

Affekte und Gefühle aus psychoanalytischer Sicht.

Einleitung.

Eine einheitliche psychoanalytische Theorie die Affekte betreffend kann es nicht geben., weil das was sich als Psychoanalyse versteht in sich nicht einheitlich ist. In der Psychoanalyse , wie in anderen Anwendungswissenschaften kann man die in Abbildung 1 dargestellten Theorieebenen unterscheiden. In der Metatheorie versuchte und versucht man ein in sich widerspruchsfreies , logisch – mathematisch darstellbares Modell , dass alle wichtigen Kenntnisse die Psyche und das Soma betreffend integrieren kann, zu entwickeln. Ein solches Modell ist immer vorläufig und muss sich mit dem Fortschritt der Nachbarwissenschaften ändern. Nachbarwissenschaften sind die Allgemeine Psychologie, die Humanethologie, die Neuropsychologie, Entwicklungsbiologie und psychologie die Ethnologie und Soziologie. Solche Integrationsversuche sind nicht nur wegen des immensen Wissens das erworben und verarbeitet werden muss schwierig zu bewerkstelligen. 1960 wurde ein solcher von David Rapaport gemacht, 1997 und 1998 von mir. In Bezug auf das Wissen über die Affekte hat sich in dieser Zeit mehrere sehr grundlegende Verschiebung ergeben die man in Kürze so beschreiben kann, dass dieselben nicht mehr als Epiphänomene von Triebprozessen , wie noch bei Rapaport , verstanden werden können. Vielmehr werden sie als eigenständiges , auch die Triebe steuerendes Motiv und Signalsystem betrachtet. Des weiteren war die Entdeckung des primär sozialen Charakters der in der Menschheitsgeschichte entwickelten Affekte Freude, Neugier, Trauer, Angst Ärger, Ekel, Verachtung Neugier ein weiteres Motiv die sogenannte „Einpersonenpsychologie“ als Grundlage für die Behandlungstechnik in Frage zu stellen. Es geht also nicht mehr so sehr um die Veränderung von Eigenschaften des Patienten, als die dauerhafte Umwandlung versteinertes Beziehungsmuster . Das Feld auf dem sich diese Veränderungen vollziehen ist die analytische Beziehung. Wir müssen also eine Veränderung der Metatheorie der Affekte feststellen die vor allem aus der Allgemeinen Psychologie (Scherer , Frijda , Ekman Tomkins 19..) , der Hirnforschung (Pankseep , LeDoux, Damasio) sowie der Humanethologie (Bischof) kommt. Die differentielle Krankheitslehre ist unterhalb der Metatheorie angesiedelt . In ihr geht es um störungsspezifische Wissen . Die Nachbarwissenschaften schliessen nun die differentielle Psychologie , Diagnostik , struktur – und störungsspezifische Analysen ein. Das Wissen um die verschiedenen Krankheitsbilder hat sich von der Hysterie , den Traumatischen Neurosen und den Zwangsstörungen kommend zunehmend in schwerere Störungsbilder wie Psychosen, Psychosomatosen Persönlichkeitsstörungen ausgedehnt. In Bezug auf die Affekte wurde langsam deutlich , dass es weniger einzelne Störungsbilder als vor allem Persönlichkeitsstrukturen sind , die sehr unterschiedliche Gesetzmässigkeiten aufzuweisen haben. So sind die Zusammenhänge zwischen affektivem Ausdruck , Physiologie dem Erleben und

dem Sprechen darüber nicht nur in einer Person sondern auch in der Interaktion mit anderen wesentlich davon geprägt, ob es zu einer Psychisierung gekommen ist oder nicht. Im ersten Fall hat die Person einen stabilen psychischen Binnenraum entwickelt in dem affektive Situationen phantasiert und probeweise durchgespielt werden können. Das verhindert ein direktes affektives Agieren in der Interaktion oder dem Körper. Personen mit niedrigem Stukturniveau zwingen ihren Handlungspartnern ihre Gefühle direkt und unmittelbar auf, indem sie beispielsweise das Blickverhalten mit der Sprache und dem Affektausdruck so verbinden, dass der andere zwingend den Eindruck bekommt der Ausdruck gelte ihm und nicht der gedanklichen Welt über die gerade verhandelt wird. Das wiederum führt zu unbewussten unmittelbaren gefühlhaften Reaktionen im Erleben und Verhalten, die aber weitgehend ungesteuert und was das Verhalten betrifft unbewusst sind. Man kann mittlerweile eine strukturspezifische Kartographie der affektiven Austauschprozesse erstellen deren Kenntniss für die Indikationsstellung und Prognose von hoher Bedeutung ist. dem der oder mentali(Man der Zusammenhänge der Affekte unterin Wissen erstellt worben ch wenn dieselben Deshalb hat sich auch die Affekttheorie von war die ent gnsst sich historisch begreiflicheran in teht man die Eine Grundlagen Einmal gibt es verschiedene Dies betrifft die Behandlungstechnik ebenso wie die Theoriebildung. Was die Behandlungstechnik betrifft findet man selbst bei der Einschätzung so einfach erscheinender Konzepte wie dem Arbeitsbündnis ganz unterschiedliche Sichtweisen. Das Arbeitsbündnis hat engste Verbindungen zu dem Austausch von Affekten und Gefühlen, so dass man, wenn die Therapeuten das gleiche tun würden einen hohen Konsens erwarten sollte. Das ist nicht so. Für diejenigen die sich als Selbstpsychologen verstehen ist es absolut zwingend ein gutes Arbeitsbündnis zu pflegen und entwickeln, hartgesottenen Kleinianer finden das Konzept unnötig, wenn nicht gar störend. () Eine repräsentative Stichprobe von Praktikern der Grossräume London und Los Angeles die man nach der Bedeutung des Arbeitsbündnisses befragte musste in verschiedene Gruppen aufgeteilt werden, die wenig Überlappungen zeigten und die sich auch zunehmend weniger wahrnehmen und zitieren. (Fonagy). Es ist nicht so, dass die tatsächlich in verschiedenen analytischen Galaxien lebten, denn bei näherem Hinsehen haben die verschiedenen Gruppierungen verschiedene Analysanden. Jemand der sich als Selbstzahler fünf Stunden die Woche auf der Couch legt muss neben einer allfälligen Erkrankung aus welchen Gründen auch immer hoch motiviert sein so etwas zu tun, von daher kann man ein Arbeitsbündnis als gegeben voraussetzen. Das sind allerdings sicher nicht die Personen die im Rahmen der Krankenversorgung psychoanalytische Therapie suchen. Bei Ihnen ist mit dem Aufbau eines solchen schon viel gewonnen. Wegen der unveränderten Neigung der klinischer Denker ihr Praxiswissen in Theorien zu kanonisieren, begeben sie sich freiwillig und mit Lust dem Narzissmus der kleinen Differenzen folgend in die verschiedenen Welten. Da es in diesem Beitrag um Krankenversorgung geht werde ich mich

vorwiegend auf die psychoanalytischen Theorien stützen die an „echten“ Patienten entwickelt wurden. Die Psychoanalytiker haben sich m. Erachtens zu recht gegen die Verwendung von Analogstudien in der Psychotherapieforschung gewehrt. Darunter verstand man die Erforschung von Behandlungserfolgen an „Versuchspersonen“, die keine Kranken sind, sondern ein Problem haben, beispielsweise einen hohen Wert in einem Angstfragebogen. Das psychoanalytische Äquivalent wäre eine Theorie die an hochmotivierten Ausbildungskandidaten entwickelt wurde. Ob eine solche auf Kranke anwendbar ist muss empirisch nachgewiesen werden. Fürs erste ist das wahrscheinlich im besten Falle eine keineswegs immer vernünftige Arbeitshypothese.

1. Wenn also die Praxen und Metatheorien schon so verschieden sind, kann man auch keine einheitliche Affekttheorie und Gefühlstheorie erwarten. Dies ist tatsächlich der Fall. Auf der spekulativen Ebene der Metatheorie wurden die Affekte als Folge von Triebprozessen definiert mit der sattsamt bekannten Gleichung nach der ein Anstieg der Triebspannung Unlustaffekte ein Abfall Lust erzeuge. Diese wissenschaftlich unhaltbare Theorie erwies sich auch als klinisch unpraktisch. Anwendbare Formen der Affekttheorien findet man in der klinischen Literatur über die Angst. Zu Beginn ist Angst umgewandelte nicht abgeführte Libido. Das sah so aus wie klinisch angewandte Metatheorie, allerdings blieb offen ob mit Libido Sexualität oder Bindung gemeint war. Analysiert man die Fallbeispiele ist wohl beides zutreffend. Aus heutiger Sicht ist diese Theorie gewiss nicht so falsch wie in der psychoanalytischen Literatur eine Zeitlang behauptet wurde. (Mitscherlich, 1971. Man geht davon aus, dass 60% der Angsterkrankungen Teil einer Bindungsstörung sind. Die Patienten entwickeln Angst weil sie befürchten alle sicheren Bindungen zu verlieren wenn sie sich autonom – aggressiv – verhalten. Ersetzt man den Begriff Libido durch liebevolle, erotisierte Bindung sehe ich keinen Grund an dem antagonistischen Verhältnis von Liebe/Sex und Angst herum zu kritteln. Beide sedieren Angst. Man kann aber die Liebesbindung auch als eine Emotion betrachten. Dann hätten wir eine antagonistische Affektlogik. Liebevolle Bindungen sind antitoxisch für Panikattacken die auf Trennungsängsten beruhen. Das gilt aber auch für Wut, Verachtung und Ekel. Die Evokation eines scheinbar destruktiven Affektes in einem liebevollen die Bindung sichernden Gefühlskontext ist allemal kathartisch und sicher Teil des kurativen Prozesses der seit Alexander korrektiv emotional experience genannt wird.
2. Die zweite grosse