

Das Konzept der Psychogenese – Voraussetzung der dynamischen Psychotherapie

■ B. Rothschild

Private psychiatrische Praxis, Zürich

Summary

Rothschild B. [The concept of psychogenesis – essential for dynamic psychotherapy.] *Schweiz Arch Neurol Psychiatr* 2006;157:247–51.

The author looks back on a period of 40 years' experience of dealing with and understanding the notion of 'psychogenesis' in his psychiatric/psychotherapeutic practice. He observes that throughout the years this concept has been applied in a more and more diffuse and sometimes confusing way. In the last 10 to 20 years the concept of psychogenesis was increasingly pushed into a shadowy corner and risks to become an empty word capsule or just an easily pronounced confession to a 'humanitarian' verbalism. This was caused by the increasing biologisation of psychiatry on the one hand, by the slowly and steadily growing influence of pharmacological agencies on the other hand and last but not least by the growing hegemony of operationalised thinking along the great codices DSM and ICD.

But even if for reasons of changes in clinical diagnosis and thought, the concepts of 'psychogenesis' might have become superfluous, the author insists that for the large realm of psychotherapy it is still un-renounceable. This because without the stipulation and the exploration of the 'psychic inside' (i.e. the psychogenetic factors) of our patients psychiatric practice and therapy would be deprived of its essential sense and any inter-personal proceedings. The author deploys a whole scale of arguments for the significance of the psychogenetic hypothesis in psychiatric therapy.

Finally the author expresses a warning against a further neglect of 'psychogenesis', for this would further reduce the psychotherapeutic legitimation in psychiatry, it would make psychiatric work

tedious and mechanical and it would be the cause for a fatal reduction of the attention to the 'inside' of patients – i.e. an unpredictable loss to psychiatry as a human science.

Keywords: psychogenesis; psychotherapy; history of psychiatry

Eigene Erfahrungen mit dem Begriff «Psychogenese»

Als junges psychiatrisches Greenhorn, bei den ersten Gehversuchen am Zürcher Burghölzli – und das ist schon 40 Jahre her – hörte ich irgendwann einmal die Begriffe «psychogenetisch» oder «psychogen» und staunte! Was sollte dieser Begriff? Es war doch klar, dass wir es mit Patienten zu tun hatten, die psychisch erkrankt waren, ihr Leiden kam doch von ihrer Psyche her, darum waren sie ja eben bei uns. Und wenn «psychogen» hiess «in der Psyche entstanden», was war denn eigentlich unter nicht-psychogen zu verstehen? Wir waren doch alle in der Psychiatrie gelandet, weil wir an dieses zwar noch unerschlossene, aber auch unermesslich grosse Reich des Psychischen, des Seelischen fest glaubten, an einen ganzen menschlichen Organismus, an ein System sui generis, welches das Wesen, das Denken, das Fühlen und Empfinden der Menschen massgeblich beeinflusst und das – wie alle anderen Organismen auch – Krankheit und Leiden verursachen konnte. «Psychogenetisch psychisch krank» mutete an wie ein Pleonasmus, wie etwa «menschliche Menschen», «männliche Männer», «kindliche Kinder». Was war denn am Menschen eigentlich nicht psychogen? Gut, dann lernte man, dass es sogenannte «organische psychische Störungen» gab – die Alkoholpsychiatrie, die Lues (damals noch), die Hirnveränderungen im Alter, durch Substanzen usw.

Etwas später lernte ich, dass es über das Wesen und die Mechanismen des Seelischen ganz verschiedene Theorien gab, schon bei den alten Philosophen, dann aber insbesondere bei den grossen Seelenärzten: Griesinger, Eugen Bleuler (der 1921 eine fast 350 Seiten lange «Naturgeschichte der

Korrespondenz:
Dr. med. Berthold Rothschild
Rieterstrasse 53
CH-8002 Zürich
e-mail: bedold@hotmail.com

Seele» [1] verfasste), Kraepelin, Jaspers und anderen Titanen, vor allem aber C. G. Jung und Sigmund Freud, deren Gedankenreich von ihren Adepten wie grosse Nationalpärke behütet und bewirtschaftet wurden. Und die praktische Arbeit in der Psychiatrie lehrte mich, dass es zwar Regeln und Methoden, Nomenklaturen und Krankheitsgruppen gab, dass aber bei allen Patienten die gemeinsame Herausforderung war: wie kann ich ihn/sie, seine Seele mit meiner Seele (plus zugeleertes Wissen und Erfahrung) überhaupt verstehen? Wie ist denn seine/ihre Seele erkrankt? Und wie drückt sich solche seelische Störung aus – subjektiv und objektiv? Ganz spezifisch in diesem einen Patienten-Individuum oder allgemein in der Gruppe ähnlicher Störungen, die ja dann auch einen klaren nomenklatorischen Begriff zugeordnet bekamen. Aber immer noch schien klar: Ob nun über die primäre Verursachung einer organischen Beschädigung oder ob aus dem Psychischen selber generiert, was wir als psychiatrische Ärzte sahen und erlebten und therapeutisch zu beeinflussen suchten, das war immer ein verletztes oder verkrümmtes Psychisches, immer etwas «Psychogenes». Damals gab es diesen später immer wieder heraufbeschworenen Gegensatz zwischen «Biologischem» und «Psychischem» noch nicht, weil wir ganz selbstverständlich davon überzeugt waren, dass wir es mit einer Art «Biologie der Seele» zu tun hatten. Und war nicht an Sigmund Freud und seiner Theorie gerade dies bestechend, dass er seine ganze Trieblehre letztlich auf ein biologisches Grundverständnis zurückführte? «... Wenden wir uns nun von der biologischen Seite her der Betrachtung des Seelenlebens zu, so erscheint uns der «Trieb» als ein Grenzbegriff zwischen Seelenleben und Somatischem, als psychischer Repräsentant der aus dem Körperinnern stammenden, in die Seele gelangenden Reize, als ein Mass der Arbeitsanforderung, die dem Seelischen infolge seines Zusammenhanges mit dem Körperlichen auferlegt ist ...» [2]. Hei! das gefiel mir und so wurde ich Freudianer ...

Die zunehmende Konfusion um den Begriff «psychogen»

Im Laufe der weiteren langen Jahre als Psychiater und Psychotherapeut musste ich allerdings erfahren, dass der mir vormals so unschuldig-selbstverständliche Begriff des «Psychogenetischen» für viele in meiner Disziplin so selbstverständlich und alltäglich gar nicht war. Als eine Art «Lippenbekenntnis» wurde er zwar immer auch dazugeflüpselt, dennoch aber mehr und mehr an den Rand gedrängt oder dann nur für ganz wenige Bereiche

wirklich zugelassen. Das hatte natürlich auch mit dem grossen pharmazeutisch-industriellen Komplex zu tun, dessen Macht sich immer breiter und wie ein Schatten über die klinische Psychiatrie, aber auch über ihre Wissenschaftler legte und dazu verführte, die Seele nun doch wieder ins organische Hirn zu verlegen, als Spielball der Synapsen, der Rezeptoren und der biogenen Amine. Und in der klinischen Praxis wurde klar, dass der Begriff «psychogen» nur einem kleinen Reservat von Störungen zugeteilt war, manchmal fast auch ein bisschen diskriminierend, so etwa wenn in einem SUVA-Gutachten nach der «psychogenen Störung» (im Gegensatz zur «organischen» oder «endogenen») gefragt wird, was dann nur in wenigen Fällen (z.B. eines eindeutig erwiesenen PTSS) auch als Unfallfolge anerkannt wird. Dies ist dann auch mit einer ganz neuen und anderen Psychiatrie verknüpft, derjenigen der «Nomenklatura», festgelegt in den grossen kanonischen Codices der ICD und des DSM. Nur sehr zögernd und kleingedruckt wurden dort die sogenannten «psychogenen Störungen» berücksichtigt (wie z.B. in der ICD-10: «psychogener Dämmerzustand» F44.88, «psychogene Depression» F32 F33, «psychogene Psychose» F32.3., F23.3. und dann für eine ganze Reihe körperlicher Symptome: psychogene Flatulenz, «psychogene Dysphonie», «psychogene Dysmenorrhoe», psychogene Dysurie, psychogene Aerophagie, Aphonie, Anorgasmie, Appetitverlust, Diarrhoe, Dysmenorrhoe, Dyspepsie, Hyper-somnie, Kopfschmerz, Miktionsstörung, Pruritus, Rückenschmerz, Schlafumkehr, Synkope, Taubheit, Verwirrtheit usw.) – am häufigsten verwendet noch dort, wo man körperliche (nicht psychische!) Symptome als «seelisch verursacht» deklarierte, in der Psychosomatik also. Auch in psychoanalytischen Kreisen hatte man sich übrigens lange darauf beschränkt, den Begriff «psychogen» nur dort anzuwenden, wo eine körperliche Pathologie als psychisch verursacht vermutet wurde (z.B. bei Sigmund Freud: «Die psychogene Sehstörung in psychoanalytischer Auffassung» [3] oder bei Wilhelm Reich «Der psychogene Tic als Onanie-äquivalent» [4]).

Die Rückkehr des Begriffs der «Psychogenität» – ist dem zu trauen?

In diesem Journal äussert sich eine ganze Reihe kompetenter Fachleute zum Thema «Psychogenität», und man kann fragen: Ist das eine Renaissance dieses Konzepts oder die Rückkehr eines Verdrängten gar? Nun kann es dabei ja sicher nicht nur darum gehen, dem Begriff des «Psychogenen» nur

gerade nomenklatorisch oder rhetorisch wieder zu etwas mehr Ehren zu verhelfen, ihm quasi wieder etwas «psychiatric correctness» zurückzuverleihen, denn auf einen Begriff zu verzichten, wenn er unklar, verwirrend oder obsolet geworden wäre, müsste ja nicht unbedingt bedauerlich sein. Wichtig ist ja nicht in erster Linie, ob und wie man einen solchen wichtigen Terminus sprachlich verwendet, wichtig ist doch, zu wissen und sich darüber zu einigen, was denn der Begriff anzeigt und was man darunter zu verstehen hat. Es gibt die einen, wir können sie die «psychogenen Reduktionisten» nennen, die den Begriff des Psychogenen nur auf solche Verhältnisse angewendet wissen wollen, wo eindeutig nachweisbare psychische Auslöser oder Reaktionen für einen somatisch pathologischen Zustand verantwortlich gemacht werden können. Für die anderen, nennen wir sie die «psychogenen Zentristen», sollte das Psychogene auf jene Manifestationen beschränkt bleiben, die einen vermuteten psychischen Konflikt oder eine innere psychische Disparität als Grundlage haben, also die Neurosen, die Hysterie, die reaktiven psychischen Erkrankungen (also entsprechend in der ICD-10 die Gruppen F4 und F5). Für die ganz anderen – nennen wir sie die «Pan-Psychogeniker» – bezeichnet «psychogenetisch» alle psychischen Manifestationen, die nicht eindeutig und vorwiegend einer somatischen Verursachung zugeschrieben werden können, die also in ihrer Entstehung aus der jeweils individuellen Erlebnis- und Sozialgeschichte generiert wurden. Dazu würden dann die meisten psychischen Störungen gehören, auch wenn man sie «biologisch», zum Beispiel mit Medikamenten, beeinflussen kann. Mentzos zum Beispiel definiert: «Psychogenese (oder Psychozoigenese) als das Ganze der biographischen und sozialen Bedingungen und Komponenten, die durch ihren Einfluss auf die Persönlichkeitsentwicklung zur Bildung bestimmter intrapsychischer Strukturen und zu daraus resultierenden psychodynamischen Mustern führen» ([5], S. 299). Er schlägt auch vor, den «andauernden Streit zwischen Psychogenetikern und Somatikern» durch ein anderes, «psychodynamisches Grundverständnis» aus seinen «verwirrenden Gegebenheiten» zu befreien ([5], S. 148ff.). Offen zwischen diesen unterschiedlichen Konfessionen bleibt die Zuordnung der Gruppe der «Schizophrenie» und der «affektiven Störungen» (also ICD F2 und F3) – sie sind infolge dieser Unbehaustheit inzwischen weitgehend in das Herrschaftsgebiet der Biologen einverleibt worden. Die Knacknuss der klinischen Psychiatrie, nämlich die Persönlichkeitsstörungen (ICD Gruppe F6), sie bleiben dann irgendwo im psychogenetischen Niemandsland, einer ziemlichen

Schattenregion, liegen. Wo also, muss man fragen, wird sich in Zukunft die Notion «Psychogenese» einordnen lassen, warum ist sie überhaupt wichtig? Oder handelt es sich hier eher um eine historisch-nostalgische Reminiszenz, die aber in der psychiatrischen Praxis weiterhin fast ohne Bedeutung bleibt?

Die Bedeutung der Psychogenität für die dynamische Psychotherapie

Mit solcher Betrachtungsweise, könnte man sagen, erweist man der verwirrenden Lage, in welcher sich die Psychogenität befindet, keinen grossen Gefallen. Deshalb ist es angezeigt, diese konfuse Psychogenitäts-Debatte aus einem ganz anderen Blickwinkel zu beleuchten. Dies ist dann der Fall, wenn wir feststellen, dass das Konzept des «Psychogenen» von enormer und unverzichtbarer Tragweite ist, sobald wir es mit den Grundlagen dessen verknüpfen, was man als «Psychotherapie» bezeichnet. Und zwar im doppelten Sinne dieses Begriffs: Psychotherapie heisst einerseits, auf psychische Verhältnisse therapeutisch (d.h. immer auch «im heilenden Sinne verändernd») Einfluss nehmen zu wollen, andererseits heisst Psychotherapie aber auch, solche Veränderungen mit psychischen Mitteln, im Sinne eines psychischen Instrumentariums, bewirken zu wollen, zu können. Dazu bedarf es neben den Methoden (von denen es viele gibt), neben den zugrundeliegenden Ideologien und Schulen (von denen es auch nicht wenige gibt) und neben den Techniken (von denen es stets neue gibt) eines Grundverständnisses über die menschliche Psyche, das man mit dem Begriff «psychogenetisch» sehr wohl umschreiben kann. Verwendet man diesen Begriff, so enthält er ja zwei ganz wesentliche Aussagen. Erstens bekennt man sich damit zur Annahme, dass es tatsächlich eine «Psyche» gibt, und zweitens billigt man dieser damit eine «genetische Dimension» zu – nicht etwa verstanden als Ausdruck des Genoms, sondern im Sinne des Entstehens, des Werdens, des sich Veränderns. Ob es eine Seele, eine Psyche gibt und wo eigentlich ihr Sitz liege, ist eine uralte Diskussion, nur kann man auch heute noch – selbst wenn wir den Begriff des Psychischen nicht definieren können – wenigstens daran festhalten, dass die Annahme des Psychischen als determinierende Struktur des Menschen selbst dann von immenser Bedeutung ist, wenn wir sie als hypothetisches Konstrukt bezeichnen. Daniel Hell hat sich in einem engagierten Plädoyer für die Beibehaltung «des Seelischen» in der Medizin eingesetzt, in einer Art mutigem, wenn auch defensivem Rückzugsgefecht, wenn er

sagt: «Zusammenfassend ist die Seele ein unverzichtbares Symbol für das, was das menschliche Leben kennzeichnet und sich der Anonymität eines blinden Geschehens entzieht ...» [6]. Aus psychotherapeutischer Sicht könnte man es dezidierter sagen: Die Annahme der seelischen/psychischen Dimension ist eine unverzichtbare Möglichkeit, auf ein postuliertes Inneres des Menschen, auf seine geschichtliche Determinierung, ja, auf das «Geheimnis» des anderen überhaupt einzugehen. So formuliert, mag dies vielleicht etwas pastoral wirken, kann aber mit einer ganzen Reihe von durchaus praxis-orientierten Teilaspekten für die psychiatrisch/psychotherapeutische Tätigkeit nützlich und verwendbar dargestellt werden:

1. Das Konzept des «Psychogenen» erkennt die Individualität, die Einmaligkeit und Unverwechselbarkeit jedes Individuums. Und dies selbst dann, wenn man seine Phänomene in nosologischen Gruppen zusammenfasst.
2. Das «Psychogene» postuliert bei aller individuellen Einmaligkeit gleichzeitig und dennoch eine grundsätzliche Vergleichbarkeit der Individuen – seien sie nun Patienten oder Therapeuten, Schizophrene, Anorektiker oder Normopathen.
3. Die Notion des «Psychogenen» geht davon aus, dass der Mensch ein geschichtliches Subjekt sei, ein Kontinuum seiner gesamten Erfahrungen, aber auch ständiger Spielball seiner Entwicklungen.
4. «Psychogenität» enthält die Vorstellung, der Mensch sei plastisch, mehr oder weniger elastisch. Das heisst, dass sein Selbstbild den Einflüssen seiner Erfahrungen, seiner Erlebnisse, seines Willens und seiner Veränderungen ausgesetzt und zeitlebens grundsätzlich formierbar ist.
5. Psychogene Entwicklungen und Veränderungen enthalten fast immer die Dimension des «anderen», der Mitmenschen, derjenigen, die man psychoanalytisch merkwürdigerweise als «Objekte» bezeichnet. Das Subjekt ist immer auch Spiegelbild, manchmal verzerrtes, seiner Objekte (und auch diese werden oft verzerrt gesehen).
6. Optional kann man das Begriffskonzept «Psychogenität» mit den Dimensionen von «bewusst» und «unbewusst» erweitern – was zu unendlichen Erweiterungen der Vorstellungen führen kann. Das gleiche gilt, wenn man weitere Gesetzmässigkeiten (wie z.B. die Triebtheorie) hypostasiert.
7. In letzter Konsequenz bleiben die Strukturen jeder individuellen Psychogenität verborgen, verschlossen und geheimnisvoll. Die Arbeit der

Spezialisten auf diesem Gebiet – man nennt sie gemeinhin Psychotherapeuten – ist Forschungsarbeit, vergleichbar den Expeditionen von Speleologen (Höhlenforschern) und Archäologen. Mit der zusätzlichen Komplikation, dass diese Forscher und Forscherinnen ihrerseits in ihrem ganz eigenen psychogenen Kontinuum stecken und damit eo ipso kaum je zur wirklichen Objektivität gelangen. Das erreichbare Optimum ist vielleicht die «kommunikative Intersubjektivität», die dann nach Habermas [7] auch noch «herrschaftsfrei» sein müsste.

8. Psychotherapie demzufolge wäre die Methode, welche versucht, mittels der Psychogenität des einen (des Therapeuten) die Psychogenität des anderen (des Patienten) in ihrer Elastizität so zu verändern, dass Bewusstsein darüber und Handlungsfähigkeit daraus disponibler und weniger quälend oder schädigend werden (dass sie also «dynamisch» bleiben). Der Ort dieser therapeutischen Begegnung ist, ob intendiert oder nicht, die «therapeutische Beziehung».
9. Dies aber führt zu einer weiteren Komplikation: dass nämlich die Erfahrung von «Beziehung» ihrerseits bereits Teil des «psychogenen Kontinuums» ist und somit nie völlig voraussetzungslos, frei, unbelastet oder ganz von neu stattfinden kann.

Kritische Schlussbemerkung

So betrachtet, ist die Verwendung des Konzepts «Psychogenität» im psychotherapeutischen Kontext äusserst vielschichtig, ehrgeizig und anstrengend. Es ist für ein dynamisches Psychotherapieverständnis gleichzeitig unverzichtbar, aber auch verbindlich und immer mit einem «Tapsen im Dunkeln» verbunden. Kann man es deshalb so vielen Kolleginnen und Kollegen verübeln, wenn sie es vorziehen, lieber das klassische Rollenspiel von Arzt und Patient zu inszenieren, sich lieber als Geometer und Psychopathologen im wohldefinierten Gelände von ICD und DMS aufzuhalten? Mit Psychopharmaka Linderung zu verschaffen, statt sich in den Geheimnissen der Psyche zu verlieren? Und kann man sich verwundern, dass deshalb der Störbegriff «psychogen» immer wieder in Ungnade fällt? Oder noch schlimmer: zur leeren Worthülse verkommt? Nur darf man sich dann nicht wundern, wenn die ärztliche Psychotherapie in Praxis und Theorie bald einmal von anderen Berufsgruppen überholt und ausgebootet wird. Und das wäre schade, sehr schade. Nicht nur für alle klinisch und therapeutisch noch Tätigen, nicht nur für einen überaus faszinierenden und heraus-

fordernden Teil ihrer Tätigkeit, sondern auch für jene, die das Geheimnis bergen, welches sie unermüdlich lüften wollen: sie werden Patienten genannt ...

Literatur

1 Bleuler E. Naturgeschichte der Seele.
Berlin: Springer; 1921.

2 Freud S. Triebe und Tribschicksale [1915].
Frankfurt am Main: Fischer; 1966, GW X, S. 214.

3 Freud S. Die psychogene Sehstörung in psychoanalytischer Auffassung [1910].
Frankfurt am Main: Fischer; 1966, GW VII, S. 93.

4 Reich W. Der psychogene Tic als Onanieäquivalent.
Zeitschr Sexualwissenschaften 1925; XI:302–13.

5 Mentzos S. Neurotische Konfliktverarbeitung.
Frankfurt am Main: Fischer; 1990.

6 Hell D. Wird die Medizin seelenlos?
Schweiz Ärztezeitung 2005;41:2342–6.

7 Habermas J. Erkenntnis und Interesse.
Frankfurt am Main: Suhrkamp; 1973. S. 262.