

A. Ruhs

Bemerkungen zum psychoanalytischen Krankheitsbegriff und zur Beurteilungsmöglichkeit psychogener Störungen

Zusammenfassung Nicht zuletzt durch die Einführung des Psychotherapiegesetzes sieht sich auch die Psychoanalyse, Stammdisziplin aller auf Einsichtsvermittlung beruhenden emanzipatorischen Psychotherapien, einem Rechtfertigungsdruck und einer verstärkten Kontrolle ausgesetzt. Dabei sind vor allem die die Behandlungskosten mittragenden Krankenversicherungsträger an Krankheitswertigkeit und Behandlungsbedürftigkeit interessiert, was zu umstrittenen Chefarztkontrollen an Patienten während des Behandlungsverlaufs geführt hat. Dies gibt Anlaß zu einer Reflexion des psychoanalytischen Krankheitsverständnisses, welches, hauptsächlich an subjektiven Leidenskategorien orientiert, einer Objektivierung und damit einer Fremdbeurteilung nur bedingt unterzogen werden kann. Darüberhinaus ist eine Erfassung des den Symptomen zugrundeliegenden eigentlichen Krankheitsgeschehens oft erst am Ende einer psychoanalytischen Behandlung möglich. Daher sollten Begutachtungsverfahren, sofern sie überhaupt zu rechtfertigen sind, nur nach ausführlicher Diskussion und Konsensbildung unter allen Beteiligten eingesetzt werden.

Schlüsselwörter: Psychoanalyse, Psychopathologie, Diagnostik, Krankheitswertigkeit, Behandlungsfähigkeit, Begutachtung.

Concerning the psychoanalytical concept of disease and the manner in which psychogenic disturbances may be evaluated

Abstract Psychoanalysis as the original and principal form of all psychotherapies with the intention of insight and emancipation are becoming more stringently controlled by the consequences of the Austrian law on psychotherapy. In order to ensure that only persons with severe disturbances are treated under the health insurance scheme, patients are often evaluated by the chief medical advisor of their insurance during the period of treatment without any information given to the analyst before. These experiences give rise to further reflection on the psychoanalytical understanding of psychic "illness", which, since it mainly depends on subjective categories of "suffering", cannot easily be evaluated from the outside. Furthermore it is often the case, that only at the end of psychoanalytic treatment the various symptoms can be understood in terms of an underlying genuine psychic illness. Therefore the above mentioned means of control can hardly be justified and evaluation should only be introduced after discussion followed by a consensus of all of those who are concerned.

Keywords: Psychoanalysis, psychopathology, diagnosis, psychic illness, preconditions of psychoanalysis, evaluation of psychic illness.

Quelques remarques au sujet de la manière dont la psychanalyse conçoit la maladie et dont les troubles psychogènes peuvent être évalués

Résumé Jores a appelé "troubles spécifiquement humains" ceux auxquels toute psychothérapie doit s'intéresser, les distinguant ainsi de ceux dont peuvent souffrir les animaux. A ce niveau, la psychanalyse et toutes les thérapies qui en sont issues et qui cherchent à mieux les comprendre et à en traiter les causes ont apporté une contribution révolutionnaire. La théorie générale et spécifique élaborée par Freud par rapport à certains troubles et névroses est en fait une théorie

générale et spécifique de la "relativité", cette dernière apparaissant à trois niveaux épistémologiques: la relativité de la dichotomie normal/pathologique, les frontières relatives séparant individu et société et finalement, la suspension des limites temporelles imposées par la séquence présent, passé et avenir.

Concernant la (dis)continuité de l'aspect santé/maladie psychique, la psychanalyse souligne expressément que c'est la culture qui définit ce qui est sain et ce

qui ne l'est pas. De manière beaucoup plus marquée que dans le domaine de la médecine organique, les conditions politiques, économiques et culturelles et les idéologies qui leur sont liées au sein d'une ère culturelle produisent un modèle anthropologique appliqué, entre autres, par les sciences thérapeutiques. C'est ce modèle qui guide leurs agents, au niveau de leur motivation, de leurs attitudes, des valeurs qu'ils définissent et finalement de leur pratique.

Du fait qu'à l'origine la psychanalyse s'était intéressée à l'hystérie, son image de l'humain a impliqué dès ses débuts la question des limites du normal et du pathologique. Elle a démontré que chaque "individu" humain manifeste une dissociation entre un sujet conscient et raisonnable et un sujet inconscient irrationnel, guidé par ses pulsions. C'est ce second sujet qui influence à un large degré les attitudes, valeurs et comportements de l'homme, et jusqu'à ses symptômes et maladies. C'est pourquoi lorsque Freud parle des "modèles normaux d'affections malades" il situe santé et névroses (mais aussi psychoses, perversions et psychosomatique) sur un continuum dont les éléments ne peuvent plus être strictement distingués et où qualité devient quantité. La "maladie" psychique est donc essentiellement un concept pratique, considérant que sont présents symptômes ou troubles psychiques à partir du moment où l'ensemble de la vie de l'individu est influencé par des actes néfastes ou du moins inutiles, ce dont ce dernier se plaint et qu'il associe avec des sensations déplaisantes ou une souffrance. Dans ce sens, l'évaluation de certains aspects en tant que psychopathologiques ne peut que difficilement être fondée du point de vue théorique ou scientifique au sens traditionnel. En plus des facteurs culturels définissant normalité et pathologie, une évaluation objective devient secondaire dans le sens où tout diagnostic doit se fonder essentiellement sur l'aspect subjectif des troubles, sur les émotions, les pulsions et les comportements que vit et décrit le patient. En plus de la relativité de la gravité des troubles et concernant la qualité de ces derniers, un problème supplémentaire apparaît: au contraire de ce qui se passe en médecine organique, le véritable diagnostic d'une maladie psychique se fait au-delà des symptômes observés et/ou vécus par le patient, et ceci seulement en cours ou même en fin de traitement. Le diagnostic est donc toujours d'un type particulier (diagnostic ex juvantibus). Ceci implique une jonction toujours valide entre guérison-recherche-diagnostic. La véritable "maladie" sous-jacente aux symptômes ne peut être saisie par le biais de nosologies

psychiatriques systématiques, de type clinique ou purement descriptif. C'est pourquoi la psychanalyse a élaboré dès ses débuts son propre système nosologique et diagnostique. Les tentatives qu'elle fit pour classer les troubles n'étaient pas simplement descriptives, mais aussi fonctionnelles dans le sens où des questions diagnostiques furent toujours traitées parallèlement à l'évolution de la psychanalyse, d'un point de vue à la fois pratique et théorique. L'élaboration de ce genre de classification implique toujours qu'une souffrance psychique soit considérée comme une maladie, dans un sens ou dans un autre, ce qui signifie qu'elle entraîne une action thérapeutique qui, elle, ne peut être décrite en un seul concept. Depuis Freud, les dossiers psychanalytiques s'écrivent et se lisent comme des nouvelles; parallèlement, le diagnostic pertinent du point de vue psychanalytique contient une réponse – dépassant le seul terme diagnostique – à la question de savoir pourquoi quelqu'un, doté d'une personnalité et d'une biographie spécifiques, souffre à un moment donné de symptômes spécifiques, d'origine psychique mais qui se manifestent soit au niveau psychique, soit au niveau psychosomatique, et pourquoi ou comment des circonstances existentielles spécifiques ont fait qu'il ait acquis ce caractère spécifique. Dans ce sens, il n'est possible d'évaluer la gravité d'un trouble, le besoin de le traiter mais aussi la capacité du patient à subir un traitement qu'après une démarche approfondie d'évaluation, et non simplement après un bref entretien ou sur la base d'un schéma grossier de diagnostic psychiatrique. En outre, et en grande partie du fait de la mise en application de lois sur la psychothérapie, la psychanalyse se voit contrainte de se justifier et de faire mieux contrôler ses traitements – alors même que ces contrôles se servent de moyens d'évaluation dépassés, au sens mentionné plus haut. Les organismes qui contribuent au financement des traitements s'intéressent plus particulièrement à l'évaluation des symptômes – maladie ou non – et au degré auquel ils requièrent traitement par le biais d'une thérapie à long terme. Ceci a finalement abouti à ce que les médecins-chefs interviennent en cours de traitement pour contrôler ce dernier. A notre avis, pour qu'il soit possible de maintenir les indispensables rapports de confiance entre patient et thérapeute et donc de mener des traitements aboutissant à une amélioration de l'état du patient, il faut absolument que les procédures d'expertise ne soient menées – si tant est qu'elles sont justifiables – qu'après des entretiens détaillés et avec le consentement de toutes les personnes concernées.

Einige spezifische Aspekte der Humanmedizin

Jede Psychotherapie hat sich hauptsächlich mit jenen Krankheiten zu beschäftigen, die Jores (1959) mit dem Terminus der „spezifisch-menschlichen Krankheiten“ belegt hat. Darunter sind alle jene Erkrankungen zu verstehen, die der Mensch nicht mit dem Tier gemeinsam hat, die also kulturelle und nicht natürliche Phänomene darstellen und bei deren Entstehung soziale und psy-

chische Faktoren eine ganz wesentliche Rolle spielen müssen. Jores bemerkte damals dazu, daß von den etwa 350 internistischen Krankheitsbildern nur bei etwa 70 und von den ungefähr 2000 beschriebenen Krankheitsbildern der wissenschaftlichen Medizin überhaupt lediglich bei etwa 500 eine spezifische somatische Ursache bekannt sei. Man könne aber diesbezüglich nicht annehmen, daß alle verbleibenden 1500 Krankheitsbilder mit unbekannter somatischer Genese trotzdem eine

solche hätten, die uns allerdings bisher noch verborgen sei. Weitaus wahrscheinlicher sei es hingegen, daß eben hier psychosoziale und kulturelle Faktoren die entscheidenden Ursachen darstellen würden.

Wie Wesiack (1977) dazu anmerkt, führe der übliche Systematisierungsversuch bezüglich der Vielfalt der Krankheitsbilder dementsprechend zu einer Ergänzungsreihe, deren einen Pol die primär somatischen, also zoologisch-anthropologischen Krankheiten bildete und welchen am anderen Ende der Reihe die Psychose gegenüberstünden, bei deren Entstehung, Ausbildung und Aufrechterhaltung vor allem psychische Faktoren von entscheidender Bedeutung seien. Es erübrige sich allerdings, darauf hinzuweisen, daß eine solche strenge Polarisierung ein theoretisches und idealisierendes Konstrukt darstellt, weil dabei den mannigfaltigen Wechselwirkungen und Überschneidungen der beiden Kategorien von Natur und Kultur nur bedingt Rechnung getragen werde.

Hinsichtlich dieser „spezifisch menschlichen Krankheiten“ hat die Psychoanalyse als Stammdisziplin all jenen Psychotherapien, die an deren tieferem Verständnis und an deren kausal zu nennender Behandlung interessiert sind, Revolutionäres geleistet. Freuds Entdeckung des Unbewußten als entscheidender Träger der Motive menschlichen Verhaltens bis hinein in Symptome und Krankheiten stellt ihn in eine Reihe jener bedeutenden Persönlichkeiten, welche zumindest unser Jahrhundert entscheidend mitgestaltet haben.

Die psychoanalytische Relativitätstheorie

Viele dieser auf verschiedene Bereiche verteilte Neuerer stehen im übrigen gar nicht so weit voneinander entfernt. So ist das Naheverhältnis zwischen Einstein und Freud nicht nur durch persönliche Kontakte und eine mögliche Seelenverwandtschaft bedingt, sondern es läßt sich auch in erkenntnistheoretischer Hinsicht nachweisen. Denn der Paradigmenwechsel, den der eine in der Physik und der andere in Medizin, Psychologie und Psychopathologie vollzogen hat, entbehrt nicht einer gewissen Analogie. Abgesehen davon, daß Freuds konsequenter Nachweis der das Subjekt bestimmenden Dimensionen von Geschichte, Sexualität und Unbewußtheit ein bislang gewohntes Menschenbild in Frage gestellt hat, läßt sich seine allgemeine und spezielle Neurosenlehre auch als eine allgemeine und spezielle Relativitätstheorie in bezug auf jene Krankheiten verstehen, die man eben als die „spezifisch menschlichen“ charakterisieren kann. Das Relativitätsprinzip in der Freudschen Lehre läßt sich übrigens auf 3 Ebenen feststellen, von welchen wir uns hier vor allem mit jener beschäftigen wollen, welche die Frage von Kontinuität und Diskontinuität in bezug auf Normalität und Pathologie, in bezug auf psychische Gesundheit und Krankheit betrifft.

Es soll aber nicht unerwähnt bleiben, daß – zweitens – die Psychoanalyse auch stets die Grenzen zwischen Individuum und Gesellschaft relativiert, indem sie auf ihre Weise einen Beitrag zur alten Frage der dialektischen Verknüpfung von Subjekt und Kollektiv leistet. Aristoteles hat ja das menschliche Individuum als

„Zoon politicon“ ausdrücklich in dieser Hinsicht definiert; und Analoges formuliert sich in der sechsten Feuerbach-These, welche eine Grundthese der psychoanalytischen Auffassung Lorenzers (1974) und der Frankfurter Schule bildet: „Das menschliche Wesen ist kein dem einzelnen Individuum innewohnendes Abstractum, sondern in seiner Wirklichkeit ist es das Ensemble der gesellschaftlichen Verhältnisse“ (zit. n. Lorenzer, 1974). Freuds Beitrag zu diesem Problem hebt sich in „Massenpsychologie und Ich-Analyse“ (Freud, 1921) deutlicher heraus:

„Die Individualpsychologie ist zwar auf den einzelnen Menschen eingestellt und verfolgt, auf welchen Wegen derselbe die Befriedigung seiner Triebregungen zu erreichen sucht, allein sie kommt dabei nur selten, unter bestimmten Ausnahmebestimmungen in die Lage, von den Beziehungen dieses einzelnen zu anderen Individuen abzusehen. Im Seelenleben des einzelnen kommt ganz regelmäßig der andere als Vorbild, als Objekt, als Helfer und als Gegner in Betracht, und die Individualpsychologie ist daher von Anfang an auch gleichzeitig Sozialpsychologie in diesem erweiterten, aber durchaus berechtigten Sinne“. Aus einem solchen Sachverhalt können dann auch alle psychotherapeutischen Verfahren ihre Rechtfertigung und Wirkfähigkeit ableiten, die sich nicht mehr nur auf ein Individuum, sondern auf soziale Systeme und Kollektive wie etwa Familien oder Gruppen beziehen. Auf deren Würdigung im Rahmen einer psychoanalytischen Krankheitslehre muß hier jedoch verzichtet werden.

Drittens ist ein wesentliches Element der psychoanalytischen Theorie und Praxis von der Tatsache einer Relativität der Zeitlichkeit des menschlichen Seelenlebens geprägt. Hinsichtlich der unbewußten Motive menschlichen Verhaltens und Handelns ist eine strenge Trennung von Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft nicht aufrechtzuerhalten, weil das menschliche Subjekt in seiner Gegenwart durch die Vergangenheit bestimmt ist und weil jede Aktualität von einer Geschichte in bezug auf ein stets zu verwirklichendes und auch stets aufgeschobenes Zukünftiges geprägt ist.

Die Psychoanalyse von Normalität und Pathologie

Bezüglich der ersterwähnten Relativitätsebene hat sich die Psychoanalyse als Psychotherapie wie jede andere Therapie auf dem Boden einer anthropologischen Konzeption mit der Dichotomie des Normalen und des Pathologischen zu befassen. Die kulturelle Bedingtheit dessen, was als gesund und was als krank zu erachten sei, gilt zwar auch für die Organmedizin (siehe dazu etwa Canguilhem, 1977, oder Foucault, 1973), erscheint aber hier weit weniger offensichtlich als in den psychopathologischen Disziplinen, deren wissenschaftlicher Aufwand zu gewissen Zeiten und in Ermangelung therapeutischer Möglichkeiten fast ausschließlich dieser Definitionsfrage gewidmet ist, was bekanntlich für die geradezu botanisch anmutende Psychiatrie des 19. Jahrhunderts in besonderer Weise gilt.

Politische, ökonomische und kulturelle Verhältnisse mit ihren jeweiligen Ideologien produzieren in einem bestimmten Kulturraum für eine bestimmte Epoche ein

anthropologisches Dispositiv, das unter anderem ein für die therapeutischen Wissenschaften verbindliches Bild vom Menschen liefert, an dem sich die Motive, Einstellungen, Werthaltungen und schließlich die Praxis ihrer Agenten orientieren. Es gehört zum Wesen dieser Bilder, daß sie, mit einer Aura des Selbstverständlichen umgeben, Naturverbundenheit suggerieren, daß sie oft lange Zeit äußerst stabil bleiben und daher einer Kritik oft nur schwer zugänglich sind.

Das der Psychoanalyse inhärente Menschenbild ist von Anfang an mit einer Grenzfrage von Normalität und Pathologie verbunden. Denn sie hat sich durch die Beschäftigung mit dem Hysterischen an einem Phänomen errichtet, das keineswegs eindeutig dem medizinischen Bereich zuzuordnen war. Darauf weiter aufbauend führte die Freudsche Entdeckung schließlich zur Inthronisation eines neuen Subjekts: Dem vernünftig denkenden Menschen mit seinem durch Descartes formulierten ontologischen Credo des „cogito, ergo sum“, jahrhundertlang das „moderne“ Begreifen der Welt bestimmend, setzt die Psychoanalyse in einer kopernikanischen Bewegung ein irrationales, dezentriertes, im wesentlichen begehrendes Subjekt entgegen: *desidero, ergo sum*.

Im Triebhaften, Libidinösen und dessen psychischen Repräsentationen in Form aller möglichen Figuren des Wunsches sieht Freud einen Seinsgrund und ein Lebensprinzip, dem er später ein Todesprinzip mit dem psychischen Korrelat der Aggressivität entgegenstellt. In diesem Sinn kann gesagt werden, daß die Psychoanalyse den Menschen mit Nachdruck und Konsequenz zu seiner Liebe und zu seinem Haß, zu seiner Sexualität und zu seinem Tod in Beziehung setzt.

Die zweite fundamentale Kategorie des psychoanalytischen Denkens betrifft die Dezentriertheit des Subjekts. Indem Freud idealistische Tendenzen der deutschen Philosophie des 19. Jahrhunderts aufgreift, wonach „nicht wir denken, sondern wonach Es in uns denkt“ (Bastian, zit. nach Hartmann, 1870) und wonach dieses „Es“ im Unbewußten liegt, kann er in der dem Erkenntnisgegenstand eigenen Empirie den Nachweis erbringen, daß auch das Triebgeschehen, sobald es sich im Seelischen manifestiert, zum größten Teil dem Bewußtsein entzogen ist. Da aber die unbewußten Phantasien, jene Summe von imaginären und symbolischen Vorstellungen also, in denen sich konstruktives und destruktives Begehren entsprechend den frühesten Erfahrungen Ausdruck verschafft, da diese unbewußten Phantasien eben auch Handlungsentwürfe darstellen, weiß der Mensch im Allgemeinen nicht nur wenig von dem, was er will, sondern auch nicht alles von dem, was er tut.

Dies bedeutet freilich nicht, daß dieses Handeln als chaotisch oder sinnentleert zu gelten hat. Im Gegenteil. Sein Sinn enthüllt sich allerdings nur, wenn man das Aktuelle als Niederschlag des Historischen zu begreifen anerkennt. Dann erscheint es als verstehbare Kompromißbildung, die sich aus dem Zusammenprallen infantiler Triebansprüche – entlang den Entwicklungsstadien der libidinös-aggressiven Organisationen im Subjekt – mit den Begrenzungslinien des Realen, mit den Versagungen und Hemmungen durch die primären

Bezugspersonen und schließlich mit den Tabus und Normen der Gesellschaft ergibt. Die Konzepte von Übertragung und Abwehr, Fixierung und Regression, decken diesen Sachverhalt und bedürfen keiner weiteren Ausführungen. Allerdings lenken sie das Augenmerk auf die psychoanalytische Krankheitslehre, die, wie bereits behauptet, Normalität und Pathologie in höchstem Ausmaß relativiert.

Wenn Freud von „Normalvorbildern krankhafter Affektionen“ spricht (Freud, 1917a), situiert er Gesundheit und Neurose (aber auch Psychose, Perversion und Psychosomatose) auf einem Kontinuum, das eine strenge Trennung nicht mehr zuläßt und die Qualität in Quantität umschlagen läßt. Und wenn er, um Verständnis bei Laien bemüht, das Wesen psychischer Symptome oder psychischen Krankseins dahingehend definiert, daß diese für das Gesamtleben schädliche oder wenigstens nutzlose Akte sind, die häufig von der Person als widerwillig beklagt und mit Unlust oder Leiden für sie verbunden sind, so meint er im gleichen Atemzug, daß „Kranksein“ ein im Wesen praktischer Begriff ist, und daß wir von einem theoretischen Standpunkt aus alle krank, d.h. neurotisch sind, denn die Bedingungen für die Symptombildung seien auch bei den Normalen nachzuweisen. Insofern ist der seelisch Kranke in Teilen seiner Persönlichkeit auf Entwicklungsstufen stehengeblieben oder zu ihnen zurückgekehrt, die der „Gesunde“ je nach Abwehrvermögen mehr oder weniger unbeschädigt, jedenfalls nicht residuenlos überwunden hat. Die Entfernung, die die Psychopathologie des Alltagslebens zum nicht alltäglichen Wahnsinn einnimmt, ist also jene, die die Fehlhandlung vom neurotischen Symptom, die Trauer von der Melancholie, den narzißtischen Rückzug im Schlaf vom psychotischen Autismus trennt. Im Traum schließlich fallen die vermeintlichen Gegensätze zusammen, da „die Träume der Neurotiker in keinem wesentlichen Punkte von denen der Normalen verschieden sind; ja sie sind von ihnen vielleicht überhaupt nicht unterscheidbar. Es wäre widersinnig, von den Träumen Nervöser auf eine Weise Rechenschaft zu geben, welche nicht auch für die Träume Normaler Geltung hätte. Wir müssen also sagen, der Unterschied zwischen Neurose und Gesundheit gilt nur für den Tag, er setzt sich nicht ins Traumleben fort ... Wir können es nicht in Abrede stellen, daß auch der Gesunde in seinem Seelenleben das besitzt, was allein die Traumbildung wie die Symptombildung ermöglicht und müssen den Schluß ziehen, daß auch er Verdrängungen vorgenommen hat, einen gewissen Aufwand treibt, um sie zu unterhalten, daß sein System des Unbewußten verdrängte und noch energiebesetzte Regungen verbirgt, und daß ein Anteil seiner Libido der Verfügung seines Ichs entzogen ist. Auch der Gesunde ist also virtuell ein Neurotiker, aber der Traum scheint das einzige Symptom zu sein, das zu bilden er fähig ist. Unterwirft man sein Wachleben einer schärferen Prüfung, so entdeckt man freilich – was diesen Anschein widerlegt –, daß dies angeblich gesunde Leben von einer Unzahl geringfügiger, praktisch nicht bedeutsamer Symptombildungen durchsetzt ist. Der Unterschied zwischen nervöser Gesundheit und Neurose schränkt sich also aufs Praktische ein und bestimmt sich nach

dem Erfolg, ob der Person ein genügendes Maß von Genuß- und Leistungsfähigkeit verblieben ist. Er führt sich wahrscheinlich auf das relative Verhältnis zwischen den freigebliebenen und den durch Verdrängung gebundenen Energiebeträgen zurück und ist von quantitativer, nicht von qualitativer Art.“ (Freud, 1917b).

Das Diagnoseproblem im Psychopathologischen

Wenn also für die Psychoanalyse der Krankheitsbegriff ein pragmatisches Konzept darstellt, so bedeutet dies auch, daß Krankheit im Bereich des Seelischen auf Grund seiner Bindung an die Frage nach Bedeutung und damit nach Bewertung nur schwer theoretisch und konservativ-wissenschaftlich fundierbar ist, weil es einem klar definierten Normensystem nicht unterworfen werden kann und nur zu einem geringen Teil objektivierbaren Kriterien entspricht. Denn abgesehen von der kulturellen Bedingtheit von Normalität und Pathologie tritt auch in der Diagnostik der Neurosen eine objektive Beurteilung insofern in den Hintergrund, als diese sich hauptsächlich auf den subjektiven Beschwerden, auf den Gefühlen, den Triebkräften und Verhaltensweisen, die der Patient erlebt und beschreibt, begründen muß. Denn während sich die Psychiatrie vorwiegend objektiver Zeichen bedient, wobei das, was gesehen wird, und das, was gehört wird, gleichermaßen in den diagnostischen Prozeß eingeht, geht es in der Psychoanalyse vor allem um subjektive Zeichen, wobei das, was gehört wird, fast allein entscheidend ist. Die Problematik der Beurteilung von Krankheit in diesem Bereich bezieht sich somit sowohl auf den Schweregrad als auch auf die Art der Erkrankung. Der Relativität der Quantität gesellt sich bezüglich der Qualität des Leidens jene Schwierigkeit hinzu, daß im Gegensatz zur Organmedizin die eigentliche Diagnose einer psychischen Krankheit jenseits der wahrnehmbaren und vermittelten Symptome erst im Laufe oder überhaupt am Schluß der Behandlung erfolgen kann und somit strenggenommen immer eine besondere Art von Diagnose ex juvantibus sein muß. Daraus ergibt sich ein nach wie vor gültiges Junktum von Heilen, Forschen und Diagnostizieren. Dieser Grundsatz wurde am Beginn der Entwicklung der Psychoanalyse sehr streng genommen, weshalb zur diagnostischen Klärung ein Erstinterview im heutigen Sinn kaum durchgeführt und durch eine Art Probebehandlung ersetzt wurde. Ohne Zweifel war aber ein solches Vorgehen nicht unproblematisch und dürfte in vielen Fällen eventuell vorhersehbare schädliche Folgen nach sich gezogen haben. Hauptsächlich durch die Institutionalisierung der Psychoanalyse außerhalb der psychoanalytischen Privatpraxen und durch die Einschaltung von Versicherungsträgern bei der Finanzierung von Behandlungen hat aber schließlich eine (freilich immer vorläufige oder grob-klinische bzw. psychiatrisch orientierte) Diagnosestellung am Beginn der Kur zunehmende Bedeutung erlangt, wobei damit auch das Problem einer Fremdbeurteilung außerhalb des therapeutischen Bündnisses zwischen Analytiker und Patient bezüglich der Behandlungsbedürftigkeit und der Behandlungsfähigkeit in das therapeutische Verfahren zu intervenieren begann. Abgesehen von dieser äußerst

heiklen Beeinflussung des psychoanalytischen Therapiedispositivs ist auch die Frage der Sinnhaftigkeit von Diagnosen überhaupt weiterhin Diskussionsgegenstand innerhalb der psychoanalytischen Institutionen. Deren Befürworter führen zu ihrer Rechtfertigung zu meist an, daß eine der Behandlung vorangehende diagnostische Abklärung zunächst zu einer Definition des Schweregrades des Zustandes und eventuell der Prognose führen könne, daß sie eine Entscheidungshilfe bieten könne zwischen einer psychiatrisch-medikamentösen Therapie und einer Psychoanalyse, daß durch sie die Risiken eines bedrohlichen oder gefährlichen Zustandes einzuschätzen seien, wodurch entsprechende Sicherheitsvorkehrungen getroffen werden könnten, daß sie verwaltungstechnisch unabdingbar sei und daß sie schließlich notwendig sei, um die Kommunikation mit Fachkollegen zu erleichtern. Skeptiker solcher Voraburteilungen weisen auf die Tatsache hin, daß deren Gefahr nicht so sehr darin bestehe, den Patienten durch eine Diagnose gewissermaßen festzunageln, sondern vielmehr darin, daß sich der Therapeut durch eine einmal gestellte Diagnose blockieren könnte. Die Grenzen einer deskriptiven, symptomorientierten und der Psychiatrie entlehnten Diagnostik seien auch gegeben, sobald man sich über eine erste Orientierung hinaus in eine Auseinandersetzung mit der Person des Patienten begeben, sobald man also eine Psychotherapie oder eine Psychoanalyse ins Auge fasse. Dann erwiesen sich die üblichen diagnostischen Kriterien, welchem System sie auch immer entnommen seien, sehr bald als zu grob und dem je spezifischen Fall nur wenig angemessen.

Psychoanalytiker sind sich aber im allgemeinen darüber einig, daß bei vorliegender Psychogenese des Leidens eine anfängliche Klärung hinsichtlich der Frage, ob bei einem Patienten eine neurotische oder aber eine psychotische oder eine perverse Persönlichkeit vorliege, durchaus sinnvoll sei, weil auch bei gegebener Indikation und Behandlungsfähigkeit von nichtneurotischen Patienten Variationen des Standardsettings stets ins Auge zu fassen sind. Es soll aber nicht unerwähnt bleiben, daß viele und durchaus glaubwürdige Berichte vorliegen, wonach etwa auch bei Psychotikern das klassische psychoanalytische Verfahren ohne wesentliche Variationen des Settings durchaus befriedigende therapeutische Resultate erzielen kann, und daß Perversionen keineswegs immer das therapeutische Arrangement selbst zu pervertieren und damit die Behandlung zu verunmöglichen trachten.

Genuin-psychoanalytische Ansätze in der Diagnostik

Von der Hysterie ausgehend, die erst von Charcot nicht nur in den Rang einer psychischen, sondern einer Krankheit überhaupt erhoben wurde, nachdem sie vorher einem religiösen und philosophischen Diskurs eingeschrieben gewesen war, hat sich Freud in seiner Krankheitslehre hauptsächlich an den symptomorientierten und deskriptiven Nosologien der Psychiatrie angelehnt. Allerdings unterschied er sehr schnell das sichtbare und berichtete bzw. dem Patienten bewußte Symptom von einem darunterliegenden eigentlichen Kranksein. Dieses zeigte sich ihm nicht zuletzt im

Laufe der gelingenden Behandlung als Übertragungsneurose, welche Karl Kraus so ungewollt treffend und prägnant beschrieb, wenn er die Psychoanalyse als jene Krankheit bezeichnete, für deren Heilung sie sich hielt. Ein solches Kranksein war mit den gebräuchlichen Entitäten nicht immer zur Deckung zu bringen, sodaß sich Freud das Ziehen stets neuer Grenzlinien innerhalb der gewohnten Kategorien aufdrängte.

Daher trennte er sehr bald die Abwehrneuropsycho- sen von den Aktualneurosen, die Psychasthenie von der Neurasthenie und die Übertragungsneurosen von den narzißtischen Neurosen. Damit waren diese Klassifikationsversuche nun nicht mehr nur deskriptiv, sondern auch funktional, indem sich diagnostische Fragen immer als Begleiterscheinung der psychoanalytischen Entwicklung sowohl in praktischer, als auch in theoretischer Hinsicht ergaben. So waren z.B. für Freud die Abwehrneuropsycho- sen von der Notwendigkeit charakterisiert, den darunterliegenden Konflikt zu bearbeiten und ein Wiedererinnern herbeizuführen, während Aktualneurosen zunächst eine Änderung der Lebenspraxis nahelegten.

Später wurden Stufen der psychosexuellen Entwicklung als Grundlage für nosologische Kriterien herangezogen. Zusammen mit der präzisen Ausarbeitung der Libidotheorie wurde dies als ein wichtiger Fortschritt in der Herausarbeitung psychopathologischer Bilder erachtet.

Daraufhin standen Ich-Funktionen und die Fähigkeiten des Ich zur Abwehr von Regressionstendenzen und von traumatischen Effekten im Mittelpunkt dieser Bemühungen. Ich-Stärke und Abwehrformen und die Wichtigkeit von gesunden Ich-Anteilen in der Beziehung zum Therapeuten wurden nun hauptsächliche Grundlagen nosologischer Kategorien, wobei auch eine gewisse Parallelisierung zu den älteren Kriterien der psychoanalytischen Entwicklungspsychologie versucht wurde.

Weitere behandlungsrelevante Unterscheidungskriterien waren dann Merkmale einer zweifachen Entwicklungsklassifizierung, die darauf beruhte, ob bei einem Patienten die ödipale Stufe erreicht wurde oder nicht. Prägenitale bzw. präödipale Störungen waren in dieser Perspektive durch besondere Ich-Defizite und Defizite in intersubjektiven Beziehungen oder aber durch „primitive“ Abwehrformationen gekennzeichnet, woraus sich die praktische Überlegung ergab, ob hier nicht eine modifizierte Form der Psychoanalyse anzuwenden sei. Daraus entstanden viele Konzeptualisierungen zu den sogenannten Borderline-Persönlichkeits-Organisationen und zu den narzißtischen Persönlichkeitsstörungen. Trotz Wechsels ihrer Terminologie beruhen sie weiterhin auf ersten Klassifikationsversuchen in Begriffen der psychoanalytischen Entwicklungstheorie.

Den zwei Hauptströmungen in einer genuin zu nennenden psychoanalytischen Diagnostik, nämlich einerseits jener, die an Triebchicksalen, Libidotheorie und psychoanalytischer Entwicklungstheorie orientiert ist und andererseits jener, die eine Geschichte der Objektbeziehungen mit den Merkmalen der Ich-Integrität verbindet, hat sich schließlich eine dritte Strömung beigefügt: sie ist am sogenannten Charakter orientiert,

wobei wir unter Charakter eine Art von Kristallisierung oder Verhärtung von Abwehrverhaltensweisen und Triebabfuhrwegen verstehen, die zu bestimmten und fixierten Bezügen zu sich selbst und zur Umwelt führen. Sie können als ich-syntone Züge ohne Leidensdruck in die Gesamtpersönlichkeit integriert sein oder als ich-dystone Züge vom Patienten wie eine ihm fremde und unangenehme Eigenschaft erlebt werden. Auch mit diesem Klassifikationskriterium sind bestimmte Techniken wie Widerstandsanalyse, Charakteranalyse etc. verbunden.

Wie bereits angedeutet, sind die Bemühungen, auch psychoanalytisch relevante, also nicht rein deskriptive, sondern latente Strukturen der Persönlichkeit miterfassende Krankheitstypen aufzustellen, nie unbestritten geliebt. So wies etwa der amerikanische Psychoanalytiker Carl Menninger (1969) Klassifikationsversuche insgesamt zurück, weil sie seiner Meinung nach sowohl intellektuell steril als auch sozial gefährlich seien. Für ihn bedeutet Klassifizierung immer Etikettierung und Etikettierung führe zur Stigmatisierung. Unter solchen Prämissen behandle man schließlich nicht mehr eine Person, sondern nur den Vertreter einer Klasse und zwar auf eine stereotype Weise in Begriffen seiner Krankheitsentität. Für Menninger gibt es daher nur eine psychische Krankheit, welche sich auf eine Störung im psychischen Gleichgewicht reduzieren läßt. Diese Störung kann verschiedene Schweregrade erreichen, weshalb sich daraus eine quantitative Diagnostik in fünf Graden, je nach Gelingen oder Nichtgelingen von intrapsychischen Abwehrmechanismen ergibt. Stehen am einen Ende der Skala Befindlichkeit von geringgradigem Unbehagen und funktionellen körperlichen Störungen, so finden wir am anderen Ende den Zusammenbruch aller Abwehrformationen im Sinne von Psychose, Suizid und Mord.

Wenn sich eine solche Auffassung auch aus verschiedensten Gründen in der psychoanalytischen Behandlungspolitik bisher zumindest nicht durchsetzen konnte, so weist sie uns doch mit Nachdruck darauf hin, daß die Erfassung eines psychischen Leidens, dem von welcher Seite auch immer die Qualifikation einer Krankheit zuteil wird, sodaß sie medizinisches Handeln impliziert, selbstverständlich nicht in einem einzigen Begriff darstellbar ist. So wie die psychoanalytische Krankengeschichte seit Freud immer wie eine Novelle zu schreiben und zu lesen ist, so besteht auch die psychoanalytisch relevante Diagnose in einer über ein Wort hinausgehenden Antwort auf die Frage, warum jemand mit bestimmter Persönlichkeitsstruktur, mit einer bestimmten Lebensgeschichte zu einem bestimmten Zeitpunkt diese bestimmte, seelisch bedingte und seelisch oder körperlich sich ausdrückende Symptomatik entwickelt bzw. unter je spezifischen Lebens- einflüssen diesen bestimmten Charakter erworben hat. Unter diesem Blickwinkel einer Neurosenlehre wird auch dem Wesen einer psychoanalytischen Anthropologie Rechnung getragen, wonach sie auch stets und vor allem eine Theorie des Besonderen, des Individuellen und des einzelnen Falles darstellt, und daß bei einer solchen Sicht der Dinge jeder Mensch in seiner Einzigartigkeit gewürdigt wird.

Die schwierige Frage der Indikation und die Problematik der Fremdbeurteilung

Daran schließt sich logischerweise die uns hier besonders interessierende Frage der *Behandlungsbedürftigkeit* an, welche den, der die finanziellen Kosten einer Behandlung zu tragen hat, durchaus nicht gleichgültig läßt. Neben der *Behandlungsfähigkeit* eines Patienten, die sich bekanntlich aus Eigenschaften wie Introspektionsfähigkeit, Psychogeneseverständnis, psychischem Leidensdruck und dem Gewicht eines sekundären Krankheitsgewinns zusammensetzt, ist diese ebenfalls an vorwiegend subjektive Kriterien gebunden. Hier substituiert sich dem immer an Objektivität orientierten Krankheitsbegriff der Begriff des Leidens, welcher auf Grund seiner subjektiven Verfassung schon aus logischen Gründen keiner Objektivierung mehr zugänglich ist. Nicht jeder, der leidet, ist, zumindest nicht um jeden Preis, bemüht, sein Leiden zu verringern oder aufzuheben. Könnten aber im Umkehrschluß der Aufwand und die Mühen, die jemand zur Beseitigung seines Leidens auf sich nimmt, nicht ein verlässlicher Indikator für dessen Schweregrad sein, freilich unter der Voraussetzung, daß dieses Leiden nicht mit einem bewußten Genießen verbunden ist. Es mag ironisch klingen, sollte aber als durchaus ernst zu nehmende Behauptung aufgefaßt werden, daß jemand, der sich dem aufwendigen und mühsamen Verfahren einer Psychoanalyse unterzieht, offenbar tatsächlich krank sein muß.

Allem Anschein nach scheinen die Sozialversicherungsträger als etwaige Kostenträger psychoanalytischer Behandlungen einer solchen Auffassung mit Skepsis gegenüberzustehen und sich mehr auf die Devise zu verlassen, wonach Vertrauen gut, Kontrolle aber besser sei. Dabei wird aber offensichtlich auf das dadurch beeinflusste Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Behandler, auf welchem letztlich jede Psychoanalyse und vor allem ihr Erfolg beruht, kaum Rücksicht genommen. So wurden in letzter Zeit mit wenig Feingefühl für die buchstäblich betroffenen Psychoanalytiker vor allem von der Wiener Gebietskrankenkasse chefärztliche Kontrolluntersuchungen an Patienten während laufender „großer“ Psychotherapien eingeführt, um nach einer Behandlungszeit von etwa 300 Stunden die weitere Behandlungsbedürftigkeit zu überprüfen. Wenn schon von einer solchen Fremdbegutachtung nicht abgegangen werden will, so hätte zumindest eine vorhergehende Diskussion mit den von der Aktion

überraschten Behandlern stattfinden müssen. In diese noch ausstehenden Gespräche würden die Psychoanalytiker ihre durchaus noch nicht einheitliche Meinung zu einer möglichen Konsens- bzw. Kompromißbildung mit den Versicherungsträgern konstruktiv einbringen können. Es wäre dann zu entscheiden, ob eine Indikationsbegutachtung durch Zweitbeurteiler (Psychoanalytiker, psychoanalytische Institutionen oder Chefärzte der Versicherungen?) vor Beginn der Behandlung oder aber eine modifizierte Fortführung der bislang relativ unreflektiert geübten Kontrollbeurteilung nach einer angemessenen Therapiedauer die sinnvollere Lösung wäre.

Nachtrag

Nicht zuletzt durch eine Initiative von Vertretern der psychoanalytischen Gesellschaften Wiens ist es im Frühjahr 1996 zu Gesprächen mit Vertretern der Wiener Gebietskrankenkasse gekommen, die sich in einer bisher geübten regelmäßigen Fortsetzung um die Erarbeitung angemessener Indikationsbeurteilungen bemühen (A. R., Jänner 1997).

Literatur

- Canguilhem G (1977) Das Normale und das Pathologische. Ullstein, Frankfurt
 Foucault M (1973) Die Geburt der Klinik. Hanser, München
 Freud S (1917a) Metapsychologische Ergänzung zur Traumlehre. Stud. III, S 179
 Freud S (1917b) Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse: Die analytische Therapie. Stud. I, S 438 f
 Freud S (1921) Massenpsychologie und Ich-Analyse. Stud. IX, S 65
 Hartmann E v (1870) Philosophie des Unbewußten. Duncker, Berlin, S 26
 Jores A (1959) Der Mensch und seine Krankheit, 2. Aufl. Klett, Stuttgart
 Lorenzer A (1974) Die Wahrheit der psychoanalytischen Erkenntnis. Suhrkamp, Frankfurt, S 7
 Menninger C (1969) The vital balance, 3rd edn. Viking, New York
 Wesiack W (1977) Einführung in die psychosomatische Medizin. In: Loch W (Hrsg) Die Krankheitslehre der Psychoanalyse. Hirzel, Stuttgart, S 294 f

Korrespondenz: Dr. August Ruhs, Universitätsklinik für Tiefenpsychologie und Psychotherapie, Währinger Gürtel 18–20, A-1090 Wien, Österreich.

August Ruhs, Jg. 1946, Dr. med., Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, Assistenzprofessor an der Wiener Universitätsklinik für Tiefenpsychologie und Psychotherapie, Lehranalytiker im Wiener Arbeitskreis für Psychoanalyse, Mitherausgeber der Zeitschrift „texte. psychoanalyse. ästhetik. kulturkritik“, Mitbegründer der „Neuen Wiener Gruppe/Lacan-Schule“.