

# RISS

Zeitschrift für Psychoanalyse

Freud · Lacan

Schöne neue Psychiatrie

15. Jahrgang – Heft 49 (2000/III)

Herausgegeben von

Ernst Ammann, Raymond Borens, Hans-Dieter Gondek,  
Christian Kläui, Michael Schmid

TURIA + KANT

Wien

# RISS

Zeitschrift für Psychoanalyse · Freud · Lacan  
15. Jahrgang – Heft 49 (2000/III)

ISBN 3-85132-255-X

Impressum:

RISS Zeitschrift für Psychoanalyse · Freud · Lacan  
Leonhardsstrasse 37, CH 4051 Basel  
begründet von Dieter Sträuli und Peter Widmer  
Jahrgang 15 · 2000/III

Webesite: [www.e--a.ch/RISS](http://www.e--a.ch/RISS)

Herausgeber und Redaktion:

Ernst Ammann, Raymond Borens, Hans-Dieter Gondek, Christian Kläui,  
Michael Schmid

unter Mitarbeit von:

Rudolf Bernet, Louvain – Iris Därmann, Lüneburg – Monique David-  
Ménard, Paris – Eva-Maria Golder, Colmar – Roger Hofmann, Friedrichs-  
dorf – Christoph Keul, Ohlsbach – Thanos Lipowatz, Athen – Hinrich Lüh-  
mann, Berlin – André Michels, Luxemburg – Peter Müller, Karlsruhe – Karl-  
Josef Pazzini, Hamburg – Achim Perner, Tübingen – August Ruhs, Wien –  
Regula Schindler, Zürich – Samuel Weber, Paris / Los Angeles – Peter Wid-  
mer, Zürich – Slavoj Žižek, Ljubliana

Gedruckt mit Unterstützung des Bundesministeriums für Wissenschaft und  
Verkehr in Wien und des Amts der Vorarlberger Landesregierung.

**TURIA**  

---

**KANT**

Verlag Turia + Kant  
A-1010 Wien, Schottengasse 3A/5/DG 1  
[www.turia.at](http://www.turia.at)  
email: [turia.kant@turia.at](mailto:turia.kant@turia.at)

# Inhalt

CHRISTIAN KLÄUI

Schöne neue Psychiatrie – an Stelle eines Editorials .....7

SCHÖNE NEUE PSYCHIATRIE 9

---

JOACHIM KÜCHENHOFF

Störungsspezifische Psychotherapie –  
eine Herausforderung ..... 19

CHRISTOPH KEUL

Grenzfall Diagnostik und Grenzfall-Diagnostik ..... 33

JOSEF ZWI GUGGENHEIM, PETER SCHNEIDER

Trauma ..... 71

HANS-DIETER GONDEK

Über ein nicht-psychoanalytisches Verständnis  
vom Trauma (Emmanuel Levinas) ..... 81

PATRICK BÜHLER

»Kleine Maschinen«, die »gerade oder  
ungerade« spielen ..... 101

RUDOLF BERNET

---

Zur Phänomenologie des Blicks bei Lacan  
und Merleau-Ponty ..... 121

BUCHBESPRECHUNGEN

---

Der Abraham der Psychoanalyse

KARL ABRAHAM, Psychoanalytische Studien 2 Bde,

herausgegeben und eingeleitet von Johannes Cremerius.

(Christian Kläui)..... 145

Autoren, redaktionelle Hinweise ..... 149

# Schöne neue Psychiatrie – an Stelle eines Editorials

---

CHRISTIAN KLÄUI

In den 1980er Jahren des letzten Jahrhunderts begann mit dem Erscheinen des psychiatrischen Teils der International Classification of Diseases (ICD-9 und 10) und des DSM III der American Psychiatric Association »eine neue Epoche in der Psychiatrie«<sup>1</sup>. Interessanterweise wurde der Paradigmenwechsel nicht etwa durch bedeutende Forschungsergebnisse oder neue therapeutische Errungenschaften ausgelöst, wie es Vertreter der Biopsychiatrie nachträglich gerne suggerieren, sondern durch einen Sprachwechsel im diagnostischen Bereich. Das ursprüngliche Interesse war es dabei, ein Instrument für die Forschung, insbesondere für die psychiatrische Epidemiologie zu entwickeln, das dank einer »operationalen Klassifikation psychischer Störungen« eine Verbesserung der diagnostischen Reliabilität ermöglichte. Allerdings haben sich diese neuen Klassifikationsschemata in rasantem Tempo auch im psychiatrischen Alltag durchgesetzt und das Denken und Handeln der Kliniker verändert.

Dieser psychiatrische Alltag siedelt sich in einem widersprüchlichen gesellschaftspolitischen Feld an. Die Psychiatrie erfüllt einestheils einen Ordnungsauftrag und sorgt andererseits für Wahrung und Gewährung eines Raums für individuelle Besonderheiten. Durch die Durchsetzung der neuen deskriptiven Diagnoseschemata greift heute der Ordnungsauftrag – Katalogisieren und Verwalten mit standardisierten Klassifikationsverfahren und Therapieschemata – sehr weit ins Feld der persönlichen Äusserungen ein und führt diese nicht nur einer normativen Betrachtung, sondern auch einer zunehmend normierten Behandlung zu. Dadurch hat sich die psychiatrische Auseinandersetzung im genannten Widerspruchsfeld auch vom Politischen auf das Gebiet der Wissenschaftlichkeit verlagert. Sie erscheint nun als Frage danach, was wissenschaftlich legitimiert und was effizient

ist. Diese Verlagerung auf einen Wissenschaftsstreit betrifft nicht nur die Psychiatrie insgesamt in ihrer Widersprüchlichkeit, sondern ganz besonders auch in ihrem immer schon widersprüchlichen Verhältnis zur Psychoanalyse. Die heutige mainstream-Tendenz geht in Richtung einer zunehmenden Begrenzung des Raums, der der Psychoanalyse noch zugestanden wird. Das hat wohl damit zu tun, dass die psychoanalytische Frage eine gänzlich andere ist als die nach empirischer Legitimität und Effizienz: die Frage nämlich nach Subjekt und Sinn, die Frage nach der Möglichkeit, dass jemand, der leidet, über sich, seine Geschichte, sein Leben, sein Unbewusstes nachdenken und etwas erfahren kann.

Die hauptsächlichen Weichenstellungen der ICD-10 sind bekannt und von den Herausgebern auch benannt<sup>2</sup>: Der Krankheitsbegriff wurde aufgegeben und durch den Begriff der »Störung« ersetzt, dessen Verwendung »einen klinisch erkennbaren Komplex von Symptomen und Verhaltensauffälligkeiten anzeigen« soll (23). Ebenso wurde auf Begriffsbildungen wie Neurose, Psychose, Endogenität (und dementsprechend auch Psychogenität) verzichtet, in der Absicht, einem »atheoretischen« Ansatz zu folgen (9). Dass diese Absicht weder theorielos ist, noch durchgehend konsistent umgesetzt wurde, zeigt Küchenhoff in diesem Heft.

Diese Weichenstellungen hatten zur Folge, dass die Errungenschaften der dynamischen Psychiatrie und der Psychoanalyse aus der offiziellen psychiatrischen Diagnostik verschwunden sind. Der Andere, an den sich die psychiatrische Wissenschaft heute wendet, ist nicht das Subjekt insofern, als es spricht. Das Bestreben, mittels global einsetzbarer, kulturunabhängiger Diagnosemanuals einen allgemeingültigen Konsens zu schaffen, der den »subjektiven Faktor« aus dem Beobachtungsfeld eliminiert, führt notgedrungen dazu, dass das biologische Erklärungsmodell verallgemeinerte Geltung bekommt. Dass der Referent der neuen Diagnoseinstrumente letztlich ein geschichtsunabhängig gedachtes biologisches Substrat ist, zeigt sich etwa in der Überzeugung seiner Schöpfer, dass erst zukünftige Methoden physiologischer und biochemischer Messungen zu klaren Unterscheidungen depressiver Störungen führen werden (29). Die Herausgeber der deutschen Fassung der ICD-10 mahnen wohl zur Bescheidenheit, man dürfe nicht vergessen, dass deskriptive Diagnostik nicht alles sei und dürfe die Psychodynamik und die individuellen Besonderheiten des einzelnen Patienten nicht aus

dem Auge verlieren (10). Aber genau das scheint eine der hauptsächlichen Wirkungen des Siegeszuges dieser deskriptiven Diagnostik zu sein, dass man aus dem Auge verliert, was nicht codierbar ist, und dass die mit ihr identifizierten »Störungen« in einen direkten Bezug gesetzt werden zu therapeutischen – und das heisst biopsychiatrischen, psychopharmakologischen – Eingriffen.

Wenn es denn so ist, dass die Götter die Diagnose vor die Therapie gesetzt haben, so stellt sich die Gretchenfrage, wie es die Psychoanalyse mit dieser deskriptiven, am Begriff der Störung orientierten Diagnostik haben kann. Faktisch ist sie heute den Widersprüchen voll ausgesetzt: Sie versucht sich einesteils in störungsspezifischen Psychotherapieansätzen im psychiatrischen Feld, wie es von den deskriptiven Klassifikationen abgesteckt ist, zu behaupten. Und sie versucht andernteils den deskriptiven Modellen ihr eigenes Symptomverständnis entgegenzuhalten, das das Symptom immer als Epiphänomen von strukturellen Bedingungen, die einer eigenen Logik folgen, ausweist. Sie hält dann daran fest, dass es Beobachtungen anderer Art sind, aus denen die Konzepte hervorgehen, die ein psychoanalytisches Intervenieren anleiten: Nicht die psychiatrische Phäno-graphie, sondern die aus dem Sprechen mit dem Patienten gewonnenen Aufschlüsse über dessen Stellung zur symbolischen Kastration, über seine Position im Ödipuskomplex und über sein Phantasma sind entscheidend. Kriterien also, die eine Theorie des Subjekts voraussetzen und die Beobachtung auf dieses ausrichten. Die Vorstellung, therapeutische Konzepte auszuarbeiten, die für ein bestimmtes, deskriptiv diagnostiziertes Störungsbild geeignet sind, kann damit kaum als vereinbar bezeichnet werden.

Wie Küchenhoff aufzeigt, weist der störungsspezifische Ansatz allerdings auch auf ein Problem hin, dem die Psychoanalytiker in ihrer klinischen Praxis gewiss immer Rechnung getragen haben, das aber in der psychoanalytischen Theorie doch eigenartig unterbelichtet bleibt: Die Grenzen nämlich, die das Symptom selbst der analytischen Arbeit setzen kann. Das reale Wirken des Symptoms kann es erforderlich machen, zuerst die Bedingungen zu schaffen, die ein Sprechen überhaupt erst ermöglichen, z. B. bei schweren Zwangsneurotikern, die den Weg in die analytische Praxis gar nicht mehr schaffen oder wegen ihrer Zwangsrituale dafür Stunden und Stunden brauchen. Küchenhoff zeigt auch, dass das Ausblenden der nicht verstehbaren Anteile des Sym-

ptoms eine geteilte, interpersonale Abwehr in der Therapie sein kann, wenn z. B. die reale körperliche Einschränkung und Gefährdung bei Anorexiiekranken nicht angegangen wird, was »oft genug die unbewusste Einigung der Patienten und des Therapeuten [darstellt], über den leiblichen und irdischen Dingen zu stehen und gleichsam omnipotent-vergeistigt Therapie machen zu können«.

Eine allzu »reine« Auffassung von Psychoanalyse kann eben auch die Gefahr bergen, dass sich der Wunsch, sich den Anschein zu geben, Analytiker zu sein, dem Begehren des Analytikers, dafür zu sorgen, dass das Sprechen sich ereignen kann, entgegensetzt. Die Herausforderung für die Psychoanalyse könnte es also sein, über Konzepte nachzudenken, wie man dort interveniert und/oder einen Schnitt setzt, wo das Sprechen nicht mehr möglich ist. Dass dies in einer gegebenen Realität des psychiatrischen Diskurses und der psychiatrischen Institution stattfindet, enthebt nicht davon, immer wieder auf der kritischen und – als Theorie des Subjekts – einzigartigen Position der Psychoanalyse zu bestehen.

Allerdings lässt sich auch nicht leugnen, dass die Psychoanalyse auch Geburtshelferdienste für die Konzepte der ICD geleistet hat. Das gilt insbesondere für die »Persönlichkeitsstörungen«: Dem unter dem Einfluss der *psichiatria democratica* und der Antipsychiatrie stark hinterfragten und zurückgedrängten Konzept der Psychopathie hatte vor allem die Psychoanalyse etwas entgegenzusetzen, nämlich ihr Modell der Charakterneurosen und dann, entscheidend, das Borderline-Modell in der von Kernberg entwickelten Form. Daraus ist dann eine bunte Diagnosenpalette vielfältiger Persönlichkeitsstörungen hervorgegangen. Auch wenn die ICD den psychodynamischen Hintergrund von Kernbergs Konzepten fallen liess, ist es doch bemerkenswert, dass der Begriff »borderline personality disorder«, der mit seinem Namen für seine Herkunft aus dem verworfenen Neurose-Psychose-Modell steht, eines der ganz wenigen Relikte aus der Psychoanalyse ist, die in der ICD (noch) überlebt haben. Die Verwendung des Begriffs »Borderline« hat dabei selbst eine aufschlussreiche Wandlung in die Richtung der Störungsdiagnostik durchgemacht, bei der die Aspekte, die seine Grenzposition zwischen Neurose und Psychose begründen – z. B. die minipsychotischen Episoden –, in den Hintergrund gedrängt wurden durch eine Fokussierung auf stark agierende Verhaltensauffälligkeiten, wie Keul in diesem Heft zeigt.

Keul sieht, im Unterschied zu Küchenhoff, keine Möglichkeit, eine am Symptom orientierte Diagnostik als Ausgangspunkt psychoanalytischer Überlegungen geltend zu machen, und er legt die Grundzüge einer aus dem psychoanalytischen Denken selbst hervorgehenden Diagnostik dar, die sich an der Analyse der diskursiven Formationen ausrichtet. So kann er Kernbergs Borderline-Konzept mit einer am strukturellen Modell Lacans ausgerichteten Diagnostik vergleichen und kritisch hinterfragen. In seinem Seminar über die Angst hat Lacan den Versuch, die Persönlichkeitsstörungen als »Subjekt-Spezies« zu betrachten, zurückgewiesen und gefordert, sie unter dem Gesichtspunkt des acting out zu verstehen.<sup>3</sup> Auf dieser Linie liegen auch Keuls Ausführungen, der Kernbergs Modell Überlegungen zur agierenden Übertragung entgegensetzt.

Die neuen diagnostischen Systeme haben, was die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung anbetrifft, ihre weitreichendsten Folgen wohl im Feld der Neurosen: Dadurch dass die Konstruktbegriffe Neurose und Psychogenität in der ICD fallen gelassen wurden, haben nicht nur die störungsspezifischen Psychotherapien, vor allem in ihren verhaltenstherapeutischen Spielarten, enormen Einfluss gewonnen, sondern in erster Linie die pharmakotherapeutischen Strategien. Die deskriptive Diagnostik bietet sich in idealer Weise als Partner der psychopharmakologischen Therapie an: Es muss nur gelingen nachzuweisen, dass ein bestimmtes Mittel bei einem bestimmten Störungsbild wirksam ist, und schon ist die Sache perfekt. Man muss sich nicht mehr um verdeckte Sinnzusammenhänge, um konfliktvolle Motivierungen und um die unbewusste Frage des Subjekts kümmern, man kann einfach eine Störung eliminieren. Dass die Sache auch in der umgekehrten Richtung funktioniert, hat Michelle Cottle am Beispiel der »sozialen Phobie« gezeigt<sup>4</sup>: Diese, erst 1980 im DSM III eingeführte Störung hat seither ihre Verbreitung in der amerikanischen Bevölkerung von 2-3 % auf 13% erhöht und ist hinter den Depressionen und der Alkoholkrankheit zum dritthäufigsten psychischen Leiden avanciert. Voraussetzung für diesen Höhenflug war eine Modifikation der Diagnosekriterien, die weniger streng wurden. Cottle zeigt, dass dies im Interesse verschiedener Gruppierungen geschah: Die »soziale Phobie« lässt sich mit bestimmten Antidepressiva behandeln, was den Pharmafirmen einen enormen Absatzmarkt erschliesst. Für die pharmakotherapeutisch tätigen Psychiater ist es wichtig, die Störung codieren zu können, damit die Behandlung von den

Krankenversicherungen übernommen wird. Aber auch von Patienten- und Angehörigenseite kann ein Interesse an griffigen, effizienten Behandlungen bestehen, die Problematisches und Konflikthafes im Lebensumfeld auf sich beruhen lassen. So hat auch ein Bündnis verschiedener Nonprofit-Organisationen – mit Unterstützung der Pharmaindustrie – eine Kampagne zur Bewusstseinsförderung über dieses Leiden mit dem Slogan »Stell dir vor, du bist allergisch gegen Menschen« lanciert. Und in den chat rooms des Internet kann man Erfahrungen über Medikamente austauschen und Tips für die besten und schnellsten Therapien bekommen. Die Psychoanalyse liegt da hoffnungslos quer dazu.

Cottle zitiert den vorsichtigen David Healy, Direktor des North Wales Department of Psychiatry: »Offensichtlich produzieren Pharmafirmen Medikamente, aber weniger offensichtlich ist, dass sie Ansichten über Krankheiten herstellen. Nicht, dass diese in pharmazeutischen Labors neue Ideen aushecken würden, aber sie verstärken gewisse mögliche Ansichten selektiv«.

Das Diagnose-Design ist zu einem wichtigen Marktfaktor geworden, wie man auch an andern Beispielen, etwa dem »chronic fatigue syndrome« zeigen könnte. In den letzten Jahren haben vor allem die neueren Antidepressiva des SSRI-Typs Neuzulassungen für verschiedene »Störungen« bekommen: Zwangsstörungen, Panikattacken, Bulimie, Sozialphobie. Die Antidepressiva erreichten 1999 allein in der Schweiz ein Umsatztotal von 163 Millionen Franken – was fast der vierfache Umsatz der Neuroleptika ist – mit einer Wachstumsrate von 20%. Wie umkämpft der Markt ist, merkt jeder praktisch tätige Psychiater, der von Pharmavertretern hofiert wird wie in den guten alten Zeiten vor der »Mengenausweitung« in der Branche.

Elisabeth Roudinesco stellt die These auf, dass seit 1989 die neuen demokratischen Ordnungen darauf aus seien, die Idee des sozialen Konflikts aufzugeben und anstelle des Konfliktmodells eine Strategie der Normalisierung zu implantieren. So löse die Ära der Individualität diejenige der Subjektivität ab: »Wenn er sich selbst die Illusion einer Freiheit ohne Einschränkung gibt, einer Unabhängigkeit ohne Begehren und einer Historizität ohne Geschichte, so ist der Mensch von heute zum Gegenteil eines Subjekts geworden. Weit davon entfernt, sein Sein vom Bewusstsein der unbewussten Determinationen, die ihn beunruhigen, her aufzubauen ... hält er sich für den Meister eines Schicksals, dessen Bedeutung er auf eine normative Forderung redu-

ziert.<sup>5</sup> Diese Substitution »wird von einer Valorisierung der psychologischen Vorgänge der Normalisierung begleitet zum Nachteil der verschiedenen Formen der Exploration des Unbewussten«<sup>6</sup>. Dem entspreche, dass das Leitleiden unserer Zeit die Depression sei, die nicht in Termini des Konflikts, nicht als Neurose oder als Psychose gedacht werde, sondern als Defizit, als Mattigkeit, als Schwund und die die Geschichte der Unauffindbarkeit des Subjekts sei.

Wie man sich zu solch verallgemeinernden Überlegungen stellen will, sei dahingestellt, jedenfalls ist es gewiss kein Zufall, dass die Antidepressiva zur Leitdroge der aktuellen Psychiatrie geworden sind.

Auf einer direkter beobachtbaren Ebene lässt sich sicher feststellen, dass die Freudsche Idee des Unbewussten ins literarische Abseits zu geraten droht und nicht nur bei den Vertretern der sogenannten Neurosciences auf Verständnislosigkeit stösst, sondern auch in Misskredit geraten ist bei so einflussreichen Autoren wie Grünbaum oder Masson, die einen frühen »wissenschaftlichen« Freud gegen den psychoanalytischen Freud auspielen wollen. Man kann wohl erwarten, dass das Gespräch mit den Neurowissenschaften erst ansetzt, denn je differenzierter deren Ergebnisse werden, desto interessanter werden sie für die Psychoanalyse und desto interessanter dürfte diese auch für die Neurowissenschaften werden, sofern sie sich nur soweit behaupten kann, dass sie überhaupt zur Kenntnis genommen wird. Dies gilt sicher vor allem für die strukturell und linguistisch argumentierenden Versionen der Psychoanalyse. Auch wenn gerade bei diesen die Frage sich zuspitzt, wie sich die neurowissenschaftliche Orientierung am Bild-Schirm mit der psychoanalytischen an der Wort-Kur aufeinander beziehen lassen.

Hingegen hat die von Masson und andern geforderte Rückwendung zur Verführungstheorie zentrale Auswirkungen auf das Verständnis des Unbewussten, wo die alten Vorstellungen der Dissoziation und des Automatismus wieder Einzug halten. Der entscheidende Begriff in dieser Umorientierung ist der Begriff des Traumas, dem die Untersuchung von Guggenheim und Schneider in diesem Heft gilt. Wenn – vielleicht manchenorts mit umgekehrten Vorzeichen auch von Seiten der Psychoanalyse – der Versuch gemacht wird, reale Traumatisierungen gegen phantasmatische Konstruktionen auszuspielen, so verliert man die entscheidenden Verständnis- und Interventionsmöglichkei-

ten, die die Psychoanalyse mit ihrer Theorie der Nachträglichkeit bereitstellt. Anhand der auch in der ICD-Diagnostik festgehaltenen Latenz, die zwischen dem Trauma und der »posttraumatischen Belastungsstörung« liegt, entwickeln Guggenheim und Schneider ein differenziertes Traumaverständnis, das das Trauma nicht nur als Ursache, sondern auch als Resultat eines nachträglichen Interpretationsvorgangs erkennbar macht. Denn die Psychoanalyse beharrt darauf, dass die Theorie des Traumas das Reale, nicht Verstehbare bedenken muss. Dieses komplexe Verständnis fehlt in vielen heutigen Debatten, die auf ein einfaches Opfer-Täter-Schema fokussiert sind, das der Rückwendung zur Verführungstheorie entspricht, wenn die Fragen, die das Problem der Latenz stellt, nicht bedacht werden.

In ganz anderem Zusammenhang hat auch Emmanuel Levinas den Traumabegriff aufgenommen und einer ganz eigenen Bearbeitung unterzogen. Darüber schreibt Gondek, der in seinem Beitrag der Frage nachgeht, was es mit der auffälligen Verwendung einer explizit psychopathologischen Terminologie im zweiten Hauptwerk von Emmanuel Levinas, *Autrement qu'être ou au-delà de l'essence*, auf sich hat. Was ist ihre Funktion? In welchem Verhältnis steht sie zu Psychiatrie und Psychoanalyse? Oder lassen sich vielleicht noch andere Quellen ausmachen, aus denen Levinas geschöpft haben könnte?

Das Heft wird abgeschlossen von einem Artikel Bühlers zur Theorie des Detektivromans, auf den der Autor Lacans Überlegungen zum »gerade oder ungerade«-Spiel und zu den Verstrickungen einer dualen imaginären Situation anwendet, und von einer Arbeit Rudolf Bernets, der Lacans Analyse des Schautriebs im Kontext der phänomenologischen Thematisierung des Blicks (Husserl, Sartre, Merleau-Ponty und Levinas) liest und eine innige, wenn auch nicht immer offensichtliche Verwandtschaft in den Fragstellungen zeigt. Im Schlussteil dieses Beitrags wird das phänomenologisch geschärfte Verständnis des Blicks dann an der Frage des Blicks in der Psychose erprobt.

Es folgen wie üblich Rezensionen, unter anderem auch zu Neuerscheinungen zum Thema Trauma.

## ANMERKUNGEN

- 1 Diese Einschätzung, die Prof. U. H. Peters im Geleitwort zur deutschen Ausgabe der ICD-10 in seiner Eigenschaft als Präsident der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde stolz verkündete, hat sich seither gewiss bestätigt.
- 2 Die folgenden Seitenangaben beziehen sich auf: Weltgesundheitsorganisation, *Internationale Klassifikation psychischer Störungen*, Bern: Hans Huber 1982.
- 3 J. Lacan, *Seminar X, Die Angst*, übers. von G. Schmitz, Sitzung vom 30.1.1963, unver.
- 4 M. Cottle, *Diagnose Menschenscheu. Die Erfindung der Krankheit »Sozialphobie« durch Ärzte und Pharmafirmen*, in: Neue Zürcher Zeitung, Nr. 66, 2000.
- 5 E. Roudinesco, *Pourquoi la psychanalyse?*, Paris: Fayard 1999, 14.
- 6 ebd., 18.