

Paul Parin, Goldy Parin-Matthèy

Medicozentrismus in der Psychoanalyse

Eine notwendige Revision der Neurosenlehre und ihre Relevanz für die Theorie der Behandlungstechnik

»Alle Wissenschaft geht von vorwissenschaftlichen Prämissen aus. Diese werden jedoch zum Problem, wenn sie naiv, unreflektiert gehandhabt werden. (...) Wir müssen unsere Prämissen, unsere Weltbilder als solche erkennen und analysieren. Nur dann wird uns ihr Charakter als historische Mythen offenkundig.« (Johannes Cremerius, 1981b)

Der Begriff »Medicozentrismus«

Den Ausdruck Medicozentrismus haben wir analog dem Wort Eurozentrismus gebildet. Dieser Begriff hat eine Geschichte, ist nicht von ungefähr entstanden. Unseres Wissens war es der bedeutende amerikanische Ethnologe Melvil Herskovits (1962), der zuerst von »culturism«, von Kulturismus gesprochen hat. Er bezeichnete damit die Erscheinung, daß Menschen der abendländischen Welt, sogar Wissenschaftler und Forscher, nicht imstande sind, die Kultur eines anderen Volkes richtig zu sehen und zu verstehen. Sie würden daran durch ihre Tradition, durch gewohnte Anschauungen, ihre Denkweise und Ideologie gehindert. Dies alles wirke sich aus wie ein gemeinsames Vorurteil, das überwunden werden müsse – nicht nur um die andere Kultur zu verstehen, sondern auch um einen Stillstand der wissenschaftlichen Forschung zu überwinden. Eurozentrismus, ein Begriff, der aus der Völkerkunde nicht mehr wegzudenken ist, bedeutet, daß die europäische Zivilisation mit ihrer Geschichte und ihren Auswirkungen als Bezugspunkt genommen

wird, wenn man nichteuropäische Kulturen studieren will. Der Forscher muß erst ein dichtes Netzwerk von Erfahrungen, Begriffen und Schlußfolgerungen abstreifen, die seinem europäischen Erbe angehören und auf unsere abendländische Welt zentriert sind, wenn er seiner Aufgabe gerecht werden soll, die wahren Verhältnisse in einer anderen menschlichen Gesellschaft als der seinen zu erforschen.

Unsere These ist, daß die Medizin, die Haltung und das Denken des Arztes und Therapeuten, die legitimes Erbe und historischer Ausgangspunkt der Psychoanalyse sind, ein dichtes Netzwerk von medizinischen Begriffen und Schlußfolgerungen, von Krankheitslehre und Heilverfahren mit sich

bringt, das die weitere Entwicklung der psychoanalytischen Wissenschaft und unser praktisches analytisches Handeln beeinträchtigt.

Die Ausrichtung auf ein Denken in Begriffen von Krankheit, Gesundheit, Heilung und Normalität nennen wir Medicozentrismus.

Einerseits gehört der praktische und theoretische Ansatz, der der Medizin verhaftet ist, zur Tradition und zum gesicherten Wissen, über das wir als Analytiker heute verfügen. Andererseits wirkt Medicozentrismus wie ein Gewebe von Vorurteilen, das dem Erkenntnisinteresse da und dort im Wege steht.

Wie jede andere Wissenschaft ist die Psychoanalyse der Wahrhaftigkeit verpflichtet. Auf der gleichen Grundlage beruht auch die praktischklinische Arbeit. Gegen vorgefaßte Begriffe und Normen, die sich nicht von der psychischen Realität des Analysanden ableiten, ist die Psychoanalyse besonders empfindlich. Allein darum empfiehlt sich eine kritische Revision des Medicozentrismus. Die spezielle Neurosenlehre ist aus einer Krankheitslehre entstanden. Sie ist es, die noch heute von vielen Analytikern als theoretische Grundlage ihrer praktischen Tätigkeit angesehen wird. Diagnose, Behandlungsverlauf, Indikation zur Therapie und Prognose – durchaus im Sinn medizinischer Begriffe – gehören zum theoretischen Rüstzeug der meisten Analytiker, ob sie nun eine ärztliche Ausbildung haben oder nicht. Die Metapsychologie hingegen ist schon von Sigmund Freud als eine vom medizinischen Denken klar abgehobene Psychologie konzipiert worden.* Deshalb liegt es nahe, mein Thema zuerst als

* Die Psychoanalyse war zuerst eine »Traumatheorie«; die Neurosen wurden als Folge traumatischer Erlebnisse verstanden. Bald wurde die »Konflikttheorie« entwickelt, bei der die Dynamik zwischen Triebwunsch und Abwehr, bzw. Konflikte zwischen und innerhalb der Instanzen Ich, Es und Überich als Modell für jedes seelische Geschehen gelten. Beide Modelle bestehen heute nebeneinander und ergänzen sich mehr oder weniger, wobei der Konflikttheorie der weitaus größere heuristische Wert zukommt. Die »medizinischen« Anschauungen in der Psychoanalyse sind fast ausschließlich auf die Traumatheorie zu beziehen; sie stellen eine Nosologie dar.

ein Problem der Theorie der Technik zu diskutieren. Andere Aspekte, bei denen sich der medizinische Ansatz ebenfalls als fragwürdig erweist, wie die Triebtheorie, die Lehre von der psychischen Entwicklung u. v. a. müssen vorerst unberücksichtigt bleiben. Jedenfalls muß die Kritik des Medicozentrismus *innerhalb* der Psychoanalyse ansetzen und einigermaßen weitergeführt werden, bevor seine Wirkungen von außen, als Einfluß auf die Psychoanalyse und als Modus ihrer Rezeption ganz durchschaut und womöglich rückgängig gemacht werden können.

Zur medizinisch-therapeutischen Deformation der Psychoanalyse »von außen«

Der Umstand, daß sich die Psychoanalyse aus einem Heilverfahren entwickelt hat und sich als eine Therapie empfiehlt, leistet ihrer Deformation Vorschub. Psychiatrische und andere medizinische Praktiken sollen in die Psychoanalyse integriert oder sie soll jenen angeglichen werden. Solche Prozesse haben eingesetzt, sobald die Psychoanalyse irgendwann und – wo bekannt und ihr Wert auch nur teilweise anerkannt wurde. Bekanntlich hat der Begründer der Psychoanalyse es »gar nicht für wünschenswert« gehalten, »daß die Psychoanalyse von der Medizin verschluckt werde« (S. Freud, 1926 e; S.283) und die Warnung ausgesprochen, daß die Psychoanalyse nicht zur »Dienstmagd der Psychiatrie« erniedrigt werden dürfte (Alexander, 1966; S.288). Wir glauben in der Tat – das Gleichnis der Dienstmagd weiterführend –, daß die Psychoanalyse seit langem der Psychiatrie untergeordnete Dienste leistet. Sie hat für den medizinischen Haushalt einiges getan, sich untergeordnet und angepaßt, ihre Kräfte abgebraucht, und damit zum Glanz des psychiatrischen Hauses beigetragen, dafür nur geringen Lohn erhalten, und durfte, wie eine jede Magd, vor allem nichts am Haushalt der mächtigen Dienstherrn ändern, auch da wo es ihr nötig scheint.  ber diese Entwicklung hat Kurt Eissler (1965) schon vor achtzehn Jahren ein umfassendes Werk verfaßt: »Medical Orthodoxy and the Future of Psychoanalysis.« Seine Feststellungen gelten heute noch. Seine düsteren Prognosen für die Zukunft der Psychoanalyse haben sich erfüllt oder drohen, noch mehr wahr zu werden. Wir haben in einem kurzen Essay (1978) versucht, einige Gründe für diese Entwicklung und einige ungünstige Folgen aufzuzeigen. Der amerikanische Historiker Russel Jacoby hat in seinem Buch »Soziale Amnesie« (1975) die theoretische Kritik geliefert.

89

Die Auseinandersetzung der Psychoanalyse mit der Medizin wird weitergehen. Es besteht auch kein Zweifel daran, daß beide Seiten einen Vorteil davon haben könnten, wenn die Psychoanalyse ihr Verhältnis zu den wichtigsten Aspekten medizinischen Denkens deutlicher zu erkennen gäbe, als es bisher der Fall war.

Dürfen sich Psychoanalytiker auf die Medicozentrismus-Diskussion einlassen?

Der erste Einwand erhebt sich aus praktischen Erwägungen. Da diese Diskussion den »Krankheitsbegriff in der Psychoanalyse« in Frage stellt, wäre zu befürchten, daß die öffentlichen Krankenkassen die Kosten psychoanalytisch orientierter Therapien und therapeutischer Analysen nicht mehr bezahlen würden, wenn die Psychoanalytiker selber zum Schluß kommen sollten, daß den psychischen Störungen gar kein Krankheitscharakter zukommt. In der Bundesrepublik könnte

die nach langen Kämpfen endlich erreichte Bezahlung der Psychoanalyse, die nach Kriterien der Therapiezielbestimmung und Erfolgsmessung gewährt wird, rückgängig gemacht werden. In anderen Ländern, wie in der Schweiz, würde das Ringen darum, daß endlich die staatlich subventionierten Versicherungen und Gesundheitsdienste allen psychisch Leidenden eine kompetente psychotherapeutische Versorgung gewährleisten, in eine Niederlage münden. Auf die Mahnung, das endlich erreichte Ziel einer allgemeineren Anwendung der Psychoanalyse nicht zu sabotieren, geben wir eine theoretische und eine praktische Antwort. Wenn sich herausstellen sollte, daß das medizinische Denken, wie es heute die Psychoanalyse durchdringt, unsere theoretischen Anschauungen und damit unser praktisches Handeln erheblich beeinträchtigt, dürfen wir auf unsere Kritik nicht verzichten. Ein Beharren auf erkennbaren Fehlern ist das Ende der Entwicklung jeder Theorie. Für die Abstimmung mit den Einrichtungen sozialpolitischer Planung wären die bestehende Nomenklatur und die heute übliche Begründung für Leistungen der öffentlichen Hand so lange beizubehalten, bis es der Psychoanalyse gelungen ist, ihre Anliegen nach Finanzierung ihrer praktischen Tätigkeit durch die öffentliche Hand so zu formulieren, daß es mit den Einsichten einer nicht-medicozentristischen Analyse im Einklang steht. Wir können uns Analytikern den Vorwurf nicht ersparen, daß wir nicht früher klar erkannt und offen gesagt haben, daß wir keine

90

Medizin im herkömmlichen Sinn betreiben. Spätestens als sich die konkrete Möglichkeit für den enormen sozialen Fortschritt einer allgemein zugänglichen Psychoanalyse abzeichnete, wäre es an der Zeit gewesen zu erklären, daß wir eine durch andere Verfahren unersetzliche Psychologie betreiben. Gewiß hätte es einige organisatorische Schwierigkeiten gegeben, die weggefallen sind, als man die Psychoanalyse zur medizinischen Spezialität erklärt hat. Es sind jedoch in unserem Jahrhundert so viele neue und umfangreiche Gebiete öffentlicher Sozialleistungen anerkannt, eingerichtet und finanziert worden, daß es nicht einzusehen ist, warum gerade die Psychoanalyse den Umweg über ihre zeitweise Selbstverleugnung nehmen mußte. Wir wagen nicht zu entscheiden, ob eher das mangelnde Selbstverständnis, das geringe sozial-politische Interesse oder ob die mehr oder auch weniger realistische Einschätzung der zu erwartenden Widerstände und Schwierigkeiten die Psychoanalytiker in die heute so schwierige Lage gebracht haben: sie müssen ihre berufsständische Zuordnung revidieren und dabei gleichzeitig ihre Ansprüche an die Gesellschaft aufrechterhalten und vertreten.

Ein weiterer Einwand kommt von jenen Analytikern, die sich als Ärzte, als Heiler, als Helfende verstehen und bewußt nicht auf ihre als ärztlich definierte Aufgabe verzichten wollen. Das sind gewiß nicht wenige, vielleicht die Mehrzahl. Sicherlich handeln sie bei ihrer Tätigkeit ohnehin so,

daß sie eine normale Ichspaltung (Lampl de Groot) vornehmen: Als Menschen sind sie Ärzte, Heiler; als Analytiker verzichten sie auf diese Rolle mit ihren bekannten Befriedigungen und bleiben verstehende und deutende Partner in einem Dialog, der die herkömmliche Haltung und emotionale Ausrichtung des Heilers ausschließt.

Dem mag man entgegenhalten, daß unser historisch gewachsenes Gesellschaftsgefuge die Gestalt des Arztes und die des psychisch Kranken enthält, definiert und einschließt. Auch in vielen anderen Kulturen sei es nicht anders. Es sei unsinnig, zumindest unrealistisch, für die Psychoanalyse einen gesellschaftlichen Ort und ein theoretisches und praktisches Rüstzeug zu fordern, das sich nicht wenigstens am Rande den traditionell vorgebildeten Strukturen anschließt. Auch da ist unsere Antwort der Hinweis auf Bestehendes. Bei uns und in anderen Industriegesellschaften besteht bereits eine Gruppe von Psychoanalytikern, die einen eigenen Berufsstand bildet und auch als solcher angesehen wäre – wenn nicht die Analytiker selber sich als Ärzte, medizinische oder psychologische Psychotherapeuten deklarieren und verschämt einem anderen Beruf unterordnen würden. Wo die

91

Psychoanalytiker aufhören, ihr Selbstverständnis zu verleugnen, finden sie auch den sozialen Ort jenseits der herkömmlichen Rollenzuschreibung.

Durch die Medicozentrismuskritik kann nichts von dem verlorengehen, was die Psychoanalyse seit Jahrzehnten ausmacht, und etliches gewonnen werden. Wenn man schließlich auf andere Kulturen hinweist, so haben viele (z. B. in Westafrika) Status- und Rollenzuschreibungen gefunden, bei denen sich »Gestörte« (somatisch, psychosomatisch, psychisch oder an familiären und sozialen Problemen Leidende) und Heiler, die für all dies gleichermaßen zuständig sind, gegenüberstehen.

Diagnose und spezielle Neurosenlehre

Seit Bestehen der Psychoanalyse mußte die diagnostische Zuordnung psychischer Störungen vielfach revidiert werden. So manche Analysanden, bei denen zur Zeit der ersten Krankengeschichten Freuds eine Hysterie festgestellt wurde, mußte man heute als Borderline-Störung diagnostizieren. Einerseits brauchen wir eine genaue Diagnose, können unser Verständnis, unser analytisches Vorgehen ohne den Erfahrungsschatz des Meisters, seiner Mitarbeiter und Nachfolger, der sich in der Neurosenlehre niedergeschlagen hat, gar nicht richtig durchführen. Andererseits ändern sich medizinische Diagnosen nicht erst mit den Jahren. Schon während der Analyse müssen wir zumeist die diagnostische Grundlage dessen ändern, was man als Therapie der neurotischen Erkrankung bezeichnet hat.

Unseres Wissens kam der erste konkrete Hinweis auf diese Schwierigkeit, sich auf eine Diagnose zu stützen, von Freud, als er die Vermutung aussprach, am Grunde jeder Zwangsneurose komme mit fortschreitender Analyse eine Hysterie zum Vorschein. Bekanntlich fand sich bald der Ausweg, die Diagnose erst dann zu stellen, wenn die Kur einmal erfolgreich zu Ende gekommen und man imstande ist, den Anteil dieser oder jener Störung richtig, im Stellenwert für die Gesamtperson und im Gang der psychischen Entwicklung einzuschätzen. Was aber, wenn wir während des Verlaufs doch darauf angewiesen sind, unser Handeln, die Rekonstruktion unbewußter Konflikte und den davon abgeleiteten Deutungsproze  von gültigen und genauen diagnostischen Überlegungen abzuleiten? Diese Notwendigkeit ist nicht zu bestreiten. Und was tun wir eigentlich, wenn wir uns auf eine möglichst genaue Erfassung

92

der neurotischen Erkrankung einstellen und ständig bereit sein müssen, diese Einschätzung wieder fallen zu lassen? Ist es da nicht irreführend, überhaupt von einer Erkrankung zu sprechen? Vermeiden wir es jedoch, münden wir dann nicht blindlings in jenen psychologischen Agnostizismus wie etwa die »Daseinsanalyse«, die von Medard Boss (1947, 1953, 1957) entwickelt worden ist, in der es keine Neurosen, kein Unbewußtes, keine Kindheitskonflikte, deshalb auch keine latenten Traumgedanken und keine Übertragung, sondern nur den jetzt und hier an seinem In-der-Welt-sein leidenden Menschen gibt? Wir wollen es uns ersparen, den langen Weg zu verfolgen, auf dem wir zu unseren heutigen Überlegungen gekommen sind. Im Sommersemester 1978 wurde ich (P. P.) von der Leitung des selbstverwalteten Psychoanalytischen Seminars, Zürich (Tellstra e), aufgefordert, eine Vorlesung über »Spezielle Neurosenlehre« zu halten, die ich sogleich für zwei Semester ansetzte.* Aus den Erfahrungen bei der Einrichtung dieser Vorlesung und den Diskussionen im Verlauf derselben will ich zusammenfassen, wie ich dem Medicozentrismus, den ich als Hindernis für psychoanalytisches Handeln und Denken ansehe, heute begegne. Vor allem wollte ich es vermeiden, die spezielle Neurosenlehre nach Krankheitsbildern geordnet vorzutragen. Neurasthenie, Hysterie und Phobie, später Angsthysterie und Zwangsneurose, Charakterneurosen, z. B. analer Charakter, Zwangsscharakter, schließlich die modernen Diagnosen, Borderline conditions nach Otto Kernberg oder narzißtische Störungen nach Heinz Kohut, sind vorerst einmal phänomenologische Diagnosen, d. h. sie gehen von der Beschreibung von Symptomen aus, die sich zu Syndromen zusammenschließen, die wiederum ein Krankheitsbild ausmachen. Damit ist allerdings impliziert, daß jeder dieser Erscheinungsformen eine ganz bestimmte Pathogenese zukomme; das heißt phasenm  ig in der Entwicklung eingetretene traumatische Ereignisse, bestimmte strukturelle und dynamische Folgen und damit ganz umschriebene Übertragungs- und Widerstandsneigungen, die

wieder das Tun des Analytikers bestimmen würden. Was, so mußte ich mir sagen, wäre didaktisch unrichtiger, als bereits mit der Ordnung des Stoffes werdenden Analytikern Vorstellungen einer vorgetäuschten Eindeutigkeit und Gradlinigkeit des zu erwartenden Verlaufs von Analysen aufzudrängen? Spätestens seit der Lektüre von Edward Glovers klassischem Werk

* Anm. d. Hrgs.: Die nachfolgenden, in der Ich-form belassenen Ausführungen haben P. Parin als Veranstalter des Ausbildungsseminars zum Autor.

93

 ber die Technik der Psychoanalyse, das 1955 erschienen ist, war mir klar, daß solch eindeutige »Krankheitsbilder« in der Praxis nicht vorkommen. Er beschreibt diese zwar, geht also von den ursprünglichen phänomenologischen Bezeichnungen aus, fügt aber jedesmal hinzu, daß diese Krankheitsbilder der klinischen Wirklichkeit nicht entsprechen, daß wir auf Mischformen, auf einen Wechsel der Bilder gefaßt sein müssen, damit ergebe sich die Notwendigkeit, die gültigen Rekonstruktionen und Interpretationen immer wieder zu relativieren. Wozu erst die Illusion eindeutiger Krankheitsbilder erzeugen, um sie dann mühsam wieder aufzugeben? Nicht nur daß die Annahme von klaren und jeweils immer gleich ableitbaren Krankheitsbildern es dem Analytiker verwehrt, ein »überraschter Psychologe« nach Th. Reik (1935) zu bleiben und daß er damit Gefahr liefe, wie oft der eifrige Erikson (1964), die vielfältige Tragik jedes einzelnen menschlichen Schicksals zu übersehen. Wenn man von einer Krankheitslehre ausgeht, ist es auch besonders schwer, wenn nicht unmöglich, der gültigen Empfehlung Freuds zu folgen, nicht Symptome zu behandeln und wegbringen zu wollen, sondern statt dessen ganz dem sich entwickelndem Ich des Analysanden zu vertrauen. Ich wenigstens halte die Umwandlung des Wunsches zu helfen in den Wunsch zu verstehen für die grundlegende Wendung, die eine psychoanalytische Ausbildung anstrebt.

An einem Beispiel möchte ich demonstrieren, wie sich die erwähnte Vorlesung über spezielle Neurosenlehre abgewickelt hat. Zuerst brachte ich eine Zusammenfassung der sogen. zweiten Angsttheorie, sprach über die Signalfunktion der Angst, das physiologische Geschehen und den Sinngehalt dieses Affekts, der nicht nur idiosynkratisch verschieden sein kann, sondern wie jedes Gefühl einen besonderen je nach der Kultur oder Sozialisation verschiedenen Sinn hat. Die Diskussion hakte sich zuerst an den Ängsten im Säuglingsalter, Trauma der Geburt und »eight-months-anxiety« und, überraschend genug, am Thema der Angstlust fest und ging dann auf Trennungsängste ein. In den zwei mal zwei folgenden Stunden war es möglich, Panikzust nde wie Kakonkrisen mit Pr kordialangst, die Ängste vor Triebdurchbruch und deren Vermeidung bei Phobien, Ängste vor Realitätsverlust und Ichverlust bei Psychosen, die ängstliche Verstimmung,

die Zwangserrscheinungen einleitet und begleitet, sowie reale und soziale Ängste, denen H. E. Richter (1974; 1976) eine so wichtige Rolle als Regulatoren des Gruppenverhaltens zuschreibt, und die Kastrationsangst, ihre Entstehung und Auswirkungen zu besprechen. Es  erraschte mich, daß die Kastrationsangst erst zu-

94

letzt erwähnt wurde, sich dann aber als Angelpunkt oder Verknüpfung für die verschiedensten klinischen Vignetten aus Analysen und der eigenen Erfahrung der Teilnehmer darstellte. Nach diesem Verlauf dürfte es keinen Hörer mehr verwundern oder be ngstigen, wenn in einer Analyse nach der Deutung erster Verleugnungen und Verdrängungen hysterischer Art einmal phobische Vermeidungen auftreten, darauf hypochondrische oder Depersonalisations ngste, vielleicht mit Angsttr umen oder gar panischen Halluzinationen, und wenn es schließlich eine kontraphobische Reorganisation der Abwehrstruktur dem Analysanden erlaubt, einen besonders gefährlichen Beruf auszuüben.

Der Verlauf der Lehrveranstaltung entsprach durchaus dem Vorgehen, das sich in meiner psychoanalytischen Praxis als zweckm sig erwiesen hat. Das Dilemma, nichts von unserem erworbenen psychoanalytischen Wissen aufzugeben und dennoch keine ärztliche Diagnostik, mit dem von ihr abgeleiteten Behandlungs- und Heilungsauftrag zu betreiben, glaube ich so gelöst zu haben: Ich betrachte die breitere und feinere Diagnostik als einen weiteren psychoanalytischen Gesichtspunkt unter mehreren anderen, den man im Lauf der Analyse nach Bedarf einnehmen und verlassen kann. Das Verständnis, das dem Deutungsproze  zugrunde liegt, wird variabler, kann dem jeweiligen Stand der Kur besser angepaßt werden, verliert andererseits die Basis eines dauerhaften Konzepts. Genau wie wir genetische, ökonomische, topische, dynamische, strukturelle und zuletzt anpassungsm sige Gesichtspunkte (nach Greenson [1967] »points of view«) abwechselnd oder gleichzeitig beachten, sie im Lichte von Übertragung, Widerstand und Gegenübertragung zur Erklärung heranziehen, verfahre ich nun mit allem, was zur speziellen Neurosenlehre gehört. Von den großen Kategorien psychischen Krankseins, von allem, was wir von der Neurosenlehre und ihrer Ordnung nach phänomenologischen Gesichtspunkten einschließlich der Gesetzm sigkeiten der Neurosenwahl wissen, von den vieltausenden hochdifferenzierten klinischen Arbeiten und Falldarstellungen und ihren Ergebnissen müssen wir nichts entbehren, wenn wir nur den Krankheitsbegriff fallen lassen, und das sogenannte Pathologische zu einem »point of view« unter anderen erniedrigen.

Bei diesem Vorgehen ist es unmöglich, den Analysanden auf die Diagnose einer bestimmten Pathologie festzulegen und unnötig, seine psychische Realität an einer erwünschten und

angenommenen Normalität zu messen. Jede Pathologie fußt ja auf der Annahme einer Abweichung von einer Idealnorm, die man zwar im Biologischen mit

95

Nutzen konstruieren kann, die es jedoch im Biographischen, in allem, worauf es der Psychoanalyse ankommt, nicht gibt.

Der Rückgriff auf medizinisch-diagnostisches Denken kann nicht nur als Ursache, sondern auch als Folge einer störenden Gegenübertragung erfolgen. Je mehr sich ein Analytiker emotionell mit seinem Analysanden einl t, desto besser ist es für den analytischen Prozeß. Doch mobilisiert die »Vertiefung der Gegenübertragung« im Analytiker affektive Regungen, Ängste, Scham, Schuldgefühle und Triebw nsche, deren bewußte Bearbeitung nötig ist; sie ist sogar eine der Hauptaufgaben des Analytikers. Selbst wenn ich voraussetze, daß es dem Analytiker jeweils zureichend gelingen sollte, seine eigenen Emotionen wahrzunehmen und zu verarbeiten, muß er sie noch mit dem beobachtenden Anteil seines Ich in Einklang bringen, Funktionen, die er im Fortgang der Analyse andauernd braucht. Was liegt da näher, als auf ein diagnostisches System zurückzugreifen, das den Analysanden objektivierend und beurteilend an den ihm zukommenden Ort verweist. Einige Analytiker haben mir sogar versichert, das sei für sie die einzige Möglichkeit, ihre  beridentifikation mit dem Analysanden zurückzunehmen. Dem gegenüber behaupte ich, daß der Analytiker imstande sein sollte, auf den Schutz einer objektivierenden Diagnostik zu verzichten. Der Schutz wird zu teuer erkaufte. Eine Diagnose, die das Erleben des Analysanden ins Pathologische verweist, erschwert es ungemein, sich wiederum emotionell mit ihm einzulassen; sie fördert Distanz und erschwert das Verstehen oder macht gar eine Analyse ganz unmöglich: » ...eine starre Zuordnung von Diagnose und Technik [hat] die Folge, daß sie den Patienten in ein Schema einzw ngt. Das kann dazu führen, daß er in demselben nicht behandelbar ist: Der Patient wird dann als nicht analysierbar erklärt« (Cremerius, 1982 b).

Zugrunde jeder medizinischen Diagnostik liegt das Ordnungsprinzip, das Normales von Pathologischem scheidet. Es ist nicht daran zu zweifeln, daß es eine der Aufgaben des Analytikers ist, eine Ordnung in das verbal vermittelte Erleben seines Analysanden zu bringen. Nur ist es eben nicht die Ordnung von gesund und krank, von der viele Analysanden bedrückt werden oder besessen sind, die irgendeinem unbewußten Konflikt gerecht wird. Ein Arzt kann sich zwar sehr wohl auf solch professionelles Normdenken stützen. Für seinen Analysanden wird er dadurch aber zu einem Vertreter gerade jener Regulatoren der psychischen Entwicklung, deren Vermittlung die Analyse entgegenwirken will. Der Verzicht auf medizinisches Normdenken gehört m. E. zur korrekten Bearbeitung der Gegenübertragung.

Die Annahme »psychischer Normalität«

Wie fragwürdig die Annahme einer psychischen Normalität bzw. pathologischer Abweichungen davon ist, hat Edward Glover mit seinem berühmten Sarkasmus (1932) hervorgehoben:

»Alongside the immunities conferred on medical practitioners by Act of Parliament, there run certain unwritten privileges of a unique order. Perhaps the most important of these is the right of each practitioner to establish a standard of normality for his patients.«

Die Macht des Analytikers, der über Krankheit und Gesundheit bestimmt, ist durchaus ernst zu nehmen. Wenn es ihm schon gelingt, sich nicht mit der Rolle des Arztes zu identifizieren, muß das st ndige Bemühen, Normales von Pathologischem zu unterscheiden und dabei den Analysanden doch nicht zum medizinischen Fall zu degradieren, ihn bei seiner Arbeit stören. Die Gegenübertragung von Gefühlen der Überlegenheit, Macht und Pflicht wird ständig angeregt. Die Gefahr ist groß, die Macht zu mißbrauchen, eine Korrektur oder Reparatur statt der Analyse zu versuchen. Andererseits wird es der Analysand, der oft dazu neigt, sich dem Analytiker gegenüber unterlegen oder ohnmächtig zu fühlen, noch schwerer haben, *sein* Gefühl von Erniedrigung zu überwinden, wenn ihm Worte, Symbole und unterschwellige Signale bestätigen, daß er es mit einem Arzt in seiner traditionellen Rolle als wissender, überlegener Wissenschaftler, Heiler und Magier zu tun hat. Die Verzerrung der Beziehung, die sich daraus ergibt, erhält dann leicht die Form einer unterwürfigen Anpassung, etwa so, daß der Analysand nur über seine Leiden oder nur über seine körperlichen Beschwerden spricht.

Wir können annehmen, daß es keine gültigen psychologischen Kriterien für Normalität oder Pathologie gibt und sagen, psychische Krankheit und Gesundheit sind lediglich sozial bestimmte Normen, von denen wir Analytiker uns fernhalten müssen, um den Gesetzm Bigkeiten der individuellen Psyche gerecht zu werden.*

* Die transkulturelle Psychiatrie hat bisher festgestellt, daß in den meisten nicht-abendländischen Kulturen abnormes Verhalten vom erwünschten oder normalen irgendwie unterschieden und abgegrenzt wird, daß jedoch die »psychischen« oder analogen Krankheiten oder Devianzen nur schwer oder gar nicht mit unserem medizinisch-psychiatrischen diagnostischen System in Übereinstimmung zu bringen sind. Die Ethnopsychanalyse, die am ehesten imstande wäre, die Frage zu entscheiden, ob die jeweilige Sozialnorm psychischer Krankheit aus dem Entwicklungsmodell der Psychoanalyse abzuleiten ist, gibt keine einheitliche Antwort. Georges Devereux argumentiert medicozentristisch. Er nimmt an, daß eine allgemein-menschliche, transkulturell gleichbleibende Norm von psychisch gesund und krank bestehen müsse. Jene Ethnopsychanalytiker, die in der Feldforschung psychoanalytische Methoden angewandt haben (L. B. Boyer, V. Crapanzano, M. Erdheim, E. F. Foulks, D. Freeman, A. Hippiar, W.

Carl Nedelmann verzichtet darauf, den Krankheitsbegriff der Psychoanalyse zu diskutieren und merkt zu ihrem »Gesundheitsbegriff« an (S. 66), daß er »nicht anders definiert werden kann als ihr Behandlungsziel«. Gesundheit heißt niemals, frei von den Konflikten der Vergangenheit sein, sondern Konflikte, die entstehen, nach den Bedingungen und Möglichkeiten der Gegenwart zu lösen und sich auf die Zukunft hin offen zu halten. Zu erinnern ist daran, »daß die Abgrenzung der psychischen Norm von der Abnormität wissenschaftlich nicht durchführbar ist, so daß dieser Unterscheidung trotz ihrer praktischen Wichtigkeit nur ein konventioneller Wert zukommt« (S. Freud, 1938).

Wir haben jedoch die Erfahrung gemacht, daß die herkömmliche Denkweise und medizinisch orientierte oder getarnte Ideologie der Analytiker – neben vielen anderen Faktoren – die wissenschaftliche Erkenntnis, daß es im Seelenleben die Abgrenzung einer Norm von einer Abnormität nicht geben kann, zunichte machen. Statt der »praktischen Wichtigkeit« dieser Unterscheidung, an der Freud festhielt, sehen wir, daß jedes Normdenken unsere praktische Tätigkeit in der Analyse – meist unbemerkt – aufs schwerste behindert. Deshalb schlagen wir vor, alle Vorstellungen von Normalität und Pathologie, die aus der Medizin und dem Alltagsbewußtsein stammen und uns auch von den Analysanden suggeriert werden, wie Vorurteile zu behandeln, die einer analytischen Aufklärung bedürfen. Die Ausschaltung oder Behebung von Pathologie ist niemals das Ziel der Psychoanalyse. Cremerius (1982 b) stellt fest, daß ein »vorher festgelegtes Heilungsziel« »aus einem objektiv-objektivierenden Denken [stammt], nicht aus der [psychoanalytischen] Interaktion« und nennt ein solches Ziel eine »Fiktion, die aufgegeben werden muß«.

Man kann einwenden, daß die globale Etikettierung als Krankheitsbild, das Labelling, das sogar in der Psychiatrie in seiner Nützlichkeit bestritten und als Ansatz für Fehlhaltungen der psychiatrischen Versorgung und Behandlung denunziert wird, in der Psychoanalyse schon längst keine Rolle mehr spielt. Die Diskussion um eine pathologische, zu schwache oder zu starke Anlage bestimmter Triebrichtungen, die Freud noch 1937 sehr ernst genommen hat, ist verstummt, wohl weil

Kracke, F. Morgenthaler, M. Nadig, F. Weiss, die Autoren dieses Aufsatzes u. v. a.) mußten ihre Methode grundsätzlich von unserem medizinisch-diagnostischen System reinigen. Da sie zumeist »normale« Personen untersucht haben, wären sonst alle tatsächlichen Abweichungen von den kulturellen und sozialen Normen, die in unserer Gesellschaft gelten, als krankhaft zu diagnostizieren. Mit anderen Worten: Medicozentrismus in der Ethnopschoanalyse hätte zur Folge, daß alle »normalen« Menschen aus anderen Kulturen als der des Untersuchers als psychisch krank anzusehen wären.

98

wir kein analytisches Instrument besitzen, um Anlagem aiges von Erworbenem zu unterscheiden. Vom »genitalen Charakter« als Idealnorm ist man abgekommen. Die gesunde »orgastische Potenz« von Wilhelm Reich (1927/29) ist längst sektiererischen Therapien, die mit der Psychoanalyse nichts zu tun haben, überlassen. Eher spricht man von mehr oder minder erlangter Reife (meint dabei nicht die biologische Reifung »maturation«, sondern einen Entwicklungsprozeß und gesteht stolz oder verschämt, daß wir das Pathologische ganz woanders, in der inneren Werkstätte des psychischen Apparats aufzufinden und zu behandeln wissen).

Es ist das Verdienst der Kinderanalyse und ganz besonders von Anna Freud und ihrer Schule, daß uns klar geworden ist: Das, was wir bei Erwachsenen als neurotisches Symptom, als pathologisch ansehen, mag in der Kindheit die bestmögliche Lösung, ein relativ gelungener oder sogar lebensrettender Entwicklungsschritt gewesen sein. Noch im Jahre 1965 war das Thema des Internationalen Psychoanalytischen Kongresses in Amsterdam das Verhältnis von Kindheitsneurose und Zwangsneurose im Erwachsenenalter (A. Freud, 1965). Heute würde eine solche Fragestellung als Einengung, als »petitio principii« empfunden. Wir können nicht annehmen, daß es ein Zufall ist, daß Anna Freuds zweites Hauptwerk, das im englischen Original, das 1965 erschien, »Normality and Pathology in Childhood« hieß, in der von der Autorin redigierten deutschen Ausgabe von 1968 »Wege und Irrwege in der Kinderentwicklung« heißt. Pathologie konnte nicht mehr als Grundbegriff gelten.

Dennoch braucht man auf das medizinische Denken nicht zu verzichten, wenn man nur daran festhält, daß es sich um Vorstellungen handelt, die nichts Endgültiges aussagen, um Metaphern, Analogien wie die berühmten Gleichnisse aus der Physik, der Politik, der Kriegskunst, die Freud verwendet hat, um seine Entdeckungen darzustellen. Man kann sagen: »Ein Symptom hat sich im gesunden Ich etabliert wie ein Fremdkörper, wird abgegrenzt, stört andere Ichanteile, etwa die Realitätswahrnehmung, bringt sonst verdrängte Es-Abkömmlinge mit sich, schwächt das Ich, läßt es erstarren, usf.« Gegen solche medizinische Formulierungen ist nichts einzuwenden, wenn man ihrer begrenzten Tragweite eingedenk bleibt.

99

Norm und Pathologie in der Ichpsychologie

In der Ichpsychologie hat sich das Pathologiemodell am hartnäckigsten behauptet. Eine der ersten Entdeckungen unserer Wissenschaft, die der Verdrängung, wurde zuerst als Pathologie verstanden. Nach Anerkennung des allgemeinen Charakters der Verdrängung und des Urverdr ngten wurden von Anna Freud (1936) die Abwehrmechanismen beschrieben. Man hatte eingesehen, daß sich die Folgen durchgemachter Konflikte und ihre Abwehr notwendig im Ich

geltend machen müssen. Als Willy Hoffer (1956) vorschlug, man solle nicht die Eliminierung dieser oder jener Abwehr, sondern eine Umstellung, eine Revision der Abwehrorganisation als Ziel der Analyse, zur Erweiterung und Stärkung des Ichs annehmen, schien die Notwendigkeit überwunden, pathologische Ich-Anteile von normalen zu unterscheiden. Das war jedoch nicht so. Das Ich als Ganzes wurde in der Diskussion um Ich-Entwicklung, Ich-Autonomie, um Ego-dominance zum Gegenstand eines neuen Pathologiedenkens, das nicht nur die begeisterte Zustimmung der psychoanalytisch beeinflussten, wie man es nannte, »psychodynamisch orientierten« Psychiatrie fand. Sogar in der Auslese, der Selektion der Kandidaten für eine psychoanalytische Ausbildung fand eine Gesundheitsskala Anwendung, bis man empirisch erfahren mußte, daß Personen, die dem Ideal einer maximalen Funktionstüchtigkeit des Ich am nächsten kamen, einer Analyse nicht zugänglich waren. Sie wurden schließlich, erst scherzhaft, dann im Ernst als Normopathen bezeichnet.

In der Ichpsychologie sind es vor allem zwei Aspekte, in denen sich das medizinische Denken behauptet und, wie wir meinen, unser praktisches Handeln und den Ausbau der Theorie beeinträchtigt: einerseits die Abwehrmechanismen und andererseits die autonomen Ich-Funktionen. Die Abwehrmechanismen werden in primitive und reifere, früh und später erworbene geschieden. Dies ist sicher nützlich und hat dazu beigetragen, Borderline-Zustände, Perversionen, bestimmte Psychosen analytisch zu verstehen und zu analysieren (Boyer, 1967). Sobald man aber versucht, einen bestimmten Abwehrmechanismus an sich als pathologisch zu bezeichnen, wird man der psychischen Realität nicht mehr gerecht und stiftet Verwirrung. Als Beispiel nehmen wir die projektive Identifikation. Dieser Mechanismus erschwert oder verunmöglicht es bestimmten Analysanden, die Übertragung auf ihren Analytiker von der Wirklichkeit zu unterscheiden; manche psychotische Menschen können sich mittels dieses Mechanismus statt mit ihrer menschlichen Umgebung immer nur mit den eigenen projizierten

100

Selbstanteilen auseinandersetzen. Und dennoch hat der Mechanismus nichts Pathologisches an sich. Ohne ihn wäre es z. B. unmöglich, einen verständlichen Vortrag zu halten. Der Sprechende muß sich mit einer ganzen Welt von projektiven Selbstanteilen, die er in die Zuhörer projiziert, identifizieren können, um eine einigermaßen verständliche Kommunikation herzustellen. Empathie und Wahrnehmung der Antwort auf das, was er sagt, können den projektiv-identifikatorischen Prozeß lediglich korrigieren.

In der Beschreibung des Ichs als psychische Struktur haben Heinz Hartmann und seine Mitarbeiter wohl gegen ihre Absicht, die Psychoanalyse zu einer allgemeinen Psychologie auszubauen, dem medizinischen Denken ein neues Gebiet eröffnet. Wir meinen die Annahme

einer relativen sekundären Ich-Autonomie, Ich-Funktionen, die mit neutralisierter Libido ausgestattet seien. Was die Ausbildung der sekundären Autonomie behindert oder die einmal erworbene stört, gilt – es war nicht zu verhindern – heute manchen Analytikern als regressiv und pathologisch. Wir haben die Vorstellung neutralisierter Libido nie mitmachen können; nicht allein aus theoretischen Gründen. Wir sind bei der Vorstellung relativentspannter Konflikte, einer relativ beweglichen Libido, einer verringerten Ambivalenzspannung geblieben, wie es Freud bei der Zielhemmung und Sublimierung der Triebw nsche beschrieben hat. Es entspricht unserer klinischen Erfahrung, daß längst überwundene Konflikte in entsprechenden Lebenssituationen wieder aktiviert werden können und daß es praktisch nicht möglich ist, eine Analyse genügend vollständig zu führen, wenn man »normale« Verhaltensweisen, Gewohnheiten, Charakterzüge – die als sekundär-autonom imponieren – nicht in die Deutungsarbeit einbezieht. M. a. W.: Die Trennung eines konflikthaften von einem gesunden, autonom gewordenen, konfliktfreien Ich-Anteil schränkt die Möglichkeiten der Analyse ein, verlässt mit dem neutralisierten Libidoanteil die Triebtheorie, die eine Konflikttheorie ist, und kann der Tragik der *conditio humana* und der konflikthaften Wirklichkeit des Seelenlebens nicht gerecht werden.

Wir erinnern an die Bemerkung Kurt Eisslers (1971), Ophelias Wahnsinn und Selbstmord seien Zeichen für ihre seelische Gesundheit. Wenn tragische Lebensumstände es mit sich bringen, daß ein leidenschaftlich liebendes Mädchen erfahren muß, daß der Geliebte der Mörder ihres Vaters ist, seien Realitätsverlust und Selbstvernichtung ad quate Ichleistungen, Zeichen von Ichst rke. Die Lehre, daß sich das reifende Ich zur Autonomie im Sinne der Freiheit von Konflikten entwickeln sollte, stellt Freuds Kulturtheorie

101

auf den Kopf. Eissler untersucht Eriksons Tugendlehre, »virtuology« (1971; S. 494 ff., insbes. S. 502). Er vermutet, daß die Konfliktneigung mehr zur Entstehung menschlicher Tugenden beigetragen habe als die »*harmonia stabilitas*«, die Erikson frei nach Leibniz der Ichpsychologie zugrunde legt. Solche Psychologen meinten wohl, die Tragik eines Hamlet oder der Brüder Karamazov wäre nie entstanden, wenn nur rechtzeitig eine »child guidance clinic« zur Hand gewesen wäre und der Rat geschulter Psychologen.

Es würde diese Ausführungen  berlasten, das medizinische Denken bei allen beschriebenen »Krankheitsbildern« zu verfolgen, um zu zeigen, wo es hinderlich wird und aufgegeben werden sollte. Dennoch möchten wir kurz auf die »narzi stischen Störungen« eingehen, die Heinz Kohut (1971) beschrieben hat. Er nimmt an, daß diese gerade *keine* Neurosen seien, nicht konflikthafte Störungen, sondern daß es bei diesen Menschen zu einem Stillstand der normalen, gesunden Entwicklung des Selbst gekommen sei und entwirft eine entsprechende Behandlungstechnik, die

vom Konflikt absieht. Vorerst könnte man meinen, hier sei die Forderung der Entpathologisierung ernst genommen und durchgeführt. Doch ist auch bei Kohut die kategoriale Scheidung von gesund und krank nicht verlassen. Nur ist es nicht das analysierte Individuum, sondern jeweils die nicht genügend empathische Mutter, die als pathologisch erklärt wird. Wir glauben vielmehr, einen dialektischen Wechsel von objektgerichteter und narzi stischer Übertragung wahrzunehmen, entsprechend den sich zur Synthese ergänzenden Erlebnisweisen, die jede menschliche Beziehung charakterisieren. Für den Deutungsproze  ergibt sich eine den Bedürfnissen des Analysanden angepaßte Ausrichtung, die etwa dem Wechsel vom Analytiker als Hilfsich zum autonomen Hilfsich entspricht, den Loewenstein (1954 und 1958) beschrieben hat.

»Pathologie« der Übertragung

Es scheint, daß die Pathologisierung bestimmter psychischer Erscheinungen den gr o ten praktischen Nachteil bei der Analyse der Übertragung verursacht. In der Regel werden von uns Analytikern heute nur zwei Grundformen der Übertragung angenommen: die klassische, objektgerichtete libidinöse und aggressive und als zweite die narzi stische, die einem Selbstobjekt gilt. Andere  bertragungsformen werden in der Erwachsenenanalyse entweder nicht wahrgenommen oder als

102

derart pathologisch erklärt, daß man mit ihnen nicht arbeiten kann. Symbiotische Objektbeziehungen verschiedener Art, von denen wir längst wissen, daß sie am Liebesleben der Erwachsenen einen großen Anteil haben, Glück und Leiden ausmachen, ermöglichen, wenn man sie ernst nimmt, einen Zugang zu Analysanden, die man früher nicht behandeln konnte. Die gemeinsame Beschäftigung mit einem materiellen oder phantasierten Objekt kann eine erste identifikatorische Beziehung zum Analytiker sogar mit autistisch verschlossenen Analysanden einleiten. Vieles, was den »transitional phenomena« von Winnicott (1953 a) zuzuordnen ist, konstituiert unter Umständen haltbare  bertragungsformen. Ihre Pathologie glaubt man zu erkennen, wenn sie die einzige Möglichkeit eines Menschen sind, seine libidinösen Wunsche zu erfüllen; ihre Normalität als Nebenweg der Libidoentwicklung ist längst anerkannt. Besetzt ein Analysand die Analyse als »transitional phenomenon«, weil sie auch vom Analytiker besetzt ist, konstituiert sich eine  bertragungsform, die oft als Arbeitsbündnis bestehenbleibt, im Prinzip aber der analytischen Bearbeitung zugänglich wäre.

Zur »Indikation« und »Prognose«

Bei der sogenannten Indikation zur Analyse blieb man dem medizinischen Modell lange treu (Parin 1958), Als schließlich Analysierbarkeit, ›analyzability‹ als praktisches Gesamtkriterium anerkannt und so dem erweiterten Anwendungsgebiet der Psychoanalyse Rechnung getragen war, hat sich ein neues Kriterium eingeschlichen, das verspricht, uns unsinnig einzuschränken. Es war in dem zwar humorvollen, aber in den Reportagen ungemein seriös fundierten Journal »The New Yorker«, in dem 1979 eine genaue und glaubhafte Reportage erschienen ist, wie das berühmt New Yorker psychoanalytische Institut den dort eingeschriebenen Kandidaten ihre F lle zuteilt. Eine unabhängige Stelle, versehen von einem erfahrenen Analytiker, stellt den Grad der Analysierbarkeit fest. Ist diese sehr gering, werden die Ratsuchenden anderen Formen der Psychotherapie zugeführt. Dann gibt es zwei weitere Kategorien: aussichtsreiche und schwierige Fälle. Diese werden den Ausbildungskandidaten zugeteilt; ihnen wird nicht gesagt, zu welcher der beiden Kategorien der zukünftige Analysand gehört, doch werden ihnen gereinigte, »objektive« Informationen über die Vorbesprechung gegeben. Die Erwartungen der Auswahlstelle erfüllen sich seit Jahren. Diejenigen mit guter Analysierbarkeit gelingen; die schwie-

103

rigen F lle jedoch nur zu einem kleinen Teil oder unvollständig. Das Institut ist stolz auf dieses Zeichen wissenschaftlicher Seriosität. Ich halte es für das Ergebnis einer falschen Objektivierung, die sich als ›selffulfilling prophecy‹ auswirkt. Der unabdingbar nötigen skeptischen und vertrauensvollen Haltung zum Analytiker, der Voraussetzung für Übertragung und Widerstandsanalyse, widerspricht der pseudowissenschaftliche Einsatz einer Institution und einer »Analysierbarkeit«, die durchaus dem Modell heilbarer oder unheilbarer Krankheiten entnommen sind. Wäre es den Analysanden und ihren Analytikern gestattet, im höchst subjektiven Erleben der ersten libidins und aggressiv gefärbten Beziehung allmählich herauszufinden, ob genügend Empathie auf der einen Seite und Besetzungsneigung auf der anderen vorhanden ist, um eine Analyse in Gang zu bringen, würde man ganz andere Erfahrungen machen.

Mit der Prognose verhält es sich analog. Man sollte nicht einwenden, es sei bereits Allgemeingut analytischen Wissens, daß wir nicht Heilung von Krankheit anstreben, sondern bezwecken, die endliche in die unendliche Analyse überzuleiten.

Freud hat anerkannt, daß andere psychische Heilverfahren, z. B. die Wunder einer Wallfahrt nach Lourdes, für die Heilung psychischer Leiden erfolgreicher waren als seine Psychoanalyse (1933 a, S. 164). Daß das Verschwinden eines Symptoms ebenfalls nicht das gltigste und oft überhaupt kein Kriterium für die Stimmigkeit unserer Deutungen ist, haben wir alle gelernt. Vielleicht beeindruckt es uns auch nicht allzu sehr, wenn die Verhaltenstherapeuten uns nachrechnen, daß sie imstande sind, eingefahrene, neurotische Symptome einfacher und rascher zum Verschwinden

zu bringen als wir oder wenn uns Psychiater nachrechnen, daß eine Heilung überhaupt nicht stattfindet, weil beim genauen Auszählen des Ergebnisses, vornehm ›rating‹ genannt, nicht behandelte Patienten genau so gut oder schlecht wegkommen wie die von uns analysierten. Wir sind uns bewußt, daß wir keine Magier, keine medizinischen Schamanen und Heiler sind. Es kommt uns darauf an, Einsichten zu vermitteln und die Spuren und Verbiegungen, die das Heranwachsen und Leben in einer Kultur, in unserer Kultur im Seelenleben hinterlassen haben, aufzudecken. Wir überlassen es unseren Analysanden, ob sie im Besitz der gef hlsgetragenen Einsichten in ihr verborgenes Leben, die wir ihnen ermoglicht haben, dem Wort des Dichters folgen wollen: »Du mußt dein Leben ändern.«

104

Der Widerspruch bei Sigmund Freud und der Medicozentrismus heute

Jede Verdrängung geht, so ist unsere Erkenntnis, von Einflüssen der Umwelt, vom Überich, dem Vertreter der Tradition, von den Eltern als Erziehern aus, von der sozialen Realität, die sich hinfort im Innenleben als Triebunterdr ckung auswirkt und den Wünschen entgegenstellt. Mit der Aufhebung von Verdrängung ermoglichen wir Emanzipation. Das eminent menschliche Anliegen, sich zu befreien, das sich erst ausschließlich zwischen dem Individuum und der sozialen Umwelt abspielt und das zum Problem unserer zweiten Natur geworden ist, hat vorerst nichts mit Krankheit und Gesundheit zu tun. Ich (P. P.) habe einmal geschrieben, daß die Psychoanalyse mit ihrem Anspruch, nicht Heilung, sondern Befreiung anzustreben, in die Bereiche der Medizin ein unheilvolles Geschenk, ein trojanisches Pferd gebracht hat. Was alles da herauskommt, muß der Kunst der Heiler zuwider oder zumindest fremd sein.

Sigmund Freud hat den Widerspruch aushalten müssen, den seine Entdeckungen mit sich gebracht haben. Schon 1910 (a, S. 54) bezeichnete er es als das »Hauptergebnis der Entdeckung der Psychoanalyse«, »daß die Neurosen keinen ihnen eigentümlichen psychischen Inhalt haben, der nicht auch bei Gesunden zu finden wäre ...« Noch im »Abriß der Psychoanalyse« (1938), seiner letzten großen Schrift, stehen beide Einstellungen nebeneinander. Einerseits spricht er von den »gefürchteten spontanen Erkrankungen des Seelenlebens« und der Hoffnung, sie »zur Heilung zu bringen«. Er nennt die Neurosen »Krankheitszustände« (S. 97), entwirft einen »Heilungsplan« (S. 98) und nennt die »Neurotiker« eine »Klasse von psychisch Kranken« (S. 99). »Andererseits«, stellt Freud fest, »gibt es kaum einen als normal anerkannten Zustand, in dem nicht Andeutungen neurotischer Züge nachweisbar wären. Die Neurotiker bringen ungefähr die gleichen Anlagen mit wie andere Menschen, sie erleben das nämliche, sie haben keine anderen Aufgaben zu erledigen« (S. 109). Und er sagt: »Wir haben anerkannt, daß die Abgrenzung der psychischen Norm von der

Abnormität wissenschaftlich nicht durchführbar ist, so daß dieser Unterscheidung trotz ihrer praktischen Wichtigkeit nur ein konventioneller Wert zukommt« (S. 125).

Hat der Entdecker der Psychoanalyse das Dilemma überwunden, daß die Psychoanalyse »kein Spezialfach der Medizin« (1926e, S. 289) ist, daß es nicht »wünschenswert« ist, daß sie »von der Medizin verschluckt werde« (1926e, S.283), obwohl sie »von einem Arzt ... bei

105

seinen Bemühungen Kranken zu helfen« (S. 289) »erfunden worden ist«? Dieses historische Argument weist er zurück. Die Unterordnung seiner Psychoanalyse unter die Traditionen und Gepflogenheiten der Psychiatrie lehnt er ab. Wir neigen zu der Ansicht, daß er auch wußte, daß das ganze medizinische Instrumentarium, das diagnostische und therapeutische Begriffssystem, zur Psychoanalyse lediglich Hilfsvorstellungen beisteuert, die sich zwar bis zu einem gewissen Grad bewährt haben, die aber jederzeit weggelassen oder durch nichtmedizinische ersetzt werden könnten. Wie weit Freud erkannt hat, daß der Rest medizinischen Denkens *innerhalb* der Psychoanalyse, ihr Medicozentrismus also, die weitere Entwicklung behindern und gar ihre Existenz bedrohen wäre, wäre eine eigene Untersuchung wert.

Wo aber stehen wir heute? Rennen wir mit unserer Polemik offene Türen ein, weil wir uns alle der Gefahr bewußt sind, daß sich die Psychoanalyse im Netz ihrer medizinischen Traditionen verstrickt und daran zugrunde geht? Oder ist, umgekehrt, nichts an einer unvermeidlichen Entwicklung der Psychoanalyse zu einem anerkannten Heilverfahren auszusetzen?

Nachdem die Psychiatrie selber an vielen ihrer festgeschriebenen Diagnosen zu zweifeln beginnt und die Psychoanalyse ihre Einsichten besser begründen kann als vor mehr als vierzig Jahren, sehen wir die Möglichkeit, das medizinische Normdenken aufzugeben. Wir haben versucht zu sagen, warum wir das für notwendig halten. Man kann einwenden, daß wir ja nicht wissen können, was wirklich in den Analysen unserer Zeit vorgeht. Nur wenige Falldarstellungen werden publiziert, noch weniger mit der Klarheit und Aufrichtigkeit, die Freud auszeichnete. Darum müssen wir äußere Merkmale heranziehen und aus ihnen ableiten, ob gute Voraussetzungen dafür bestehen, Medicozentrismus und Normdenken, das der psychoanalytischen Anschauung widerspricht, zu überwinden. Wir finden, daß viele Zeiterscheinungen in der Psychoanalyse keine andere Deutung zulassen, als daß sich Medicozentrismus und Normdenken der Analyse immer mehr bemächtigen, wenn nicht gar die psychoanalytische Welt mit ihren Gepflogenheiten und Schriften den etablierten Wissenschaften einen Lippendienst leistet und die Analytiker heimlich mit den Analysanden ganz anders umgehen, als sie es nach außen zu demonstrieren und zu verkünden für nötig halten. Das wäre noch schlimmer.

Bei der Auswahl der Analytiker zur Ausbildung ist man dazu übergegangen, ausschließlich Ärzte und Ärztinnen zuzulassen, in manchen Ländern noch zusätzlich eine psychiatrische Spezialausbildung zu verlangen. Wo auch akademisch gebildete Psychologen zugelassen

106

werden, kommen diese von Universitäten, an denen sie ausschließlich oder vorwiegend eine Psychologie gelernt haben, die dem Positivismus verpflichtet ist und ein objektivistisches oder statistisches Normdenken pflegt, das unserer Psychologie kraß widerspricht. Die Wahl des Lehr-Analytikers ist durch seine Titel und berufsständische Legitimation eingeschränkt, subjektives Vertrauen in seine Verlässlichkeit wird ersetzt durch institutionelle Objektivierung. Die Entwicklung der didaktischen Analysen wird an numerischen Kriterien gemessen, die nichts mit dem erwünschten psychoanalytischen Prozeß zu tun haben. Wichtige Entschlüsse, die eigene Tätigkeit aufzunehmen, werden dem werdenden Analytiker zum Teil durch Entscheidungen einer Lehr-Kommission abgenommen und seine Selbstverantwortung wird durch ihr ›placet‹ oder ›non placet‹ ersetzt. Die Aufnahmebedingungen in die psychoanalytischen Vereinigungen ähneln immer mehr medizinischen Prüfungsreglementen, wo nicht schon gar regelrechte akademische Prüfungen eingerichtet sind, die bekanntlich dem autodidaktischen Bildungsprozeß entgegenwirken. Schriftliche Falldarstellungen werden als Prüfungsarbeiten vorbereitet und beurteilt, was zur Folge hat, daß nicht mehr die sich enthüllende Wahrheit der Analysanden dargestellt wird, sondern Aufsätze vorgelegt werden, die der Lehre entsprechen. Manche Lehrbücher der psychoanalytischen Technik sind wie Rezeptbücher oder Handlungsanweisungen abgefaßt oder werden als solche gelesen. Die Versicherungen zahlreicher und namhafter Analytiker häufen sich, wie sehr ihr Handeln den Grundsätzen der Medizin verpflichtet ist oder wie wissenschaftlich im Sinn des naturwissenschaftlich objektivierenden oder statistisch normierenden Denkens sie ›eigentlich‹ verfahren

Wir glauben, daß dies Indizien dafür sind, daß die Psychoanalyse zu ihren eigenen Verfahren und Zielsetzungen zurückfinden muß, wenn sie nicht einem völligen Stillstand und schließlich der Selbstaufgabe verfallen will. Wie sehr der Medicozentrismus uns bisher eingeengt hat, würden wir erst verstehen, wenn sich der Anspruch und der Traum des Begründers der Psychoanalyse verwirklicht hat, daß sie eine eigene unabhängige Wissenschaft vom Seelenleben des Menschen geworden und als solche anerkannt ist.