich und ernüchternd ist Langeggers Analyse des destruktiv-narzisstischen Prozesses der gesamten Institution in Zusammenhang mit dem zeitweilig vorherrschenden therapeutischen Narzissmus und der ungebrochenen Idealisierung der angewandten therapeutischen Methode. Nach Überwindung eines unkritischen »Panpsychologismus« in den 60er- und 70er-Jahren und der sich abzeichnenden Relativierung eines ausschließlichen Biologismus in den 80er- und 90er-Jahren des vergangenen Jahrhunderts prognostiziert Langegger ein ausgewogeneres und praktikables Verhältnis der drei Komponenten des biopsychosozialen Paradigmas.

Im folgenden Kapitel geben Ulrich Streeck und Michael Dümpelmann (Göttingen) einen Überblick über die Geschichte des Verhältnisses von Psychiatrie und Psychotherapie. Die Autoren schildern die wechselvolle Entwicklung, die schließlich zu der sich allmählich durchsetzenden Erkenntnis führte, dass es bei der Integration von Psychotherapie in die Psychiatrie nicht um therapeutische Alternativen geht, sondern darum, psychiatrische Therapie als mehrdimensionale Therapie zu konzipieren. Trotz dieser Komplementarität stehen sich Psychiatrie und Psychotherapie häufig immer noch als zwei therapeutische Kulturen mit unterschiedlichen Praxeologien gegenüber. Nun tragen gerade auch die inneren Entwicklungen auf beiden Seiten allmählich dazu bei, dass die jeweils exklusiv gehandhabten Hintergrundtheorien und fixierten Leitbilder allmählich überwunden werden können. Zum einen zeichnet sich eine gewisse Ernüchterung auch innerhalb der biologischen Psychiatrie ab, da viele der in sie gesetzten Erwartungen bisher nur unzureichend erfüllt wurden. Dies mag Nancy Andreasen (2002), die Herausgeberin des »Ameri-

can Journal of Psychiatry«, bewogen haben, einen »silent spring« in der Psychiatrie zu konstatieren. Andererseits zeichnen sich gerade auch durch die außerordentlich interessanten Entwicklungen der neurobiologischen Grundlagenforschung bemerkenswerte Parallelen und Konvergenzen zwischen Psychiatrie, Psychotherapie und Psychoanalyse ab. Hierzu tragen auf psychotherapeutischer Seite nicht zuletzt auch die empirischen Ergebnisse bei, die in solch unterschiedlichen Forschungsfeldern wie der Säuglingsforschung, der Affektpsychologie, der Bindungsforschung, der Gesprächs- und Interaktionsforschung und nicht zuletzt der Traumaforschung gewonnen wurden. Dennoch fällt die Einschätzung der beiden Autoren hinsichtlich der Integration von Psychotherapie in die Psychiatrie eher zurückhaltend aus; sie betonen, dass die bloße Addition psychotherapeutischer Behandlungsverfahren zu den vorhandenen biologischen und soziotherapeutischen Aktivitäten die Integration von Psychotherapie im Sinne einer das psychiatrische Handeln prägenden therapeutischen Haltung eher verhindere, gelegentlich sogar Alibifunktionen erfülle. Trotz dieser nüchternen Einschätzung zeigen Streeck u. Dümpelmann vielfältige Entwicklungen innerhalb der Psychotherapie auf (z. B. das Konzept der Behandlungsorganisation, die therapeutischen Modifikationen psychodynamischer Psychotherapien, Psychosenpsychotherapie, Supervision), die sich dazu anbieten, auf dem Weg einer das psychiatrische Handeln prägenden Haltung voranzuschreiten. Die auf der Grundlage einer therapeutischen Haltung gestalteten therapeutischen Beziehungen sind dabei sowohl Matrix des therapeutischen Geschehens, Medium von Kommunikation (z. B. im Rahmen von Handlungsdialogen) wie auch unmittelbar wirksames therapeutisches Mittel. Gleichmaßen von Bedeutung ist die Gestaltung des therapeutischen Rahmens und die Behandlungsorganisation als wesentliche Grundlage für eine gezielt auf einen individuellen Patienten und dessen spezifische Pathologie abgestimmte Behandlung.

Unter Berücksichtigung der institutionellen Rahmenbedingungen setzt sich Rudolf Heltzel mit den psychodynamischen Aspekten in der stationären Behandlung psychotischer Patienten auseinander. Heltzel beschreibt eingangs die struktu-

rellen Gegebenheiten bei Menschen, die an schizophrenen Psychosen erkranken (z. B. dilemmatische Gegensätzlichkeiten, Bewältigungs- und Kompensationsversuche, Symbolisierungsstörung, Handlungssprache). Insbesondere der verstehend-fördernde Handlungsvollzug in den »Handlungsdialogen« zwischen dem Patienten und dem Behandelnden ist in diesem Zusammenhang von besonderer Bedeutung (vgl. Klüwer 2001; Böker 1995). Heltzel skizziert im Folgenden eine Behandlungsgestaltung, die diese strukturellen und beziehungs-dynamischen Gesichtspunkte bei schizophren erkrankten Menschen berücksichtigt. Anhand von Fallvignetten und Beispielen aus Supervisionssitzungen werden spezifische Behandlungssituationen und -probleme erörtert, die sich aus dem intensiven Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehen in der Begegnung mit schizophren Erkrankten ergeben. Voraussetzung eines förderlichen therapeutischen Prozesses und der Integration psychotischer Fragmente ist dabei vor allem auch die stabile Verbindlichkeit des therapeutischen Rahmens, dem eine triangulierende Funktion zukommt.

Im nächsten Buchteil nehmen Autorinnen und Autoren aus unterschiedlichen wissenschaftlichen Perspektiven Stellung zu neueren Entwicklungen in der Psychoanalyse und den Neurowissenschaften. Die beiden ersten Beiträge setzen sich mit der Frage auseinander, ob eine Kompatibilität von Psychoanalyse und Neurowissenschaft besteht.

Georg Northoff (Magdeburg) vertritt in seinem Beitrag die Ansicht, dass eine Erste-Person-Neurowissenschaft die Psychoanalyse und die Neurowissenschaften miteinander verknüpfen könne. Northoff setzt sich zunächst mit den – u. a. auch von Schneider in diesem Buch (► Kap. 18) artikulierten – Einwänden gegenüber einer gemeinsamen konzeptuellen Basis hinsichtlich der Erforschung psychodynamischer Mechanismen des Unbewussten (wie die Psychoanalyse sie formuliert hat) und neuronaler Prozesse des Gehirns (wie sie die Neurowissenschaften voraussetzt) auseinander. Er entwickelt das Konzept einer »Ersten-Person-Neurowissenschaft«, das sowohl der Komplexität des subjektiven Erlebens in der Ersten-Person-Perspektive wie auch der Unmöglichkeit der Lokalisation desselben in spezifischen Regionen des Gehirns Rechnung trägt. Die zentrale Frage dabei ist, wie eine

Quantifizierung und Objektivierung subjektiven Erlebens ermöglicht werden kann. In diesem Zusammenhang werden Operationalisierungsversuche erwähnt, die beobachtungsnahe, psychodynamisch relevante Zusammenhänge zu erfassen suchen (z. B. die OPD, die Karolinska-Skala und Instrumente zur Quantifizierung und Objektivierung von Abwehrmechanismen). Kritisch ist dabei anzumerken, dass diese Instrumente gewiss in ein-drucksvoller Weise ermöglichen, relevante psychodynamische Prozesse im Einzelfall wie auch grup-pentypische Muster zu erfassen. Dennoch bleibt das grundsätzliche Problem, dass die aus Reliabilitäts-erwägungen vereinbarten Charakterisierungen der von Fachleuten als bedeutsam definierten Dimensionen und insbesondere auch deren Quantifizierung hinsichtlich der angestrebten inter-individuellen Vergleichbarkeit mit einer erheblichen Reduktion der im jeweiligen Einzelfall erhobenen subjektiv bedeutsamen Daten verknüpft ist.

Georg Northoffs Vorschlag einer »Ersten-Person-Neurowissenschaft« zielt insbesondere darauf, den methodologischen Dualismus zwischen mentalen Zuständen in der Ersten-Person-Perspektive und den neuronalen Zuständen in der Dritten-Person-Perspektive zu überbrücken. Durch die Verknüpfung von mentalen und neuronalen Zuständen und somit von Erster-Person-Perspektive und Dritter-Person-Perspektive könne die Erste-Person-Neurowissenschaft einen indirekten Zugang zu den eigenen neuronalen Zuständen ermöglichen und auf diesem Wege die »autoepistemische Limitation« (d. h. die Unfähigkeit des Erlebens der eigenen neuronalen Zustände als neuronale Zustände) zumindest partiell umgehen. Dieser methodische Ansatz zur Erfassung des Unbewussten geht von der Annahme aus, dass sich die autoepistemische Limitation als das epistemische Korrelat des Unbewussten betrachten lässt.

Als paradigmatisches Beispiel einer sensomotorischen Regression werden die bereits oben erwähnten Untersuchungen an katatonen Patienten herangezogen, bei denen sowohl ein ideosynkratisches Verfahren (die Repertory-grid-Technik) wie auch – in der Dritten-Person-Perspektive – die funktionelle Magnetresonanztomographie herangezogen wurde. Die festgestellte orbitofrontale kortikale Dysfunktion ließ sich dabei als pathophy-

sisches Substrat einer sensomotorischen Regression auffassen bzw. in anderen Worten als Korrelat der Immobilisation des Körpers angesichts überwältigender Fragmentationsängste und unauflösbarer Ambivalenzkonflikte. Auch für die Psychoanalyse ist von Interesse, dass die bei der untersuchten sensomotorischen Regression festgestellten veränderten Konnektivitäten und Aktivitätsmuster im orbitofrontal-präfrontal-prämotorischen Netzwerk sich in vergleichbarer Weise auch bei Patienten mit einer hysterischen Paralyse fanden.

Northoff unterstreicht die zentrale Bedeutung der »kortikalen Mittellinienstrukturen« hinsichtlich der Modulation dessen, was bewusst und gefühlsmäßig erlebt werden kann und der unbewussten Emotionen. Die Betrachtung der kortikalen Mittellinienstrukturen als »Eingangspforte des Bewusstseins« darf jedoch nicht mit früheren lokalisatorischen Bestrebungen gleichgesetzt werden. Vielmehr entwickelt Northoff anstelle der neuronalen Lokalisation das Funktionsprinzip der neuronalen Integration. Diese besteht in einer reziproken Modulation zwischen medialem und lateralem präfrontalen Kortex bei emotional-kognitiver Interaktion. Northoff vermutet ferner, dass bestimmte Abwehrmechanismen in einen Zusammenhang mit spezifischen funktionellen Einheiten bzw. entsprechenden neuronalen Netzwerken gebracht werden können. Zusammenfassend wirft die »Erste-Person-Neurowissenschaft« ein neues Licht auf neuronale Zustände, da sie diese – in gewisser Weise im Sinne einer konsensuellen Validierung – durch die Perspektive der »ersten Person« betrachtet.

Im Gegensatz dazu gelangt Peter Schneider (Zürich) zu der Einschätzung einer Inkompatibilität von Psychoanalyse und Neurowissenschaft. Er begründet dies mit einem – im Gegenstand der Psychoanalyse begründeten – »epistemologischen Bruch« zwischen dem »neurologischen« und dem »psychoanalytischen« Freud. Er argumentiert damit, dass die Deutungen der Psychoanalyse nicht auf die Konstitution eines eindeutigen Sinns zielen, sondern auf dessen Dekonstruktion, d. h. »auf die Rekonstruktion der in jeder Sinnkonstruktion unterschlagenen Mehrdeutigkeiten und des ausgeschiedenen Nichtsinns«. Angesichts dieser spezifisch psychoanalytischen Erkenntnisweise sieht

Schneider auch in dem von Northoff vorgeschlagenen Projekt der Verknüpfung einer »Ersten-Person-Neurowissenschaft« mit der Psychoanalyse keine viel versprechende Zukunft. Dieser Ansatz schlage weder eine Brücke über den grundsätzlichen kategorialen Hiatus von Selbst- und Fremderfahrung, noch leiste sie einen Beitrag zum Verständnis von Subjektivität und Objektivität; vielmehr bewege sie sich ganz im Rahmen einer Fremderfahrungsperspektive.

In seiner Stellungnahme zu Schneiders Kritik argumentiert Georg Northoff mit dem Konzept des »eingebetteten Gehirns«: Dieses Konzept der neuronalen Integration sei ein erster Schritt von einer anatomisch-orientierten bzw. vertikalen hin zu einer psychisch-orientierten bzw. horizontalen Form der Lokalisation. Ein wirklicher Brückenschlag zwischen Psychodynamik und Neurowissenschaften stehe – wie Schneider zu Recht kritisiert – weiterhin aus.

Ein wesentliches Bindeglied zwischen der neurobiologischen Dimension und dem subjektiven Erleben stellen die Affekte dar. Der Beitrag von Eva Bänninger-Huber (Innsbruck) setzt sich mit der Bedeutung der Affekte für die Psychotherapie auseinander. Waren Affekte in der klassischen Psychoanalyse früher eher negativ konnotiert (eben als affektiver, impulsiver Ausdruck einer unzureichenden intrapsychischen Verarbeitung), so hat die Affektforschung in den beiden vergangenen Jahrzehnten die zentrale Bedeutung der Affekte für die Regulierung von Beziehungen, die Entstehung und Behandlung psychischer Störungen aufgezeigt. Die klinische Emotions- und Interaktionsforschung hat sich bisher schwerpunktmäßig mit der Untersuchung des mimisch-affektiven Verhaltens bei verschiedenen psychischen Störungen (z. B. Schizophrenie, Depression) und in therapeutischen Interaktionen befasst. Dieser Forschungsansatz zielt auf ein besseres Verständnis der Beziehungsdynamik im Hinblick auf die Entwicklung spezifischer Behandlungsmethoden. Personen mit verschiedenen psychischen Störungen lassen sich demnach durch spezifische Abweichungen nonverbaler kommunikativer Prozesse charakterisieren. Diese insbesondere auch bei schizophrenen Patienten erhobenen Befunde (vgl. Steimer-Krause 1996) sind gerade auch im Hinblick auf die Gestaltung der therapeu-

tischen Interaktion von großer klinischer Bedeutung, da sie auf unterschiedliche Typen der Interaktionsregulierung bei verschiedenen Störungsbildern aufmerksam machen. Die Untersuchung interaktiver Beziehungsmuster im Kontext komplexer Emotionen ist eine wesentliche Grundlage der Psychotherapieprozessforschung, die die Identifikation förderlicher therapeutischer Interaktionsmuster anstrebt. Bänninger-Huber beschreibt zwei Typen interaktiver Beziehungsmuster (»traps« und prototypische affektive Mikrosequenzen) anhand einer Vignette und diskutiert deren Bedeutung im Hinblick auf produktive psychotherapeutische Veränderungen. Es zeigte sich, dass nicht die »gute, harmonische« Arbeitsbeziehung allein den psychotherapeutischen Prozess in günstiger Weise fördert, sondern dass therapeutische Fortschritte nur durch die gleichzeitige Bearbeitung von Konflikten erzielt werden können (vgl. Merten 1996; Krause 1997; Benecke 2002).

Das zentrale psychoanalytische Konzept des dynamischen Unbewussten ist auch Gegenstand des folgenden Kapitels von Marianne Leuzinger-Bohleber (Frankfurt/M.). In diesem Zusammenhang beschreibt sie den produktiven Dialog von Psychoanalyse und cognitive neuroscience. Der Beitrag fokussiert dabei insbesondere auf das Problem der unbewussten Phantasien und Objektbeziehungserfahrungen der ersten Lebensmonate, die also eine Zeit betreffen, in der Erlebnisse weder symbolisiert noch verbalisiert werden können. Es stellt sich somit die Frage: Trägt der psychoanalytische Prozess zu einer Konstruktion vergangener Wirklichkeiten bei oder öffnet sich durch ihn ein Fenster zur »historischen Wahrheit«? Anhand eines klinischen Fallbeispiels werden Aspekte einer integrativen psychoanalytischen Konzeptforschung illustriert. Unter Bezugnahme auf die »embodied cognitive science« werden Gedächtnis und Erinnern als Funktionen des gesamten Organismus, d. h. eines komplexen dynamischen kategorisierenden und interaktiven Prozesses, der auf sensomotorischen Abläufen beruht, dargestellt. »Embodied-Erinnern« basiert auf aktuell ablaufenden sensomotorischen Stimulationen und ist eben nicht einfach »nonverbal« oder »deskriptiv-unbewusst«, sondern stets mit einem komplexen und permanent neu konstruierenden Informationspro-

zess in einer bestimmten System-Umwelt-Interaktion verknüpft. Im Einklang mit Freud (»Das Ich ist ursprünglich ein körperliches«; Freud 1923, S. 253) und Edelmans Konzeptualisierung führt Leuzinger-Bohleber aus, dass frühe Körpererfahrungen durch spätere Erfahrungen immer wieder neu umgeschrieben werden. Gedächtnis und Erinnern haben somit stets eine »subjektive« und eine »objektive« Seite: In dem unbewussten, körperlich sichtbaren »enactment«, in Spuren früher Objektbeziehungserfahrungen sind damit verbundene unbewusste Phantasien enthalten, die durch Prozesse der introjektiven und projektiven Identifizierung in der therapeutischen Übertragungs-Gegenübertragungs-Beziehung erkennbar werden. Diese Prozesse beruhen – in der Perspektive der Embodied cognitive science – auf sensomotorisch-affektiven Koordinationsprozessen. Therapeutische Veränderungen kommen dementsprechend nicht durch einen reinen kognitiven Einsichtsprozess zustande, sondern werden durch situative und sensorisch-affektive Interaktion in einer analogen Situation wie der früheren evoziert. Vor diesem Hintergrund wird die »Medea-Phantasie« – eine unbewusste Determinante von psychogener Sterilität – als Versuch einer Integration unterschiedlicher psychoanalytischer und interdisziplinär inspirierter Konzepte entfaltet.

Die Entwicklung einer integrativen Traumatherapie und -therapie stellt – angesichts der psychobiologischen Besonderheiten bei traumatischen Erinnerungen und der Vielschichtigkeit der Anpassungsprozesse nach erfolgter Traumatisierung – ebenfalls eine interdisziplinäre Herausforderung dar. Michael DümpeImann (Göttingen) setzt sich kritisch mit der Rezeption psychotraumatischer Konzepte in der Psychiatrie wie auch innerhalb der Psychoanalyse und der psychoanalytischen Psychotherapie auseinander. Er zeigt die besonderen Schwierigkeiten und die – zunächst überraschenden – Gemeinsamkeiten auf, die sowohl Psychiatrie wie auch Psychoanalyse mit dem Thema »Trauma« haben. Die »Gemeinsamkeiten« basieren darauf, dass das in der Psychiatrie favorisierte biologische Krankheitsmodell und auch das Trieb- und Strukturmodell der Psychoanalyse »endogenistische« Konzepte darstellen. Dem stellt die Psychotraumatologie eine konträre Per-

spektive eines »exogenistischen« Modells gegenüber, dass auf Traumata als bedeutendem ätiogenetischen Faktor schwerer psychischer Störungen beruht. Zu dieser Hypothese gelangt DümpeImann insbesondere auch aufgrund der Auseinandersetzung mit Gutachten über Opfer des Nazi-Terrors nach dem Zweiten Weltkrieg, in denen neurotisches Syndrom mit Psychopathien gleichgesetzt wurde und Neurosen missbräuchlich ebenso statisch und linear-kausal wie durch biologische Anlagen verursachte Krankheiten behandelt wurden. Basierend auf zahlreichen empirischen Befunden entwickelt DümpeImann das Konzept einer komplexen traumatogenen Entwicklungsstörung, in deren Verlauf der Erwerb psychischer Fähigkeiten beeinflusst wird, die unter dem Einfluss auslösender Situationen eine Vielzahl von Symptomen mitgestalten können. Die traumatogenen Effekte müssen im jeweiligen Einzelfall identifiziert und abgewogen werden. Hieraus resultiert auch, dass die Komplexität schwerer Störungen sich in den gängigen Klassifikationssystemen oft nicht angemessen abbilden lässt. Hinsichtlich des Angebots adäquater Behandlungsansätze ist die differenzierte Evaluierung traumatogener Effekte auf die psychische Entwicklung eine notwendige Voraussetzung. Dies gelte insbesondere auch für die oftmals unterschätzten traumatischen Anteile psychotischer Störungen.

Mit einem zentralen Gegenstand psychoanalytischer Theorie, der sowohl den Erfahrungsreichtum der psychoanalytischen Situation widerspiegelt wie auch eine Brücke zu den Nachbarwissenschaften ermöglicht, setzt sich Heinrich Deserno (Frankfurt) auseinander: dem Symbol und der Symbolisierung. Er zeigt die Entwicklung der Symboltheorie vom Symbol als Stellvertreter für einen unbewussten Sinn (wie in den Erinnerungs- und Traumsymbolen Freuds) hin zu einer modernen Symboltheorie auf, in der psychische Realität durch Symbolisierung erst erschaffen, aufrechterhalten und transformiert wird. Deserno unterstreicht, dass Symbolisierung beziehungsabhängig ist und von Anfang an der Affektregulierung bzw. der Modulation der Verknüpfung von Kognition und Affekten dient. Das von ihm entwickelte Modell beruht auf vier Symbolsystemen (sensomotorisch-interaktives, prä- oder protosymbolisches System, expressiv-präsentatives Symbolsystem, sprachlich-

diskursives Symbolssystem und Diskursformati-onen). Es wird aufgezeigt, wie sowohl die alltägliche Verständigung und auch der therapeutische Dialog von einem komplexen Ineinandergreifen verschiedener symbolischer Modi abhängig sind. In einer für die Psychoanalyse charakteristischen Sichtweise belegt Psychopathologie die Fähigkeit zu symbolisieren ex negativo: Psychische Störungen sind somit nicht nur Defekte, sondern lassen sich auch als »negative« schöpferische Leistungen auffassen, ebenso wie Symptombildungen als schöpferische Ressourcen innerhalb des psychotherapeutischen Prozesses angesehen werden können.

Neben den Krankheitssymptomen sind insbesondere die Träume Symbolisierungsleistungen und Ausdruck der psychischen Wirklichkeit des Menschen. Bekanntlich fasste Freud auch die Träume als motivisch determinierte psychische Phänomene auf, deren Inhaltsanalyse – die Traumdeutung – er als die »via regia zur Kenntnis des Unbewussten« (Freud 1916/17, S. 613) bezeichnete. Das Spezifische des psychoanalytischen Prozesses besteht darin, dass die Analyse der Inhalte und die Analyse der Übertragung – verstanden als Darstellung der psychischen Wirklichkeit in der aktuellen Beziehung – dauernd aufeinander bezogen werden (vg. Müller-Pozzi 2002). Freuds »Die Traumdeutung« (1900) ist ein epochales Werk der frühen Psychoanalyse. Stefan Hau (Frankfurt) setzt sich mit der Erforschung von Traum und Träumen seit dem Erscheinen dieses Werks auseinander. Er zeigt zwei Hauptforschungslinien auf: die klinische Traumforschung und die experimentelle Traumforschung (unter Einschluss neurophysiologischer und bildgebender Verfahren).

Im Rahmen der klinischen Traumforschung wurde die von Freud entworfene psychoanalytische Traumtheorie weiter entwickelt und modifiziert; hier zeichnet sich ab, dass dem manifesten Trauminhalt im Kontext kognitiver Theorien zum Traum zunehmend größere Bedeutung zukommt.

Der zweite Forschungsansatz, die systematische Untersuchung nächtlicher physiologischer und psychologischer Prozesse, nahm seinen Anfang insbesondere mit der Entdeckung des »Rapid-eye-movement- (REM-)Schlafes« (durch Aserinsky u. Kleitman 1953). Nach über 100-jähriger wissenschaftlicher Erforschung des Träumens kann

Freuds Theorie, nach der der Traum ein vollblutiger psychischer Prozess ist, weiterhin als zutreffend angesehen werden. Es ließ sich empirisch absichern, dass Träume mit Motivationen und Wünschen im Zusammenhang stehen. Von großem theoretischen und klinischen Interesse ist ferner, dass die psychoanalytischen Konzepte des Primär- und Sekundärprozesses auf der Basis neurobiologischer Befunde als unterschiedliche mentale Funktionsweisen beschrieben werden können. Auch für die Traumforschung gilt, dass ihr weiterer Weg nur mithilfe interdisziplinärer Vorgehensweisen möglich ist und zugleich die für die Psychoanalyse charakteristische Handhabung des Traumes im Kontext der therapeutischen Beziehung ihre Bedeutung behält.

In dem diesen Buchteil abschließenden Kapitel von Martha Koukkou und Dietrich Lehmann (Zürich) wird die Notwendigkeit interdisziplinärer Forschungsansätze in der Neuro- und Humanwissenschaft sowie die Entwicklung integrativer Zugänge zum menschlichen Erleben und Verhalten aufgezeigt. Die beiden Autoren schlagen ein integratives Modell der Funktionen des menschlichen Gehirns (das Zustand-Wechsel-Modell) vor. Dieses systemtheoretische Modell basiert auf der Synthese von Daten aus einem breiten Spektrum der Neuro- und Humanwissenschaft. Der Beitrag liest sich auch als eine Synthese der bisher in diesem Buchteil behandelten bedeutenden neurobiologischen und psychischen Dimensionen (z. B. die Organisationsprinzipien des zentralen Nervensystems, der Aspekt des »eingebetteten Gehirns«, das Unbewusste und die Rekonstruktion der Wirklichkeit, Symbolisierungsprozesse, die Funktionen des Affektes und die Folgen von Traumatisierungen). Die Erforschung der Entwicklung des menschlichen Verhaltens und Erlebens, deren Gemeinsamkeiten und individuelle Besonderheiten werden als spannendes interdisziplinäres und kreatives wissenschaftliches Anliegen dargestellt. Als ein heuristisches Modell der Funktionen des menschlichen Gehirns wird das Zustand-Wechsel-Modell vorgestellt, das auf der wesentlichen Beobachtung beruht, nach der die Ausprägung aller Hirnfunktionen vom jeweiligen momentanen funktionellen Zustand des Hirns bestimmt wird. Die Kernaussage dieses Modells hinsichtlich der Ontogenese menschlichen Verhal-

tens und Erlebens besteht nun darin, dass dieses als das Ergebnis der ständigen dynamischen und parallelen Interaktionen des Individuums mit den physischen und sozialen Realitäten, in die es hineingeboren wurde, und mit seinen internen Realitäten aufzufassen ist. Dieser dynamische Prozess geht mit einer kontinuierlichen Konstruktion von Wissen über das Selbst, seine äußeren und inneren Realitäten einher: Insofern lässt sich dieses Modell auch als ein neurobiologisch fundiertes, konstruktivistisches bezeichnen. Die Ontogenese der Emotionen im Zusammenhang mit der Generierung subjektiver Deutung und auch die Generalisierung und Automatisierung von maladaptivem Wissen (z. B. in einem konflikthaften sozialen Umfeld) werden aus der Sicht des Zustand-Wechsel-Modells erläutert. Konsequenterweise wird in dieser Sichtweise auch die Psychotherapie als dialogisches Geschehen charakterisiert, das mit wissenskreierenden und wissensgesteuerten informationsverarbeitenden Hirnprozessen einhergeht. Der therapeutische Dialog führt zu einer Reorganisation autobiographisch relevanten Wissens und zur Generierung von neuem Wissen über sich selbst und die Möglichkeiten, im Rahmen der aktuellen Realitäten das vorhandene Potenzial für psychobiologisches Wohlbefinden wahrzunehmen.

Lässt sich nach dem Rückblick auf die Entwicklung des Verhältnisses von Psychoanalyse und Psychiatrie in den vergangenen 100 Jahren ein Fazit ziehen?

Alexander Moser (Zürich) skizziert und prognostiziert die zukünftigen Entwicklungen. Er beschreibt kritisch die institutionellen Rahmenbedingungen von Psychiatrie und Psychoanalyse, die nicht von dem Wandel gesellschaftlicher Strukturen, gesundheitspolitischer Entscheidungen und wissenschaftspolitischer Entwicklungen loszulösen sind. Moser setzt sich dabei insbesondere auch mit der organisierten Psychoanalyse und ihren Ausbildungsorganisationen kritisch auseinander. Er konstatiert, dass die Krise der Psychoanalyse und die Krise der Psychiatrie nicht nur Krisen von Fach- und Therapierichtungen seien; vielmehr handle es sich um umfassendere Phänomene. Letztlich gehe es um die Frage nach und die Infragestellung der Bedeutung des Subjekts. Jede Generation müsse erneut die der anthropologischen Situation im-

manenten Kränkungen bewältigen und ziehe dazu die jeweils aktuellen soziokulturell bereitliegenden Möglichkeiten heran. Unter den heutigen Bedingungen sei dies u. a. die »Mythologie des Gehirns«, der »Kult der immer rascheren (Komplexität unterwandernden) Abkürzung«, neben »irrationalen Esoterismus oder fanatischer Religiosität« auch eine »Verallgemeinerung obsoletter Formen des technischen Fortschrittsglaubens«.

Was bleibt als Essenz im Hinblick auf die Frage, welchen Beitrag die Psychoanalyse zu leisten vermag, erhalten? In seiner Antwort hebt Moser – in Anlehnung an Kernberg – das Erklärungspotenzial der Psychoanalyse hervor und zwar nicht nur im Hinblick auf die individuelle Psychopathologie, sondern auch hinsichtlich des Verstehens des Subjekts innerhalb seines psychosozialen Kontextes und seiner biologischen Determinanten. Dies gelte für die Rolle der Psychoanalyse in psychiatrischen Institutionen: Ausgehend von der Erfahrung, dass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der Behandlung ihrer PatientInnen nicht weiter kommen können als sie selbst, sei die Psychoanalyse – bzw. die psychoanalytische Ausbildung und die damit verknüpfte intensive Selbsterfahrung – ein Garant für die Respektierung des Subjekts (ganz unabhängig von den jeweiligen spezifischen therapeutischen Rahmenbedingungen).

Die Gliederung des Buches trägt der historischen Entwicklung der Konzepte psychischer Krankheit und der damit zusammenhängenden Fragestellungen Rechnung. Es sei den Lesenden überlassen, ob sie dieser chronologischen Linie folgen oder – gemäß klinischem und wissenschaftlichem Interesse – einen eigenen Zugang suchen. Schließlich lassen sich sämtliche Buchkapitel als methodenkritische Beiträge zu einem pluralistischen Wissenschaftsverständnis in Psychoanalyse und Psychiatrie auffassen, das sich der Besonderheit subjektiven Erlebens – im ideographischen Ansatz – annähert und auch übergeordnete, allgemeine Zusammenhänge – nomothetisches Vorgehen, neurowissenschaftliche Grundlagenforschung – berücksichtigt sowie die Aussagemöglichkeiten und -grenzen der jeweiligen Perspektiven aufzeigt. Dies möge nicht zuletzt psychisch leidenden Menschen zugute kommen.

Literatur

- Andreasen N (2002) *Brave new brain*. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Aserinsky E, Kleitman N (1953) Regularly occurring periods of eye motility and concomitant phenomena during sleep. *Science* 118: 273–274
- Bally G (1963) Grundfragen der Psychoanalyse und verwandter Richtungen. In: Gruhle HW, Jung R, Mayer-Gross W, Möller M (Hrsg) *Psychiatrie der Gegenwart*, Bd. 1 u. 2. Springer, Berlin Göttingen München, S 274–331
- Benecke C (2002) *Mimischer Affektausdruck und Sprachinhalt. Interaktive und objektbezogene Affekte im psychotherapeutischen Prozess*. Lang, Bern
- Böker H (1995) Handlungsdialoge in multiprofessionellen Teams: Der Beitrag der Psychoanalyse zu einer integrierten Therapie psychotischer Patienten. *Psychiatr Prax* 22: 201–205
- Böker H (1999) Selbstbild und Objektbeziehungen bei Depressionen: Untersuchungen mit der Repertory Grid-Technik und dem Giessen-Test an 139 PatientInnen mit depressiven Erkrankungen. Steinkopff, Darmstadt
- Carus CG (1890) *Psyche*. Neudruck 1975. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt
- Eissler KR (1979) Freud und Wagner-Jauregg vor der Kommission zur Erhebung militärischer Pflichtverletzungen. Löcker, Wien
- Freud S (1916/17) Zur Psychologie der Traumvorgänge. *GW III*, S 613
- Freud S (1923) Das Ich und das Es. *GW*, Bd. XIII, S 237–289
- Gabbard GO, Gunderson JG, Fonagy P (2002) The place of psychoanalytic treatments within psychiatry. *Arch Gen Psychiatry* 59: 505–510
- Gicklhorn J (1957) Julius Wagner-Jaureggs Gutachten über Sigmund Freud und seine Studien zu Psychoanalyse. *Wien Klin Wochenschr* 69/30: 533–537
- Ideler KW (1838) *Grundriss der Seelenheilkunde*, I u. II. Theil. Enslin, Berlin
- Israël L (1983) *Die unerhörte Botschaft der Hysterie*. Aus dem französischen von P. Müller und P. Posch. Reinhardt, München Basel
- Janzarik W (Hrsg) (1979) *Psychopathologie als Grundlagenwissenschaft*. Enke, Stuttgart
- Klüwer R (2001) Szene, Handlungsdialog (Enactment) und Verstehen. In: Bohleber W, Drews S (Hrsg) *Die Gegenwart der Psychoanalyse – die Psychoanalyse der Gegenwart*. Fischer, Frankfurt aM, S 347–357
- Krafft-Ebing R (1918) *Psychopathia sexualis*. Enke, Stuttgart
- Krause R (1997) *Allgemeine psychoanalytische Krankheitslehre*, Bd. 1: Grundlagen. Kohlhammer, Stuttgart Berlin
- Marneros A (1999) Die schizoaffektiven Erkrankungen: Ein Konzept im Wandel. In: Marneros A (Hrsg) *Handbuch der unipolaren und bipolaren Erkrankungen*. Thieme, Stuttgart New York, S 16–24
- Mentzos S (2000) Die psychotischen Symptome bei Borderline-Störungen. In: Kern OF, Dulz B, Sachsse U (Hrsg) *Handbuch der Borderline-Störungen*. Schattauer, Stuttgart New York, S 413–426
- Merten J (1996) *Affekte und die Regulation nonverbalen, interaktiven Verhaltens*. Lang, Bern
- Müller-Pozzi H (2002) *Psychoanalytisches Denken: eine Einführung*. Huber, Bern Göttingen Toronto Seattle
- Mundt C (2004) Wie bestimmt das Krankheitsbild die Behandlungsziele und Behandlungsstrategien in der Psychotherapie? Vortrag anlässlich des DGPPN-Kongresses, Berlin 2004. *Nervenarzt* 75 [Suppl 2]: 299
- Northoff G, Richter A, Baumgart F et al. (2003) Orbitofrontal cortical dysfunction and »sensorimotor regression»: a combined study of fMRI and personal constructs in catatonia. *Neuropsychanalysis* 5: 149–175
- Scharfetter C (1995) *Schizophrene Menschen. Diagnose, Psychopathologie, Forschungsansätze*. Belz, Weinheim
- Steimer-Krause E (1996) *Übertragung, Affekt und Beziehung*. Lang, Bern
- Tienari P, Wynne LC, Moring J et al. (1994) The Finnish adoptive family study of schizophrenia. Implications for family research. *Br J Psychiatry* 164 [Suppl 23]: 20–26