

Siegfried Zepf (Hg.)

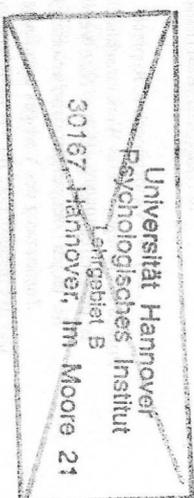
Diskrete Botschaften des Rationalen

Psychoanalyse jenseits des Common-sense

Mit Beiträgen von

Herbert Greß
Sebastian Hartmann
Hans-Dieter König
Detlef Michaelis
Volker Roelcke
Siegfried Zepf

AUSGESCHIEDEN



Vandenhoeck & Ruprecht
Göttingen · Zürich

HERBERT GREß

Ein gesellschaftlich verordneter Rückzug

Über das Verschwinden der Hysterie

Psychogene Körperstörungen sind seit langem überliefert. Was wir heute Hysterie nennen, wurde bereits vor 4000 Jahren in ägyptischen Schriftrollen beschrieben. Ausgehend von der Annahme, daß sich in der hysterischen Symptombildung nicht nur Einzelschicksale, sondern auch gesellschaftliche und kulturelle Phänomene abbilden, will ich mit Blick auf den historischen Kontext fragen, ob sich in unserer Zeit bemerkenswerte Symptomwandlungen bei den hysterischen Erkrankungen nachweisen lassen und in welcher Beziehung diese zu anderen gesellschaftlichen Phänomenen stehen. »Klassische« hysterische Symptome, wie etwa der »Arc de cercle«, sind fast völlig verschwunden. Dagegen meinen wir heute, präödiopale Störungen besser diagnostizieren und von den »reiferen« neurotischen Störungen abgrenzen zu können. Spielen sich Konflikte heute mehr im Bereich des Narzissmus ab? Oder haben narzißtische Störungen, Borderline-Zustände und psychosomatische Störungen nicht wirklich zugenommen, sondern sind lediglich Ausdruck einer veränderten Sichtweise oder neuen diagnostischen Wahrnehmung? Ich will diesen Fragen nachgehen und zeigen, daß die Hysterie zu allen Zeiten in mystifizierter Form auch eine Pathologie oder Insuffizienz der Gesellschaft aufzeigte und dadurch bestimmte gesellschaftliche Reaktionen herausforderte. Was will uns die Hysterie heute mitteilen, und wie verhält sich die Gesellschaft – speziell auch die moderne Medizin – zu ihr? Zwingt die Gesellschaft die Hysterie, ihren kritischen Impetus zunehmend zu verleugnen und Krankheit in gesellschaftlich akzeptierter Form vorzubringen?

Historisches

Schon im altägyptischen Papyrus Kahoun (um 2000 v. Chr.) werden Zustände geschildert, die wir heute hysterisch nennen. Die ägyptischen Ärzte des Altertums formulierten die pathogenetische Theorie von Lageveränderungen der Gebärmutter oder von einem Herumwandern des Uterus im ganzen Körper. Durch diese unruhige Gebärmutter komme es dann zu vielfältigen Beschwerden. Im Papyrus Ebers (um 1600 v. Chr.) finden wir ein Rezept »zur Rückführung des Uterus an seinen Platz« (SOURNIA et al 1980, S. 133). Ob es sich hier um ein Mittel gegen Uterussenkung oder gegen hysterische Beschwerden handelt, bleibt offen.

HIPPOKRATES (460–370 v. Chr.) übernahm das Konzept der wandernden Gebärmutter aus der altägyptischen Medizin und formulierte im Corpus Hippocraticum: »Wenn die Frau mit dem Manne keinen Geschlechtsverkehr hat (...), so dreht sich ihre Gebärmutter im (ganzen) Leib (herum)« (zit. n. SCHRENK 1970, S. 254). Durch mangelnden Sexualverkehr kommt es nach HIPPOKRATES zu einer Störung im Mischungsverhältnis der vier Körpersäfte (Blut, Schleim, gelbe Galle, schwarze Galle) und infolgedessen zu einem Feuchtigkeitsmangel des Uterus, worauf dieser unruhig wird, den ganzen Körper durchzieht und mannigfaltige Symptome verursacht.

Eindrucksvoll drückt PLATON (428–348 v. Chr.) in seinem Timaios (entstanden vor 347 v. Chr.) die vermuteten Zusammenhänge aus:

»Die Gebärmutter ist ein Tier, das glühend nach Kindern verlangt. Bleibt dasselbe nach der Geburt lange unfruchtbar, so erzärt es sich, durchzieht den ganzen Körper, verstopft die Luftwege, hemmt die Atmung und drängt auf diese Weise den Körper in die größten Gefahren und erzeugt allerlei Krankheiten« (zit. n. HAAS 1976, S. 120).

Hier drückt sich nicht nur der Wunsch nach mehr Kindern aus, für den es eine Reihe gesellschaftlicher und machtpolitischer Gründe gab. Man kann das Zitat auch als patriarchalische Drohgebärde lesen, die an die Frau gerichtet ist und die im Klartext etwa so lauten könnte: Sei brav und angepößt, verweigere dich nicht den

sexuellen Wünschen deines Mannes, gebäre Kinder und füge dich in deine gesellschaftlich vorgegebene Rolle. Wenn du das nicht tust, wirst du krank und mußt sehr viel leiden.

Die Überlieferungen aus dem Altertum lassen erkennen, daß den Ärzten und Denkern des Altertums durchaus schon bekannt war, daß die Hysterie Einflüsse aus dem Bereich der Sexualität und des Beziehungslebens unterliegt. Ferner können wir sehen, daß auch gesellschaftliche Einflüsse und Interessen Krankheitsverständnis und Krankheitsverläufe wesentlich mitprägten. Diese Kenntnisse blieben aber noch sehr vage und jenseits tieferer Reflexion und führten über vier Jahrtausende nicht zu einem tieferen Verständnis jener vermeintlichen Frauenkrankheit, die seit dem griechischen Altertum ihren Namen 'Hysterie' beibehalten hat.

Das Mittelalter brachte ein völlig neues Erklärungsmodell für hysterische Störungen hervor, die Besessenheit.

»Die Sexualisierung der theologischen Erbsünde, die restlose Abwertung der Frau, die bei Thomas von Aquin ihren Höhepunkt fand, der sie als »animal imperfectum« bezeichnet hatte, das lediglich der gottgewollten Intention der Natur als Gattungszweck diene, waren geeignete Denkmotive, die zu der Vorstellung von der Frau als »Hexe« im christlichen Sinn führen konnten« (LEIBRAND u. LEIBRAND 1972, S. 627).

Altheidnische Einflüsse, neu auftretende Ketzereibewegungen und dämonologische Auffassungen im Christentum verbanden sich auf verhängnisvolle Weise. Der ausgesprochene Hexenwahn vom 14. bis zum 17. Jahrhundert ist ein sozialpsychologisches Phänomen, das mit dem Umbruch der geistigen, religiösen, politischen und gesellschaftlichen Verhältnisse und der damit verbundenen allgemeinen Verunsicherung und Orientierungslosigkeit in Beziehung steht. Um so heftiger fielen die Kämpfe um die geistliche und weltliche Macht aus. Die in der Hierarchie ganz unten angesiedelten Frauen waren in besonderer Weise die Leidtragenden.

Die häufig schlagartig einsetzenden, hochdramatischen Symptome und Ausnahmezustände der mittelalterlichen Hysterika führten zu der Annahme, daß böse Geister in sie eingingen seien. Dies stellte man sich ganz konkret vor, indem man die Frau der geschlechtlichen Verbindung mit dem Teufel bezichtigte und

die genannten psychischen Auffälligkeiten als »Stigmata diaboli« interpretierte.² Pseudowissenschaftlich unternuert, ritualisiert und mit dem Anspruch auf Legalität (durch verbindliche gesetzliche Regelungen) wurde »christlicher« Exorzismus betrieben. Das angeblich humane Ziel war, besessene Menschen von ihrem Leid zu befreien, doch handelte es sich in Wahrheit um den Inbegriff obrigkeitlichen Terrors. Schon zu Beginn des 14. Jahrhunderts wurde durch die päpstliche Bulle »Super illius specula« (1326) Hexerei, Zauberei und Ketzerei gleichgesetzt, so daß die Inquisition die Befugnis erhielt, alle zu verfolgen, die nicht »rechtgläubig« waren (DELUMEAU 1978, S. 513). Im »Hexenhammer«, einem für die Gerichtspraxis maßgeblichen Gesetzbuch, das im Auftrag von Papst INNOENZ VIII. 1484 verfaßt wurde, finden sich zahlreiche Beschreibungen, die nur einen Schluß zulassen, daß es sich bei den dort geschilderten »Hexen« und ihren Opfern überwiegend um Frauen mit hysterischen Störungen handelte (s.a. SPRENGER u. INSTTORIS 1982).

Im 17. Jahrhundert legte die katholische Kirche unter dem Druck der Reformation ihre Riten in verbindlicher Form fest. Hier tauchten gleichsam differentialdiagnostische Überlegungen auf, wie Besessenheit von seelischen Störungen abzugrenzen sei. Im »Rituale Romanum« von 1614 finden wir drei Zeichen aufgeführt, an denen Besessene erkennbar und von Melancholikern unterscheidbar seien: 1. Ein Besessener kann eine ihm unbekannte Sprache mit mehreren Worten sprechen und verstehen; 2. Er hat Kräfte, die über sein Alter und seine Konstitution hinausgehen; 3. Er kann Entremtes und Verborgenes offenbaren (ERNST 1979, S. 718). Solche Erscheinungen finden wir in klassischen Krankengeschichten hysterischer Patienten wieder, während die hysterischen Patienten heutzutage oft weniger spektakulär erscheinen.

Während der dritten Periode des Hexenwahns (1430–1540) entwickelte der kritisch zu seiner Zeit und der damaligen Medizin eingestellte Arzt, Naturforscher und Philosoph PARACELSUS (1493–1541) seine eigenständige Vorstellung von der Hysterie. Er vertrat die Auffassung, daß die Frau mit dieser Erkrankung an Wesen, Wert und Würde des »Großen Kosmos« teilhabe. Dadurch, daß die Frau gebärt, müsse sie neben ihrem eigenen Mikrokosmos alle Qualitäten und Kräfte des Makrokosmos im Sinne einer Matrix in sich tragen. Dies sei der Grund, weshalb sie mehr

leiden und Krankheit erdulden müsse als der Mann, denn zu den »hinfallenden Siechtagen«, den Anfallsleiden, kämen bei der Frau noch die »hinfallenden Siechlage der Mutter«, wie er die hysterischen Anfälle nannte (vgl. SCHRENK 1970, S. 258). PARKATER« wirkt wie eine Metapher für das gesellschaftliche Leiden der Frau.

Auf Einflüsse der komplexen wirtschaftlichen und sozialen Bedingungen und Veränderungen jener Zeit, der religiös-geistig-tastrophen wie Kriege und Epidemien, kann hier nicht weiter eingegangen werden. Mühselos aber läßt sich aus den Darstellungen die enge Verflechtung der Hysterie mit gesellschaftlichen Einflüssen sowie der Sexualität und der Beziehungsgestaltung zwischen Mann und Frau erkennen. Frauen galten als triebhaft und minderwertig (»animal imperfectum«), und mußten extrem unter den gesellschaftlichen Bedingungen leiden, denn alles Triebhafte war verpönt und wurde heftig abgelehnt. So wurden triebhafte Regungen auf die Frau projiziert, die angeblich dem Teufel in Beziehung stand. Das bedeutete gleichzeitig mit Über-Ich-Entlastung für den Mann, denn nun waren die Frau und der Teufel für alles Triebhafte, Verwerfliche, Sexuelle verantwortlich (s.a. MENTZOS 1980). Hinter der Vorstellung von der »Besessenheit« ist im übrigen das heute noch gültige Konzept der Dissoziation, der Aufspaltung in zwei Bewußtseinszustände, erkennbar.

Es fällt nicht schwer, in dem hysterischen Aufbegehren eine unbewußte Protestbewegung gegen unerträgliche soziale Zustände, Gewalt Herrschaft, Unterdrückung und Triebfeindlichkeit zu sehen. Im hysterischen Aufbegehren zeigt sich ein mystifizierter Kampf um Emanzipation, in dem auch ein Wunsch nach sexueller Befreiung erkennbar wird. Dies erklärt auch die heftigen, gewaltvollen Repressionen der geistlich-weltlichen Machthaber, die angesichts solcher emanzipatorischer Strebungen um ihren Einfluß bangten und alles unternahmen, die bestehenden gesellschaftlichen Zustände und Machtverhältnisse »auf Teufel komm raus« zu erhalten und zu stabilisieren. Im ganzen aber blieb die Gewalt nutzlos. Die Hexen trotzten ihren Verfolgern. Die Hexenbewegung ließ sich trotz allen Terrors nicht unterdrücken.

Diffamierung und Denuziation wurden im großen Stil gefördert. Obwohl die Ketzergerichte unermessliches Leid über die Menschen brachten, glich ihre Tätigkeit immer mehr einer Sisyphearbeit. Hysterische Symptome schienen gerade durch die Ketzergerichte erst recht aufzublühen. Hier entlarvte sich grausame Gewalt Herrschaft, die zunehmend auch den Widerstand kritischer, human empfindender Menschen herausforderte. Etwa ab der Mitte des 16. Jahrhunderts nahmen Männer und Frauen aller Glaubensrichtungen verstärkt den Kampf gegen die Hexenverfolgungen auf.

Neurotische Bedürfnisse scheinen sich in Modelle einzupassen, die im gesellschaftlichen Bewußtsein vorhanden sind. Der Idee von der Besessenheit und der Existenz eines Teufels stehen Vorstellungen von Heiligen und Göttlichem gegenüber. Der italienische Jesuit SCARAMELLI unterscheidet in »Discernimenti de'spiriti« (1756) einen engelhaften und einen teuflischen Geist. Diese könnten Erleuchtungen, Stimmen und Ekstasen im Menschengeist bewirken. Was SCARAMELLI beschreibt, entspricht nach WYRSCH (1980, S. 970) nichts anderem als hysterischem Verhalten, das mal »teuflisch«, mal »heilig« in Erscheinung treten kann. Auch FREUD (1923, S. 317) weist darauf hin, daß mehrere Autoren, voran CHARCOT, in der Besessenheit ebenso wie in der Verzückung, Äußerungsformen der Hysterie sahen. Das heißt, daß auf Grund der gesellschaftlichen Vorgaben die Hysterie nicht nur in der Besessenheit, sondern auch im Sinne einer durch die christliche Tradition geheiligten Symptomatologie, in der »Heiligkeit« ihren Ausdruck finden konnte.

FREUD bezieht die grundsätzliche Position, daß die Besessenheiten früherer Zeiten unseren Neurosen entsprechen. »Die Dämonen sind uns böse, verworfene Wünsche, Abkömmlinge abgewiesener, verdrängter Triebregungen.« (FREUD 1923, S. 318). Besessenheit und Heiligkeit gehören für ihn sehr eng zusammen; sie haben sogar einen gemeinsamen Ursprung. In »Totem und Tabu« weist er auf die »ursprüngliche Übereinstimmung des Dämonischen und des Heiligen« hin (FREUD, 1913, S. 84). Für beide sei charakteristisch, daß sie tabu sind, also nicht berührt werden dürfen. In der Doppeldeutung des Wortes Tabu (heilig und unrein) kommt nach FREUD diese Ambivalenz deutlich zum Ausdruck. Tabu bezeichnet also eine Ambivalenz und alles, was aus

ihre erwächst. Ein Tabu-Verbot ist das Resultat einer Gefühlsambivalenz. Verletzung des Tabus bewirkt ein entsetzliches Schuldgefühl. In »Der Mann Moses« untersucht FREUD (1939, S. 228) den »merkwürdigen Begriff der Heiligkeit« weiter: »Wir wollen von dem Verbotsscharakter ausgehen, der so fest an Heiligen haftet. Das Heilige ist offenbar etwas, was nicht berührt werden darf. Ein heiliges Verbot ist sehr stark affektiv betont, aber eigentlich ohne rationale Begründung«. FREUD kommt zu dem Schluß,

»daß das Heilige ursprünglich nichts anderes ist, als der fortgesetzte Wille des Urvaters. Damit fielen auch ein Licht auf die bisher unverständliche Ambivalenz der Worte, die den Begriff der Heiligkeit ausdrücken. Es ist die Ambivalenz, die das Verhältnis zum Vater überhaupt beherrscht. »Sacer« bedeutet nicht nur heilig, geweiht, sondern auch etwas, was wir mit Verachtung, Verabscheuenswert übersetzen können. Der Wille des Vaters aber war nicht etwas, woran man nicht rühren durfte, (...) sondern auch etwas, wovor man erschauerte, weil es einen schmerzlichen Triebverzicht erforderte« (FREUD 1939, S. 229).

Setzt man für den Willen des Vaters bei FREUD den Willen der weltlichen und geistlichen Obrigkeit, so leuchtet vor diesem Hintergrund unmittelbar ein, daß die frauenfeindliche und triebfeindliche mittelalterliche Gesellschaft in den Menschen sehr viel Ambivalenz erzeugt haben muß, die eine individuelle ödipale Konfliktthematik verstärkte. Ob nun eine neurotische Symptomatik in einem heiligen oder in einem teuflischen Gewande daherkam, sie war beide Male Ausdruck des gleichen Konflikts und kennzeichnet lediglich die unterschiedlichen Seiten der Ambivalenz. So wird auch verständlich, daß die hysterischen Delirien der Nonnen des Mittelalters aus schweren Gotteslästerungen und ungezügelter Erotik bestanden, worauf FREUD (1892, S. 14) unter Berufung auf CHARCOT, der sich eingehend mit den Hysterien des Mittelalters befaßt hatte, hinweist.

Wenn wir mit FREUD davon ausgehen, daß Neurosen in einem zeitgeschichtlichen und gesellschaftlich vorgegebenen Gewande erscheinen, so bezieht der neurotische Mensch in einer geheiligten oder dämonischen Symptomatologie auf eine verzerrte Weise Stellung zu gesellschaftlichen Phänomenen und wirft der Gesellschaft in karikaturhaft verzerrter Form ihre Widersprüche und Fehlentwicklungen vor. Dabei kann es dem Neurotiker bisweilen

sogar gelingen, gesellschaftliche Verhältnisse, Gewalt, Terror oder religiöse Unterdrückung offen sichtbar zu machen oder zu entlarven, was schließlich einen breiteren Widerstand mobilisieren kann.

Religiöse Aspekte spielten im Alltag der Menschen des Mittelalters eine große Rolle. Deshalb ist es nicht verwunderlich, daß religiöse Themen auch in neurotischen Formen verzerrt und gestaltet wurden. Sieht man von solchen naiven »heiligen« oder »teuflischen« Gebärden ab, stellt sich darüber hinaus die Frage, ob die durch die Kirche Geheiligten nicht auch etwas mit dem Problem der Hysterie zu tun haben. Immerhin haben sie ihr Anliegen häufig demonstrativ und appellativ vorgebracht und wichen von ausgetretenen gesellschaftlichen Pfaden ab. Wir haben gesehen, daß ein an die Gefühle appellierendes, dramatisches und alarmierendes Verhalten gerne als hysterisch bezeichnet wird. Es paßt zu vielen Heiligen, daß sie stark an die Gefühle der Menschen appellierten und Veränderungen erreichen wollten. Dem haftete etwas Rebellsches, bisweilen »Verrücktes« an. Dadurch standen sie häufig im Zwiespalt mit der Obrigkeit, fänden aber großen Anklang bei den Rechtslosen und Unterdrückten. So hat beispielsweise FRANZ VON ASSISI einen radikal anderen Weg eingeschlagen als die Geistlichkeit seiner Zeit. Er orientierte sich konsequent am Leben Jesu und zeigte die Absurdität eines Strebens nach immer mehr Geld und Macht. Als Sohn einer reichen Familie wandte er sich demonstrativ von einer korrupten gesellschaftlichen Praxis ab und lebte wie die Mehrzahl der Menschen in großer Armut. Sein Verhalten löste nicht nur in seiner Familie, sondern auch bei den privilegierten Mithürgern sowie in der Geistlichkeit Irritation und Ärger aus (HOLL 1979). Gleichzeitig aber fand er immer mehr Anhänger. Um Gefahren abzuwenden, die von diesem kritischen Christen ausgingen, versuchte Kardinal Hugolin, der später Papst wurde, FRANZ VON ASSISI eine heilige Regel aufzudrängen, damit die Lebensführung der Brüder methodisch geordnet werde. Dies wies FRANZ VON ASSISI zum Entsetzen des Kardinals entschieden zurück. Der Kardinal, der so sehr auf Regeln und Ordnung bedacht war, wird später als Papst GREGOR IX. zwei Dinge tun: Er wird FRANZ VON ASSISI 1228 – zwei Jahre nach seinem Tod – heilig sprechen und 1233 die päpstliche Inquisition kodifizieren. Diese bürokratische Doppelbewegung

Wolfram
Moses
ut

wirkt erstaunlich modern. Das Volk sollte FRANZ VON ASSISI ruhig weiter verehren. Die Auslegung seines Willens sollte aber der päpstlichen Behörde vorbehalten bleiben. Für diejenigen, die anderer Meinung waren, die Ketzer also, war fortan die Inquisition zuständig. So fügte sich das eine zum anderen. Mit der Heiligsprechung und der nachfolgenden Einrichtung der Inquisition war das Gefährliche an der Wirkung, die von der Persönlichkeit und den Ideen des heiligen FRANZ VON ASSISI ausging, neutralisiert (s.a. HOLL 1979). Es muß für die damaligen geistlichen Machthaber ein großes Trauma gewesen sein, mit einem Mann wie FRANZ VON ASSISI nicht fertig geworden zu sein.

Wir sehen daraus, daß sich der Hysteriker in guter Gesellschaft mit dem Sozialrevolutionär und Systemveränderer befindet. Kritik und Widerspruch – gleichgültig ob sie in mystifizierter, metaphorischer oder direkter Form vorgebracht werden –, lösen repressive Mechanismen bei den Herrschenden aus, die von der Verbiegung und Entstellung von Ideen bis hin zur physischen Vernichtung reichen können.

II

Der Weg zu einer modernen Konzeption der Hysterie

Mit dem Abklingen der Hexenverfolgungen wurde die Hysterie allmählich wieder ein Problem der medizinischen Wissenschaften. Nahezu vier Jahrtausende hat es gedauert, bis in der Medizin des 17. Jahrhunderts Zweifel an der Uterustheorie auftauchten. Der Franzose LÉPOIR stellte 1618 die Hysterie auch bei Männern und Kindern fest, was jedoch zunächst kaum Beachtung fand. SYDENHAM (1624–1689) rückte von der somatischen Genese der Hysterie ab und beschrieb sie als psychische Erkrankung. Nach einer vorübergehenden Renaissance der Uterustheorie wurde im 18. Jahrhundert und in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts die Hysterie zunächst noch als neurologische Erkrankung betrachtet. Man suchte nach Läsionen im peripheren und zentralen Nervensystem.

In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts war die Hysterie ein

häufiges Krankheitsbild und beschäftigte viele Forscher. Das »Viktorianische Zeitalter« galt als Blütezeit der Prüderie und Doppelmoral, was im hysterischen Arc de cercle einen mystifizierten Ausdruck fand. CHARCOT experimentierte etwa ab 1862 mit der Hypnose an hysterischen Patienten. Seine Befunde fanden größere Beachtung. CHARCOT brachte in seinen Dienstagvorlesungen in der Salpêtrière hysterische Symptome unter Hypnose zum Vorschein und wieder zum Verschwinden. Damit aber hatte er die Hysterie noch lange nicht »gebändigt«. CHARCOT hielt die Vererbung für die erste Ursache der Hysterie, doch waren für ihn die auslösenden Faktoren [»agens provocateurs«] psychologischer Natur. Der 29jährige FREUD war sehr beeindruckt von dem großen Pariser Neurologen, der ihn mit seiner geheimnisvollen Bemerkung »Mais dans des cas pareils, c'est toujours la chose genitale, toujours, toujours« (Aber in diesen Fällen ist es immer das Genitale, immer, immer, immer) antregte, intensiver über die sexuellen Einflüsse auf die Neurosen nachzudenken. Andere Anregungen zur sexuellen Ätiologie der Neurosen erhielt FREUD von BREUER, der die Behandlung von Anna O. 1882 abgebrochen hatte, als diese in hysterischen Geburtswehen ausrief: »Jetzt kommt das Kind, das ich von Dr. Breuer habe!« (FREUD 1932, S. 406). In seinem Brief vom 2. Juni 1932 an STEFAN ZWEIFG führt FREUD hierzu weiter aus: »In diesem Moment hatte er den Schlüssel in der Hand, der den Weg zu den Müttern³ geöffnet hätte, aber er ließ ihn fallen. Er hatte bei all seinen großen Geistesgaben nichts Faustisches an sich. In konventionellem Entsetzen ergriff er die Flucht« (FREUD 1932, S. 406). Nicht zuletzt würdigt FREUD (1914, S. 52) den mündlichen Hinweis des Gynäkologen RUDOLF CHROBAK als Anregung zu seinen Forschungen über die sexuelle Ätiologie der Neurosen. Er zitiert ihn wie folgt: »Das einzige Rezept für solche Leiden (...) ist uns wohl bekannt, aber wir können es nicht verordnen. Es lautet:

Rp. Penis normalis
dosim
Repetatur!«

CHROBAK wollte sich an diese Bemerkung später nicht mehr erinnern. Er bestritt, jemals etwas Derartiges gesagt zu haben.

Wahrscheinlich war er um seinen guten Ruf besorgt. Die Vorstellung, daß der Penis hilfreich oder gar die Lösung des Problems sein könnte, wirkt in der Tat einfüßig. Vielleicht steckt dahinter aber die Idee, daß ein zufriedenstellendes Sexualleben in einer guten Beziehung zwischen Mann und Frau neurotischem Leid entgegenwirkt, daß es ihm also nicht um irgendeine mechanische Wirkung des Penis ging, sondern um Sexualität als Ausdruck von Verbundenheit und Liebe. Zu warnen ist hier allerdings vor einer zu starken Individualisierung des Problems, denn Staat, Kirche und Gesellschaft haben zu allen Zeiten auch in die Liebe, Sexualität und Beziehungen der Menschen hineingeredet und hineingewirkt und so neurotisches Leid erzeugt.

Die Entwicklung der FREUDSchen Theorie zur Hysterie reicht von 1893 bis 1917. Anfangs befürchtete er noch, daß PIERRE JANET, ein Schüler CHARCOTS, ihm in wichtigen Entdeckungen zuvorkommen könnte. Für JANET war die Psychasthenie die Grundlage aller Neurosen einschließlich der Hysterie. Er beschrieb auch das Phänomen der Dissoziation, womit er später auch in der Psychoanalyse Anerkennung fand. Schließlich aber stellte FREUD fest, daß sein vermeintlicher Rivale einen anderen Weg eingeschlagen hatte. 1898 kann er seinem Freund WILHELM FLEISS erleichtert mitteilen: »Ein jüngst erschienenenes Buch von JANET, »Hystérie et idées fixes«, habe ich mit Herzklopfen zur Hand genommen und ruhigen Pulses beiseite gelegt. Er ahnt den Schlüssel nicht« (zit. n. MANNONI 1971, S. 38). Diesen Schlüssel sah FREUD im Unbewußten. Nach dem vorläufigen Bericht von FREUD und BREUER (1893) über hysterische Erscheinungen legten beide 1895 die »*Studien zur Hysterie*« vor. Die wichtigste Erkenntnis lag in der Beobachtung, daß hysterische Symptome verschwinden, sobald es gelang, die entsprechenden, aus dem Bewußtsein verdrängten traumatisierenden Bedingungen und insbesondere die dazugehörigen Affekte in Erinnerung zu bringen und wieder zu beleben. Dies geschah zunächst noch unter Zuhilfenahme der Hypnose. Mit dieser Erkenntnis war die Grundlage für ein völlig neues Verständnis der Hysterie gelegt. FREUD und BREUER konnten erstmals Sinnzusammenhänge hysterischer Symptome überzeugend darstellen. Sie verwiesen auf die symbolische Beziehung zwischen der Veranlassung und dem pathologischen Phänomen. Später entwickelte FREUD dieses Konzept wei-

ter. Er führte den Begriff der Konversion ein. »Bei der Hysterie erfolgt die Unschädlichmachung der unverträglichen Vorstellung dadurch, daß deren Erregungssumme ins Körperliche umgesetzt wird, wofür ich den Namen der Konversion vorschlagen möchte« (FREUD, 1894, S. 63). Dieses energetische Modell der Konversion war von Anfang an mit der symbolischen Ausdrucksfunktion des Symptoms verknüpft. Schließlich führte FREUD die Rolle der Sexualität und des Ödipuskomplexes weiter aus, wovon später noch die Rede sein wird.

Auf ihrem Weg zu einer modernen Konzeption standen Sexualität und Beziehung bei der Hysterie stets an exponierter Stelle. Daneben wurde deutlich, daß die Hysterie auch deshalb an den Mitmenschen appelliert, weil unerträgliche Zustände beseitigt werden sollen. Die Ursachen hierfür liegen aber nicht nur im individuellen und familiären Bereich, sondern haben auch eine gesellschaftliche Dimension. Damit öffnet sich der Blick auf den kritischen Impetus der Hysterie. Sie macht auf Mißstände und Fehlentwicklungen in der Gesellschaft und auf von ihr mitgetragene Störungen im zwischenmenschlichen Bereich aufmerksam. Für diejenigen, die das nicht wahrnehmen wollen, bleibt nur die Möglichkeit, sie als pathologisch, abartig, teuflisch zu bekämpfen.

III

Zur Präzisierung des Hysteriebegriffs

Im klinischen Sprachgebrauch ist Hysterie und das zugehörige Adjektiv hysterisch ein unscharfer Sammelbegriff zur Kennzeichnung hysterischer Charaktermerkmale und auch hysterischer Symptome. Trotz der nosologischen Überfrachtung des Begriffs, der umgangssprachlich diffamierend benutzt wird, behauptet er im klinischen Sprachgebrauch seinen festen Platz, denn er kennzeichnet in einem vorwissenschaftlichen Verständnis einen gemeinsamen Modus der Konfliktdarstellung und Konfliktverarbeitung. Theoretisch wie auch klinisch ist die Unterscheidung zwischen hysterischem Charakter und der hysterischen Symptomneurose von großer Bedeutung.

ALARCON (1973) beschreibt unter Berücksichtigung der einschlägigen Veröffentlichungen von 14 Autoren sieben wichtige Merkmale der hysterischen Persönlichkeit, die sich in der folgenden Beschreibung wiederfinden: Der hysterische Charakter zeigt je nach Umgebung wechselnde schauspielerhafte (histrionische) Verhaltensweisen. Er ist gekennzeichnet durch Hyperemotionalität, emotionale Labilität und ein gesteigertes Verlangen nach Aufmerksamkeits, Bestätigung, Lob und Anerkennung. Weiterhin kann man im einzelnen eine erhöhte Tendenz zur Dramatisierung, übertriebenes verführerisches Verhalten, Sexualisierung, rege Phantasiefähigkeit, Abhängigkeit, Ich-Bezogenheit und Suggestibilität feststellen.

Nach KARL JASPERS (1913, S. 379) will der Hysteriker vor sich und anderen mehr scheinen, als er ist, mehr erleben, als er lebnisfähig ist. Der Hysteriker hat das Bedürfnis, ständig im Mittelpunkt zu stehen, was er oft auch auf Kosten seines Rufes mit Skandalen und Klatsch betreibt. Der Hysteriker verleitet seine Umgebung, besonders auch die Ärzte, zum Mitlagieren. Der intelligente und charmanter Hysteriker vermag bisweilen seine Umgebung zu faszinieren, mitzureißen, zu bezaubern. Demgegenüber löst der grobe, distanzlos-aufdringliche Hysteriker⁴ rasch den Verdruß und die Ablehnung seiner Mitmenschen aus.

ABRAHAM (1921, S. 78ff.) gelang es, zwei neurotische Typen gegeneinander abzugrenzen. Die Problematik der phallischen hysterischen Frau kann sich im Rachetyp dokumentieren. Ihr Leitmotiv ist die kastroierende Rache am Mann. Ihr sexualisiertes Verhalten zielt auf die Enttäuschung und Depotenzierung des Mannes ab. Im Gegensatz dazu stellt die Frau vom Wunscherfüllungstyp in übertriebener Weise Männlichkeit zur Schau. Sie lebt nach ihrem infantilen Wunsch, dem Manne gleich zu sein und identifiziert sich stark mit der männlichen Rolle. Auf männlicher Seite kann die hysterische Struktur in die Extremform des phallich-narzisstischen Charakters (REICH 1933, S. 235 f.) einmünden, der durch seine nach außen hin übermäßige betonte Männlichkeit Minderwertigkeitsgefühle und Kastrationsängste bekämpft.

Abgesehen von diesen Präganztypen ist das Charakterbild wie auch das Bild der hysterischen Symptomneurose bunt und vielgestaltig. Die Hysterie kann nahezu alle Krankheitsbilder imitieren. Bezüglich der Krankheitserscheinungen lassen sich bei

der hysterischen Neurose oder Konversionsneurose zwei Gruppen unterscheiden: 1. Die unbewußte Imitation körperlicher Erkrankungen, wie Lähmungen, Sensibilitätsstörungen, Taubheit, Blindheit, Hörstörungen, Sprachstörungen, Schluckstörungen, Erbrechen, Ataxien, Schwindelzustände und 2. die unbewußte Imitation psychischer Störungen, wie Dämmerzustände, Erinnerungslücken, Amnesien, hysterische Ich-Spaltung, Pseudodemenzen, Erregungszustände, Lach- oder Weinkrämpfe, Weglaufen, Pseudohalluzinationen u.ä.

Nach der FREUDSchen Theorie hat das hysterische Symptom die Funktion, durch Konversion unbewußte Vorstellungen meist sexuellen Inhalts zu schwächen. »Bei der Hysterie erfolgt die Unschädlichmachung der unverträglichen Vorstellung dadurch, daß deren Erregungssumme ins Körperliche umgesetzt wird« (FREUD 1894, S. 65). FREUD verwandte den Begriff nicht im Sinne der hysterischen Struktur, sondern ging von der Konversionshysterie aus. Inzwischen hat sich gezeigt, daß nicht jeder Konversionsvorgang an die hysterische Persönlichkeit geknüpft ist. In zahlreichen Studien fand man beim Vorliegen von Konversions-symptomen nur bei höchstens der Hälfte der Patienten eine hysterische Persönlichkeit, so daß also das Konversionsprinzip eine relative Unabhängigkeit vom Hysteriekonzept besitzt, wenigstens wie klinisch übergreifend in Symptomatik und Grundpersönlichkeit oft dramatische, appellative, expressive, agierende Züge finden.

Der dynamische Grundgehalt liegt bei der Konversion in der Symbolisierung unbewußter Phantasien, Wünsche, Konflikte in einer zunächst nicht mehr verständlichen Körpersprache. MENTZOS (1980, S. 77) nennt als das Hysteriespezifische »das für die anderen und insbesondere für sich selbst und für das eigene Über-Ich So-Erscheinen und Sich-selbst-so-Erleben-Wollen, daß dadurch und vorwiegend dadurch der primäre und auch der sekundäre Krankheitsgewinn erreicht wird«. HOPMANN und HOCHAPPEL (1990, S. 173) charakterisieren die zeitgenössische Tendenz der Nosologie wie folgt:

»Wir haben es heute also mit einer Sammlung von klinisch ausreichend abgrenzbaren Unterformen der Hysterie zu tun, die in der Zukunft wahrscheinlich immer mehr an die Stelle des verbindenden Konzepts der hysterischen Neurose treten werden.«

Zu diesem »hysterischen Syndrom«, das auf epidemiologischen Studien basiert und sich am deutlichsten im DSM-III-R abbildet, gehören: 1. Die Somatisierungsstörung, 2. die Konversionsstörung, 3. die dissoziative Störung und 4. die histrionische Persönlichkeit. Die hysteriforme Depression, die unter 5. diskutiert wird, gilt einseitig noch als unzureichend validiert und wurde deshalb nicht im DSM-III aufgenommen.

Der klinische Eindruck, daß es sich um »etwas Hysterisches« handelt, macht sich meines Erachtens an dem übertrieben und unecht wirkenden, infantil-emothionalisierten Agieren mit Ausdrucks-, und Appellcharakter fest. Hierin drückt sich das Gemeinsame der hysterischen Charakterneurose und der hysterischen Symptomneurose (Konversionsneurose) aus: Der Konflikt wird über eine unbewußt veränderte Selbstdarstellung (in Charakter oder Symptom) zum Ausdruck gebracht, wobei es sich um den Versuch handelt, einen intrapsychischen, von gesellschaftlichen Einflüssen geformten und akzentuierten Konflikt zu lösen.

IV

Weiterentwicklungen des Konversionsmodells

FREUD befaßte sich fast ausschließlich mit der genitalen Problematik der Hysterie. Er führte alle hysterischen Phänomene auf einen pathologisch wiederbelebten Ödipuskomplex zurück. In der Weiterentwicklung des Konversionsmodells wurde zunehmend auf die präödiipalen Einflüsse aufmerksam gemacht. Mit FERENCZIS Abhandlung »Phänomene hysterischer Materialisierung« beginnt die Infragestellung der genitalen Fixierung der Hysterie. FERENCZI (1919) schreibt erstmals dem Ich in der Körpersprache des Hysterikers eine wichtige Rolle zu. Der Hysteriker tut nichts anderes, als daß er mit seinem Körper spricht. Er sexualisiert den Körperteil, in dem das Symptom sitzt. FERENCZI spricht von einer tiefgreifenden Regression, einer Regression in einen »Urzustand«. Symbolische Besetzungen von Körperfunktionen und die sogenannte Sexualisierung beinhalten eine Verschiebung des erotischen Empfindens vom Geschlechtsorgan auf andere Körperteile, wobei sich Erregungen der Sexualität neu materialisieren oder so-

materialisieren. Erstaunlich und rätselhaft ist dabei die Plastizität, die der Hysteriker in seinen Wünschen und seinen Begehren zeigt.

In seinem »Beitrag zur Tic-Diskussion« stellt ABRAHAM (1921, S. 64ff.) als erster die These auf, daß der Tic ein Konversionssymptom auf der anal-sadistischen Stufe sei. Dies müsse von den Konversionssymptomen auf der phallischen Stufe abgegrenzt werden. Damit ist die Grundlage für die Erforschung des Konversionsmechanismus auf den präödiipalen Organisationsstufen der Libido gelegt.

FENICHEL (1931, S. 153ff.) weist auf die Notwendigkeit hin, zwischen monosymptomatischer Konversion und Organneurose zu unterscheiden. Dies bedeutet die Trennung zwischen hysterischer Neurose und psychosomatischer Erkrankung. So entsteht eine neue nosographische Kategorie, die der prägenitalen Konversion. FENICHEL bezeichnet das Stottern, den psychogenen Tic sowie das Asthma bronchiale als prägenitale Konversionsneurosen. Er schreibt der Identifizierung eine wichtige Rolle zu. Die Flexibilität des Körpers, das somatische Entgegenkommen, verdoppelt sich mit Hilfe psychischer Flexibilität durch die Verwendung der Identifizierung, die zu vielfältigen Zwecken geschieht. Es kommt sowohl zur Identifizierung mit dem Rivalen wie auch zur Identifizierung mit dem verlorenen Objekt, zwei typischen Identifizierungsmodalitäten, letztere vor allem bei der Depression, die man beim Hysteriker häufig beobachten kann. FENICHEL schlägt also die Ausweitung des Konversionsbegriffes auf eine Reihe von sogenannten prägenitalen Störungen vor. Seiner Meinung nach gelingt es den Hysterikern nicht, ihr Ich mit dem Körper zu identifizieren (s.a. FENICHEL 1945, S. 168ff.).

REICH (1933, S. 222f.) befaßt sich mit dem hysterischen Charakter und verweist auf eine Verbindung von somatischer Flexibilität und sexueller Prahlerei. Er betont die tiefe Angst, die den Hysteriker im Sexualakt ergreift. Seine oberflächliche Erosterung ist stets nur eine Taktik, mit welcher der Gefahr entgegengewirkt wird. Er wählt den Zeitpunkt der Verführung selbst im Sinne eines Überraschungsgangriffes, damit er den Vorgang unter Kontrolle hat. Er zwingt dem anderen auch in der Sexualität seine Realität auf. Da hieraus eine libidinöse Stauung entsteht, ist ständige Wiederholung notwendig. Der charakterliche Panzer dient der Abwehr. Paradox daran ist, daß diese Abwehr selbst

sexueller Natur ist. So wird insgesamt die Sexualisierung als Waffe gegen die Sexualität eingesetzt. REICH hat auf die orale Regression des Hysterikers hingewiesen, die während der Depression auftritt. Diese Depression stellt sich aufgrund des Liebesverlustes und häufig auch aufgrund der Preisgabe des Objekts ein. Auf den psychotischen Unterbau der Neurosen hat MELANIE KLEIN (1932) aufmerksam gemacht. Ihre Vorstellungen gehen in die von FERENCZI gewiesene Richtung einer »Oralisierung der Hysterie«. Die Libido spielt bei KLEIN nur die Rolle des Lockmittels, während das eigentliche Problem in den Destruktionstrieben angesiedelt sei.

ALEXANDER (1950) grenzt konversionsneurotische Symptombildungen von den funktionellen Störungen vegetativer Neurosen ab und verweist auf den wichtigen Unterschied des symbolischen Ausdrucks und der Deutungsmöglichkeiten beim Konversions-symptom. Dieses Konzept übernahm v. JEXXÜLL (1963) und bezeichnete die Konversion als »Ausdruckserkrankung« – im Gegensatz zu den »Bereitlungserkrankungen«.

Ende der fünfziger Jahre wird auch auf der Basis empirischer Untersuchungen festgestellt, daß Konversionsneurose und hysterischer Charakter als relativ unabhängige voneinander angesetzten werden müssen (vgl. RANGELL 1959). Konversion kann sich auf jeder Stufe der libidinösen und der Ich-Entwicklung abspielen. Unter diesem Aspekt wird auch in der Folgezeit der Gedanke der prägenitalen Fixierung, insbesondere der oralen Fixierungen immer wieder hervorgehoben.

EASSER und LESSER (1965) beschreiben den hysteroiden Typus, der als »Kartikatur« des Hysterikers von Besitzergreifung, Aggressivität, Exhibitionismus, Konkurrenzdenken und Egozentrismus gekennzeichnet ist. Während der Hysteriker seine Schwierigkeiten in seinen Beziehungen agiert, liegt die Schwierigkeit des Hysteroiden darin, überhaupt Beziehungen aufzunehmen. ZETZEL (1968) grenzt die wahren Hysteriker, die zum Ödipus gelangt sind, von den falschen Hysterikern ab, die stark von den präödi-palen Stadien geprägt sind (»so called good hysteric«). Auf der Basis der Analyse der klassischen Krankheitsbilder der Hysterie sowie der nun besser bekannten atypischen Formen, die sich durch Merkmale der oralen Phase auszeichnen (z. B. tiefe Abhängigkeit, Toxikophilie, depressive Neigungen, Suizidalität) taucht

die Frage auf, ob manche derartige Zustände heute nicht eher nosologisch als Borderlinefälle anstatt als Hysterien einzuordnen sind.

Im Anschluß an FREUD ging somit die Tendenz dahin, die präödi-pale Störung hinter der ödi-palen wahrzunehmen und entsprechend nosologisch zu klassifizieren. Die neuen Erkenntnisse führten dazu, daß bisweilen die Diagnose »Hysterie« durch die neuen Kategorien abgelöst wurde. Darüber hinaus wurde aber zunehmend die Frage diskutiert, ob nicht überhaupt in Zusammenhang mit gesellschaftlichen Prozessen die FREUDSchen Übertragungsneurosen zurücktreten und die sogenannten »frühen Störungen« zunehmen.

V

Vom Wandel hysterischer Symptome

Es besteht kein Zweifel, daß die Ausdrucksformen psychischer und psychosomatischer Erkrankungen sich ständig wandeln und daß dieser Wandel mit gesellschaftlichen Entwicklungen in Beziehung steht. Der Gestaltwandel der Kriegsneurosen in den beiden Weltkriegen gehört zu den gut dokumentierten und methodisch gesicherten Beispielen dafür, wie kulturelle und gesellschaftliche Bedingungen Einfluß auf die Gestalt der Neurosen nehmen. Es handelt sich hier um eine relativ einheitliche, große Zahl von Personen, die unter ähnlichem Strahl litten und zahlenmäßig genau erfaßt wurden. Der auffälligste Wandel beim Vergleich der psychischen Reaktionen, die im Ersten und Zweiten Weltkrieg sichtbar wurden, ist der Rückgang hysterischer Mechanismen zugunsten von häufig ausschließlich körperlichen Krankheitserscheinungen. War das sogenannte Kriegszittern als eine relativ naive hysterische Reaktion im Ersten Weltkrieg noch die übliche Neurose, vollzog sich zum Zweiten Weltkrieg hin ein bedeutsamer Stilwandel, der als »Übergang von der Ausdrucksform zur Intimform« (v. BARYER 1948) oder als »Wechsel von der Gliederdemonstration zur Organstörung« (SCHMIDT 1954) bezeichnet wurde.⁵

Über das Verschwinden der hysterischen Kriegszitterer in

unserem Kulturkreis ist viel spekuliert worden. Von entscheidender Bedeutung war wohl das wissenschaftliche Paradigma und somit letztlich die Reaktion der Gesellschaft. Solange von kompetenter medizinischer Seite die Auffassung vertreten wurde, daß es sich hierbei um ein organisches, hirntraumatisch verursachtes Leiden als Folge von Druckwellen bei den Detonationen handeln könnte, wurden Kriegszitterer als krank anerkannt und sogar entschädigt. Mit der nach dem Ersten Weltkrieg veränderten Einschätzung, daß das Kriegszittern eine psychogene Reaktion sei, reduzierte sich die gesellschaftliche Akzeptanz der Erkrankung auf Null, was zur Folge hatte, daß die Symptomatik praktisch verschwand. So waren die nicht minder psychisch traumatisierten Soldaten im Zweiten Weltkrieg gezwungen ihr Leiden auf andere Weise auszudrücken. BAEYER (1957) brachte es auf die Formel, daß aus den Kriegszitterern des Ersten Weltkrieges die Magenkranken des Zweiten Weltkrieges geworden seien. MITSCHERLICH (1967) Hypothese von der »zweiphasigen Verdämgung oder Abwehr« leuchtet in diesem Zusammenhang unmittelbar ein. Demnach regrediert das Individuum zur Konfliktlösung dann auf organische Abwehrvorgänge, wenn die psychischen Mittel der Konfliktbewältigung nicht mehr ausreichen. Zu dieser Form der Abwehr kann es kommen, wenn Abweichungen von den Verhaltensnormen der Gesellschaft – etwa in Form von neurotischen Symptombildungen – so viel Angst erzeugen, daß über psychosomatische Symptombildung die Überreinstimmung mit gesellschaftlichen Verhaltensnormen wieder hergestellt werden muß (MITSCHERLICH 1967).

Das Kriegszittern ist meines Erachtens ein Beispiel für eine sinnvolle hysterische (Protest-)Reaktion, die sich (unbewußt) gegen das sinnlose Morden und Sterben an den Fronten richtete und die Angst und Verzweiflung des Soldaten zum Ausdruck brachte. Bei den Soldaten des Zweiten Weltkrieges wurde ein neurotisches Versagen nicht mehr toleriert. Sie hatten ihre Angst und ihren Widerstand, der im Ersten Weltkrieg noch über hysterische Symptome in mystifizierter Form zum Ausdruck gebracht werden konnte, zu unterdrücken und mußten im Dienste der Herrschaft funktionieren. Als Preis für diese erzwungene Anpassung wurden viele psychosomatisch krank. Noch nie gab es so viele Magenkranken in den westlichen Armeen.

In den Jahrzehnten nach dem Krieg häufen sich die Mitteilungen, daß hysterische Erscheinungen seltener werden. So wie das Kriegszittern und der Arc de cercle fast völlig verschwanden, wurden auch andere hysterische Symptome, wie beispielsweise psychogene Lähmungen, immer seltener diagnostiziert. Strittig ist dabei geblieben, ob dem zu beobachtenden Symptomenwandel ein Strukturwandel seelischer Krankheit zugrundeliegt, also ob die festgefügtsten neurotischen Strukturen, die FREUD als Übertragungsgangneuronen beschrieb, kulturell zurückgedrängt werden und an ihre Stelle schwerere Psychopathologien treten. Dies könnte der Fall sein, weil ihr psychogenetischer Auslösepunkt früher ansetzt, wodurch »frühe Störungen« entstehen, also narzißbische Störungen, Borderlinestörungen, Süchte, Perversionen, Psychosomatosen (vgl. REICHE 1991).

BALIX (1948) spricht davon, daß aus der Umweltangst, auf die der Mensch mit hysterischen Mechanismen reagiert, heute die Umwelt-Angst in Form von paranoiden Reaktionen geworden sei. LOCH (1965, S. 17) stellt fest, daß in den letzten Jahrzehnten die »wohlgestalteten Neurosen abgenommen haben und die diffusen, uncharakteristischen Zustandsbilder vermehrt auftreten«. Er führt dies auf die pluralistische Industriegesellschaft zurück, die kein so festes und generell verbindliches Wert- und Erziehungssystem besitzt und keine so stabilen Beziehungen aufweist. Für ADORNO (1966, S. 74) steht fest, daß »Konflikte in der Zone des Narzißmus« heute mehr auffallen als um die Jahrhundertwende, »während die Konversionshysterie zurücktritt«. Diese Meinung wird von vielen Autoren geteilt. HAV (1968) fand in seiner Studie eine Zunahme depressiver und schizoider Neurosenformen und führt sie auf die Kindheitsentwicklung in den Kriegs- und Nachkriegsjahren zurück.

WEINSHIEL (1976) faßte die Diskussion des Internationalen Psychoanalytischen Kongresses von 1975 zu diesem Thema wie folgt zusammen:

»Heute sind für uns Probleme der Aggression wichtiger als die der Sexualität. Wir werden mehr mit Selbst- und Charakterstörungen als mit psychoneurotischen Symptomen, eher mit präödpalen als ödpalen Konflikten, mit kränkeren, tiefer gestörten Patienten als früher, mehr mit der Realität und der Rolle der realen Welt anstatt mit der Triebwelt (...) konfrontiert«.

Für den Zeitraum der letzten 80 Jahre behauptet KOHUT (1977) eine allmähliche Zunahme von Störungen des Selbst. Für ihn sind das narzißtische Störungen und er stellt fest, daß strukturelle Störungen, die durch einen Triebkonflikt bedingt sind, abnehmen. MOERSCH (1978) beklagt die zunehmende Ausdrucksverarmung psychoneurotischer Symptome in den westlichen Industriegesellschaften und spricht von einer »seelischen Verarmung«, die greifbar werde durch den Mangel an psychischer Symptombildung und deren regressiver Ersetzung durch psychosomatische Symptombildung.

In seiner »Theorie des kommunikativen Handelns« äußert HABERMAS (1981) die Vermutung, daß es die »Entkoppelung von System und Lebenswelt« mit sich bringe, daß die Familie ihre Rolle der Weitergabe von »Systemimperativen« verliere und diese zunehmend »geheimnislos« von außen auf die Familie zukommen. Damit veralte die FREUDSCHE Metapsychologie und die Triebtheorie. Auch der amerikanische Medienwissenschaftler POSTMAN (1983) meint, in dem Verwischen der Grenzen zwischen Kind und Erwachsenen und der dadurch bedingten zunehmenden Schutzlosigkeit der kindlichen Lebensphase Ursachen für verschärfte narzißtische Ausdrucksformen einschließlich Gewalt und Kriminalität erkennen zu können. Der amerikanische Historiker LASCH (1979) behauptet, daß die westliche Gesellschaft einen selbstbezogenen, gefühlskalten, oberflächlichen, frustrierten, asozialen Narzißten als neuen Sozialisationstypus fördert.

Nach LORENZER (1986) waren es in den Gründerjahren der Psychoanalyse »ausnahmslos unter dem Druck herrschender Normen und Werte »erkrankte« Menschen, die Hilfe bei der Psychoanalyse suchten«. Der krankmachende Druck herrschender Verhältnisse besteht zwar fort,

»doch hat sich in vielfältiger Weise die Situation dadurch verschärft, daß sich die Spannung zwischen individuellen Wünschen und kollektiven Werten verzerrt hat. Der gesellschaftliche Eingriff ins Innere des Menschen hat zu einer Wertkonfusion geführt. Entsprechend der Klientel der frühen Psychoanalyse weitgehend dem, was Riesman die »innengeleiteten Menschen« genannt hat, so erweist sich heute zunehmend die Problematik der »außengeleiteten Persönlichkeit« als psychoanalytische Therapieaufgabe. Repression hat auf weiten Strecken der repressiven Entsublimierung« Platz gemacht. Neben das Leiden untern starren Reg-

lement ist das Leiden an der Ratlosigkeit angesichts der Verwirrung von Normen und Werten getreten.« (LORENZER 1986).

Obwohl LORENZER es hier nicht ausdrücklich betont, weist seine Analyse auf eine regressivere Entwicklung in der Gesellschaft hin. Auch KÖNIG (1988) vertritt die These, daß auf dem Weg »von der vaterlosen zur mütterlosen Gesellschaft« die »Phrase der Vergesellschaftung« erreicht ist, in der der »konsumgesteuerte Charakter« den »autoritätsgebundenen Charakter« bereits abgelöst hat. Demnach wird die menschliche Mutter zunehmend von einer künstlichen, technologischen Mutter ersetzt, was zwangsläufig zunehmend in die präöipale Fixierung führt.

Dagegen führen THOMÄ und KÄCHELE (1976) die Tatsache, daß Symptomneurosen gegenüber Persönlichkeitsstörungen in den Hintergrund treten, darauf zurück, daß der Kreis der Menschen, die den Psychoanalytiker aufsuchen, sich erweitert und verändert habe. Auch REICH (1991) weist alle Spekulationen über eine Zunahme früher Störungen zurück. Er verweist unter anderem auf eine zunehmende Selbstreflexivität des Menschen, die auch die Wissenschaften vom Menschen durchdringe. Dies führe dazu, daß Klassifikationshierarchien der Neurosen aufgelöst würden und das Bedürfnis entsteht, die »frühe Störung« in der »reifen Störung« wahrzunehmen und zu betonen. Was neu wahrgenommen wird, findet dann auch seinen Niederschlag in neuen Klassifikationen. Keineswegs erscheint ihm der Zugriff der heutigen gesellschaftlichen Realität in die Innenwelt des Menschen traumatischer als in früheren Epochen, und er erinnert an die Repräsentanzlehre, nach der jede innere Strukturbildung eine individuelle Neuschöpfung ist und sich normierenden Interpretationsverfahren entziehe (REICH 1991).

Letztendlich läßt sich dieses komplexe und kontrovers diskutierte Thema heute nicht abschließend bewerten. Viele Aspekte bestimmen die Diskussion, wobei auf persönlichen Erfahrungen im Alltag gründende Überzeugungen der Autoren ebenso eine Rolle zu spielen scheinen wie politische, gesellschaftskritische und ideologische Einstellungen. So scheint es, daß je nach Standort des Beobachters – auch aus subjektiven Gründen – diese oder jene Argumente bevorzugt, andere aber verworfen werden. Ohne Zweifel sind Artefakte und Erkenntnisprobleme zu berücksichti-

gen. Ebenso wenig sind aber strukturelle Wandlungsprozesse in der Gesellschaft und ein veränderter Ausdruck psychischer Krankheiten zu leugnen. Strittig bleibt hingegen die Frage, in welchem Ausmaß und mit welcher Relevanz Wandlungsprozesse in der Gesellschaft sich auf individuelle Krankheitserscheinungen auswirken und wie ausgeprägt der Artefaktanteil ist.

Vieles spricht dafür, daß es durch eine einseitige Betonung naturwissenschaftlich-technischen Fortschritts und ökonomischer Interessen zu einer »Rationalisierung« und Verschiebung in allen Lebensbereichen gekommen ist. Dadurch sind emotionale Bindungen und zwischenmenschliche Beziehungen vernachlässigt worden und verkümmert, was zu einer vermehrten Identitätsunsicherheit, Selbstbezogenheit, verbunden mit einer größeren psychopathologischen Regressionsbereitschaft geführt hat. Ich werde versuchen zu zeigen, daß diese gesellschaftlichen Phänomene auch in die Medizin und in die Arzt-Patient-Beziehung hineinwirken.

VI

Hysterie oder psychosomatische Krankheit – Appell oder Rückzug?

V. UEBCKÜLL (1963) nennt die Konversionsneurose »Ausdrucks-Krankheit«, weil sie unbewußte Wünsche und Phantasien in der Körpersprache symbolisch verschlüsselt zum Ausdruck bringt. Was hier mystifiziert zum Ausdruck kommt, hat auch den Aspekt eines Hilferufs, eines Appells an den Mitmenschen, über den der Hysteriker eine unerträgliche Situation, die in ihm unerträgliche unbewußte Spannung erzeugt, auf irgendeine Weise bewältigen will. Der kommunikative Aspekt des hysterischen Appells ist unverkennbar, und ich hatte oft den Eindruck, als ob der hilfesuchend an den Zuschauer appellierende Hysteriker eigentlich nach dem Vater oder nach der Mutter ruft. Der Wunsch nach einer entlastenden liebevollen Zuwendung wird allerdings durch den dramatischen, emotionalen Appell oder die Körperstörung derart verzerrt, daß eher eine große Ratlosigkeit und Hilflosigkeit beim Beobachter entsteht, als daß positive Gefühle geweckt werden.

Die Verweigerung der Zuwendung, wie sie in der Medizin lange als der rechte Umgang mit dem Hysteriker postuliert wurde, verstärkt eher das hysterisch-neurotische Bemühen um menschliche Aufmerksamkeitsleistung. Erst die dauerhafte und konsequente Entziehung der Zuwendung, eventuell sogar die dargebrachte Verachtung führen letztlich zur Resignation, die allerdings mit Heilung nicht im weitesten Sinne etwas zu tun hat. Auch wenn es durch sogenannte konsequente Nichtbeachtung einmal gelingen sollte, ein Symptom zum Verschwinden zu bringen, so heißt das, daß hier ein Mensch in seinem Leiden nicht angenommen und wahrgenommen wird, daß man ihn in einem un menschlichen Dressurakt zu einer Verhaltensänderung zwingt, die nichts an seiner inneren Not zum Besseren wendet, ihn im Gegenteil durch die ihm dargebrachte Ablehnung und Zurückweisung tiefer in Verzweiflung und Isolation treibt. Als Folge treten dann meist neue und schlimmere Symptome auf.

Die Hysterie wählt eine grundsätzlich andere Darstellungsform des Leidens als etwa die psychosomatische Symptombildung. Während der Hysteriker sehr auffällig und in dramatischer Weise auf seine Beschwerden hinweist und an die Umstehenden appelliert, erscheint der psychosomatische Kranke eher ruhig und sachlich sowie – zumindest vordergründig – psychisch und sozial unauffällig. Er wirkt oft deutlich angepaßter und weiß kaum etwas über Probleme und Konflikte zu berichten. Er paßt sich häufig still und unauffällig in gesellschaftliche Gegebenheiten ein. Gegenüber dem sich »normal« verhaltenden psychosomatisch Kranken, geht es dem Hysteriker nicht darum, unauffällig oder normal zu erscheinen, im Gegenteil, wenn es ihm schlecht geht, will er niemanden unbeteiligt lassen – dann soll es der ganzen Welt schlecht gehen – auch wenn er sich, um das zu erreichen, (für den Außenstehenden) noch so »verrückt« anstellen muß. Vielleicht macht dieser Appell- und Aufforderungscharakter die Hysterie zu einer derart ärgertlichen und lästigen Erscheinung. Der Hysteriker gibt einfach keine Ruhe, sondern weist mit großer Beharrlichkeit unüberhörbar und unüberselbar darauf hin, daß etwas nicht in Ordnung ist, daß Widersprüche, Spannungen, Mißverhältnisse bestehen, Probleme nicht gelöst sind. Der Hysteriker nimmt die unerträgliche Situation (die Konfliktauslöser), die in ihm ein großes Maß an unerträglicher Spannung (unbewußte

Phantasien) erzeugt, nicht einfach stillschweigend hin, wie dies eine auf rationale und ökonomische Anforderungen ausgerichtete Gesellschaft verlangt, sondern bringt die Widersprüche auf derart dramatische (wenn auch verschlüsselte) Weise zur Darstellung, daß irgendetwas geschehen muß, um wieder Ruhe herzustellen. Die Geschichte der Hysterie lehrt uns, daß diejenigen, die sich von ihr in Frage gestellt oder bedroht fühlen, in aller Regel zu repressiven Mitteln greifen.

Je appellativer eine Krankheit in Erscheinung tritt, desto größer ist die Chance, daß Aufmerksamkeit auf die zugrunde liegenden Konflikte und Widersprüche gelenkt wird. So hatte der Hysteriker zu allen Zeiten immer auch eine Chance, gehört und beachtet zu werden, weshalb sein Bemühen nie versiegt. Wenn sich im Gegensatz dazu aber die Symptome zunehmend von ihrer emotionalen Grundlage ablösen, indem sie etwa durch funktionelle Störungen, psychosomatische Krankheiten bis hin zum somatischen Leiden ersetzt werden, dann verbergen sich entlang eines Prozesses der zurückgehenden Emotionalität immer mehr auch die Zusammenhänge zwischen konfliktauslösenden Situationen einerseits und den davon berührten unbewußten Kräften im Menschen andererseits. Mit zunehmender Verdängung und einem Verbergen des emotionalen Anteils an der Erkrankung kommt es auch zu einer zunehmenden Auflösung der Symbolik, wobei die Sinnzusammenhänge in einem solchen emotionalen Rückzug immer schwerer verständlich werden. Vor diesem Hintergrund scheint es mir gerechtfertigt, die hysterischen Ausdrucks- oder Konversionssymptome auch als (emotionale) »Appellkrankheiten« zu bezeichnen, und sie den psychosomatischen (emotionalen) »Rückzugskrankheiten« gegenüberzustellen.

Nach dem psychoanalytischen Krankheitsverständnis ist jeder Mensch durch unbewußte, verdrängte frühkindliche Konflikte belastet. Durch die aktuellen Lebensumstände kann der unbewußte Konflikt aktualisiert werden. Dabei entsteht Angst, die auf irgendeine Weise bewältigt werden muß. Die Form der Angstbewältigung und die Art der Erkrankung hängen von der individuellen Lebensgeschichte ebenso ab wie von gesellschaftlichen Bedingungen, wobei das Symptom der Angstbewältigung dient. Gesellschaftliche Einflüsse werden dabei in zweifacher Weise relevant, nämlich in der primären, frühkindlichen Sozialisation

und in Gestalt der aktuellen sozialen Wirklichkeit, in der das Symptom entsteht (vgl. ZEPF 1990). Ob nun ein neurotisches oder ein psychosomatisches Symptom entsteht, wird nach MITSCHERLICH (1966) von krankheitserregenden Einflüssen der Gesellschaft mit beeinflußt. Wenn »der Anspruch der Gesellschaft so terroristisch in das Individuum hinein vorgetragen wird, daß Abweichungen von Geboten und Verhaltensnormen permanente, intensive Angst erwecken«, kann in der Krisensituation auf ein gesellschaftlich nicht akzeptiertes neurotisches Symptom verzichtet werden, zugunsten einer psychosomatischen Symptombildung, die den gesellschaftlichen Verhaltensnormen eher entspricht. Das ließ sich – wie bereits geschehen – bei den »Kriegszitterern« besonders deutlich zeigen.

Da die Hysterie wenig Neigung zur Anpassung zeigt, da sie heftig auf unerträgliche Zustände reagiert und Beziehungsstörungen und krankmachende gesellschaftliche Verhältnisse anprangert, wird leicht verständlich, daß sie zu den gesellschaftlich verpönten Krankheiten gehört. Mit Blick auf den aufklärerischen Impetus, der dem hysterischen Appell innewohnt, ist es wohl kein Zufall, daß die Psychoanalyse als eine aufklärende und emanzipatorische Wissenschaft in der Auseinandersetzung mit der Hysterie ihren Ursprung hatte. An der Hysterie wurde die Methode der Psychoanalyse entdeckt, erprobt und ausgebaut, an ihr entwickelten sich die Grundzüge der Theorie und Behandlungstechnik (vgl. FENICHEL 1931, S. 13). Zwar wird von feministischer Seite zu Recht darauf hingewiesen, daß die Geschichte der Psychoanalyse unter männlichem Vorzeichen steht und patriarchalische Grundannahmen in der Theorie kritisch überprüft und gegebenenfalls revidiert werden müßten (ROHDE-DACHSER 1991), doch wird der grundsätzliche Ansatz, das Bemühen der Psychoanalyse um ein Sinnverständnis, hier nicht in Frage gestellt.

Die Entdeckung von Sinnzusammenhängen bei hysterischen Symptomen ist das eigentlich Revolutionäre. Damit war die Voraussetzung gegeben für einen neuen, kritischen Dialog, der eine Umwälzung des Denkens in Gang brachte und der noch lange nicht abgeschlossen ist. Nicht zuletzt hat die Hysterie durch ihren unüberhörbaren Appell die Forscher zu großen Leistungen herausgefordert. Die Hysterie scheint von den psychogenen Erkrankungen diejenige zu sein, die am ehesten dazu herausfordert,

subjektive Lebensgeschichte und objektive Gesellschaftsprozesse unter die Lupe zu nehmen.

VII

Die Hysterie in der heutigen Medizin und Gesellschaft

MITTSCHERLICH (1966) geht davon aus, daß sich in der Existenz psychosomatischer Erkrankungen und Neurosen eine Chance für die Gesellschaft verbirgt, etwas über ihre eigene Pathologie zu erfahren. Erfahrungsgemäß sind aber die Inhaber politischer und wirtschaftlicher Macht nicht sehr an kritischen Einsichten über die Gesellschaft interessiert, sondern konzentrieren ihre Anstrengungen darauf, bestehende Verhältnisse festzuschreiben. Nach MITTSCHERLICH (1963) wird die Gesellschaft eher dazu neigen, »Stereotypen des Denkens und Handelns zu folgen, statt kritischer Einsicht«. Zudem kann die Gesellschaft ihren Anspruch »so terroristisch in das Individuum hinein vortragen«, daß sie letztlich den einzelnen zur Einhaltung ihrer Normen zwingt (MITTSCHERLICH 1966). Da die Hysterie in ihrer Symbolhaftigkeit und mit ihrem starken Ausdruckscharakter zum Nachdenken zwingt, das auch gesellschaftskritische und gesellschaftsverändernde Formen annehmen kann, ist sie in der Regel unerwünscht. Für ISRAEL (1987, S. 10) ist die Hysterie

»revolutionär. Sie stand am Anfang der psychoanalytischen Revolution, aber sie hat bei weitem noch nicht alle ihre Früchte hervorgebracht. So könnte man die Hysterie eingewoben in vielen Protest- und Befreiungsbewegungen wiederentdecken, wie auch in den von repressiven, unterdrückenden Systemen offengelassenen Freiräumen.«

Wie die Geschichte zeigt, hat die Hysterie immer wieder zu verschiedenen Formen der Ausgrenzung und Distanzierung herausgefordert. Nach den ätiologischen Phantasien der Antike konnte das männliche Geschlecht von dieser Krankheit erst gar nicht befallen werden; ein Zeichen, wie groß das Bedürfnis war, sich von diesem Phänomen fernzuhalten. Aus einer Position der Distanz bemühte man(n) sich, über medizinische Theorien, durch

Heilmittel und notfalls mit Gewalt der Krankheit »Herr« zu werden. Daß die Krankheit in einem Zusammenhang steht mit der Problematik des Geschlechts, der Kindheit, der Familie und vor allem auch mit Fehlentwicklungen in der Gesellschaft, konnte lange nicht hinreichend wahrgenommen werden. Im Mittelalter, besonders zur Zeit des Hexenwahns, setzten die Herrschenden ihre Ansprüche auf äußerst sadistische, paranoide, terroristische Weise durch und zeigten damit, in welch krankem Zustand sich diese Gesellschaft befand. »Nicht allein die weltliche Machtposition der Kirche war in Gefahr, auch ihre Vorrangstellung als kulturverwaltende und heilsvermittelnde Institution« (HONEGGER 1978). Der Terror erreichte aber oft das Gegenteil, nämlich vermehrte Auflehnung: »Ansteckung«, Nachahmung und Identifizierung führten zu Massenhysterien. Die Intensivierung des Terrors der Inquisition führte nicht zur »Heilung«, sondern eher zur Verschlimmerung der Zeitkrankheit. Erst durch den Mut der Gegner der Hexenverfolgung kam es schrittweise zu einem Rückgang des mörderisch agierten Widerstandes gegen notwendige Erkenntnis- und Wandlungsprozesse der Gesellschaft. In diesem historischen Kontext betrachtet, kann es kaum verwundern, daß im Zuge aufklärerischer Rationalität die Hysterie Ende des 18. und zu Beginn des 19. Jahrhunderts von der Medizin zunächst einmal als ein Defekt im Kopf angesehen wurde.

Wie geht nun aber die Gesellschaft heute mit dem Hysteriker um? Die Psychoanalyse hat hier einen Weg gezeigt. Sie verfügt nunmehr über eine fast 100jährige Erfahrung im Umgang mit hysterischen Patienten. Sie hat gelehrt, daß es möglich ist, die Entstehungsbedingungen zu verstehen und mit dem Hysteriker in einen heilsamen Dialog einzutreten. Damit könnten alle ausgrenzenden, gewaltsamen und zerstörerischen Umgangsformen mit dem Hysteriker inzwischen weitgehend überwunden sein. Dies ist aber bis heute nicht der Fall. Noch immer gibt es sehr destruktive Umgangsformen mit der Hysterie. Wie ist das möglich?

Die moderne Medizin tut sich aufgrund ihres naturwissenschaftlichen Paradigmas mit der Hysterie genauso schwer wie mit den Erkenntnissen jener Wissenschaft, die in der Auseinandersetzung mit der Hysterie ihren Anfang nahm. Daher kann es auch nicht verwundern, daß der Psychoanalyse erst im hohen Alter von etwa 70 Jahren der Eintritt in die medizinischen Fakultäten der

Bundesrepublik gestattet wurde.⁶ Mit der Dominanz naturwissenschaftlicher Theorien zur Ätiologie und Pathogenese in der Medizin (etwa ab der Mitte des 19. Jahrhunderts unter dem Einfluß von VIRCHOW, PASTEUR und KOCH) wurden ganze Generationen von Medizinern in dem Glauben bestärkt, daß die Lösung aller gesundheitlichen Probleme machbar sei und daß es sich dabei nur noch um eine Frage der Zeit und des Fortschritts handeln könne. Eine ähnliche Einstellung herrschte auch im Hinblick auf gesellschaftliche Probleme vor. Psychosomatik und Psychoanalyse fristeten angesichts dieses herrschenden Weltbildes in Medizin und Gesellschaft (dessen Grenzen heute allenhalben sichtbar werden) ein bescheidenes Dasein. Erst mit der neuen Approbationsordnung 1970 wurden Lehrstühle für Medizinische Psychologie sowie Psychotherapie und Psychosomatik an allen Universitäten der Bundesrepublik eingerichtet. Trotz großer Bemühungen der Fachvertreter kann aber innerhalb weniger Jahre nicht nachgeholt werden, was jahrzehntelang versäumt wurde. Die Mehrzahl der heute tätigen Ärzte ist noch nicht oder nur ungenügend in Psychotherapie und Psychosomatik ausgebildet und noch ganz dem naturwissenschaftlich-technischen Paradigma verpflichtet. Dies sind schlechte Bedingungen für den Hysteriker.

Nach meinen Beobachtungen verhalten sich viele Mediziner hysterischen Erscheinungen gegenüber nicht weniger naiv und unaufgeklärt (und geben keine wesentlich bessere Figur ab) als der hysterisch agierende Patient selbst – worüber auch kein professionelles Omnipotenzgehabe hinwegtäuschen kann. Zunächst werden die vom hysterischen Patienten vorgebrachten Beschwerden akribisch nach der naturwissenschaftlichen Methode untersucht und eingehend medizinisch-technisch abgeklärt. Gegen die unverzichtbare somatische Abklärung ist nichts einzuwenden, doch werden dabei in der Regel alle Zeichen einer Psychogenese ausgeblendet, und es wird um so intensiver instrumentell geforscht (das heißt agiert), je weniger man mit eindeutigen Befunden aufwarten kann, denn »irgendwas muß man doch finden!«. Die Kränkung für den Arzt liegt darin, daß er mit seinen Methoden in der Regel nicht fündig werden kann, wenn man von meist irreführenden Nebenbefunden absieht. Irgendwann wird der Arzt erkennen, daß er es gar nicht mit einem »echten Kranken« im Sinne seines Weltbildes zu tun hat. Jetzt erst fällt ihm auf, daß der

Patient »überhaupt die ganze Zeit schon so merkwürdig« war. Da der Arzt – wie üblich – seine emotionale Wahrnehmung ausgeschaltet hatte, konnte er sie auch diagnostisch nicht nutzen. Jetzt aber holt ihn das Emotionale doch hinterrücks ein, und er spürt Kränkung und Insuffizienz. Er entlastet sich dadurch, daß er den Patienten als Simulanten und Betrüger oder bestenfalls noch als einen Fall für den Psychiater von sich weist. Für den naturwissenschaftlich denkenden Mediziner hat ein solcher Patient »nichts«, und deshalb fühlt er sich auch hinter's Licht geführt. Es fehlt ihm die Möglichkeit, das Anliegen des Hysterikers auch nur in der Tendenz zu verstehen. Wenn seine Methode versagt, die er für die einzig Richtige hält, muß er sich letztlich selbst als Versager fühlen und dieses Gefühl durch entsprechend forsches oder zurückweisendes Verhalten oder durch andere Arten des Agierens kompensieren.

Wenn der Arzt den Patienten nicht los wird, weil dieser sich in seinem fortwährenden konversionsneurotischen Agieren an ihm klammert und ihm in immer neuen unklaren Situationen seine Insuffizienz vor Augen führt, hat der Arzt natürlich auch die Möglichkeit, sich am Patienten für diese Schmach zu rächen. Unsicherheit und Aggression können den Arzt dazu bringen, den Patienten immer »schärfer« zu attackieren, ihm immer unangenehmere und schmerzhaftere Untersuchungen zuzufügen, den Patienten zu demütigen, operative Eingriffe vorzunehmen, Organe zu entfernen und anderes mehr; alles natürlich in der scheinbar »rational« begründeten Erwartung, doch noch zu den verborgenen (somatischen) Quellen der Störung vorzudringen und den Patienten zu heilen – oder ihm zumindest seine Symptome auszutreiben. Hat erst mal eine Operation stattgefunden, können über neue Beschwerden und Folgeerscheinungen zahlreiche weitere medizinische Interventionen notwendig werden, unter Umständen sogar weitere Eingriffe gerechtfertigt sein. So können sich der Arzt und sein hysterischer Patient auf diesem Agierfeld noch viele Jahre, vielleicht lebenslang, miteinander beschäftigen, ohne sich der neurotischen Grundlagen ihrer Interaktionen bewußt zu werden und ohne der Lösung der Konflikte des Patienten (und auch des Arztes) auch nur ein kleines Stück näherzurücken. Es wird im Gegenteil alles mehr und mehr mystifiziert und verschleiert. Arzt und Patient gehen in ihrer Unbewußtheit eine heimliche Koalition

ein, indem sie sich gemeinsam der Aufklärung, Reifung und Veränderung widersetzen. Assoziationen mittelalterlicher Verhältnisse liegen nun gar nicht mehr so fern.

Es ist eine unbestreitbare Tatsache, daß die soziale Umgebung für Gesundheit und Krankheit des einzelnen eine entscheidende Rolle spielt. Wenn von protektiven und pathogenen kulturellen Einflüssen auf die Gesundheit des einzelnen die Rede ist, dürfen die spektakulären Erfolge der modernen Medizin bei lebensbedrohlichen Erkrankungen nicht unerwähnt bleiben. Andererseits ist aber das Bemühen der modernen Medizin, psychische und soziale Phänomene zu integrieren, in den Kinderschuhen stecken geblieben. Je mehr die moderne Medizin sich als Reparaturbetrieb verstand und dabei psychische und soziale Faktoren ausschloß, desto mehr versagte sie vor diesen Aufgaben.

Die Sachlichkeit und Unpersönlichkeit, von der die Medizin immer noch durchdrungen ist, spiegelt die Situation in der Gesellschaft wider: Widersprüche müssen permanent geleugnet werden. Irrationales und Zerstörerisches, das sich hinter den rationalen Fassaden verbirgt, darf nicht oder nur so dezent zur Sprache kommen, daß daraus keine systemverändernde Praxis resultieren kann. Wie in der Gesellschaft Subjektivität hinter Funktionalität zurücktreten muß, so zeigt sich auch die naturwissenschaftliche Medizin wenig einfühlbar in die nicht objektivierbaren Befunde der psychisch kranken Menschen. Appelle an Sachlichkeit, Vernunft, Rationalität, Anpassung begleiten unser Leben. Emotionales und Irrationales wird als gefahrvoll erlebt, weshalb man sich die Auseinandersetzung damit lieber erspart. Diese Abwehr bewirkt aber eher das Gegenteil, nämlich daß das unverstandene Irrationale in immer bedrohlicherem Maße wirksam wird. Der Satz: »Werden sie bitte nicht emotional«, ist geradezu ein geflügeltes Wort unserer Zeit geworden. Besonders in politischen Reden und Diskussionen wird angebliche Emotionslosigkeit der Auseinandersetzung gelobt. Das Wort »Emotionalität« wird fast automatisch mit einem negativen Beigeschmack belegt. Man stellt sich in diesem Zusammenhang lautes, unreifes, unberechenbares, streitsüchtiges Verhalten vor. Daß es auch nicht neurotisch verzerrte, angemessene Emotionalität gibt, und daß diese im menschlichen Kontakt mit dem Erleben von Echtheit, Vertrauen, Gefühlswärme und auch mit planvollem, verantwortlichem Han-

deln verbunden ist, wird in der Alltagssprache erst gar nicht in Erwägung gezogen. Wenn diese positiven Aspekte der Emotionalität, die für menschliche Bindungen und für die menschliche Entwicklung überhaupt unverzichtbar sind, in der Alltagssprache keinen Ausdruck finden, wenn »Emotionalität« im Sprachgebrauch – vor allem auch der Politiker – fast ausschließlich als etwas Negatives und Lästiges angesehen wird und »emotional« lediglich ein etwas milderer Wort für »hysterisch« ist, so mag dies ein Hinweis darauf sein, in welcher Weise Gefühlsstörungen gesellschaftlich verpönt sind. Die Tatsache, daß »Emotionalität« im allgemeinen Sprachgebrauch so negativ verstanden wird, kann auch als Hinweis auf das Vorherrschen unreifer Emotionalität in der Gesellschaft angesehen werden, die es hinter sachlichen und rationalen Fassaden zu verstecken gilt.

So wird nun auch klar, warum die Hysterie mit ihrem starken emotionalen Ausdruck und Appell gerade heute von Medizin und Gesellschaft so verachtet und bekämpft wird. Die Hysterie paßt nicht in einen »sachlichen« (als wären wir Sachen) und bedürfnisorientierten Umgang, denn sie appelliert an den Mitmenschen und ist damit beziehungsorientiert. Sie sucht die Resonanz und Aufmerksamkeit des anderen. Sie demonstriert und appelliert, wenn auch mit neurotischer Verzerrung, an das Gefühl beziehungsweise Mitgefühl des Menschen. Mit ihrer Hyperemotionalität führt sie der Gesellschaft ihre ebenso neurotische Emotionslosigkeit und Verleugnung des Irrationalen vor. Deshalb müssen alle, die der Gesellschaft Widersprüche aufzeigen, mit dem Etikett »hysterisch« abgewertet werden. Hierunter fallen auch jene Menschen, die über die politische Entwicklung besorgt sind und durch die Konzeptionslosigkeit und das Versagen der herrschenden Politiker – angesichts drängender aktueller politischer, gesellschaftlicher oder Umwelt-Probleme – verzweifelt sind und dies in heftigem, emotional appellierendem Protest ausdrücken.

Wenn die Hysterie, die Jahrtausende der Diffamierung und Unterdrückung, ja sogar die Hexenverfolgung überstanden hat, sich nun auf dem Rückzug befindet – was viele Autoren meinen –, dann liegt es sicher nicht daran, daß die Appelle verstanden, die ihr zugrundeliegenden Konflikte gelöst, zwischenmenschliche Beziehungen verbessert, Mißverständnisse und Widersprüche

ausgeräumt sind. Es scheint eher so zu sein, daß wirksamere Formen der Ausgrenzung und Unterdrückung, etwa durch emotionale Kälte und Versachlichung der Beziehungen, dafür verantwortlich sind, daß hysterische Appelle verstummen und andere pathologische Mechanismen wirksam werden.

VIII

Schritte in die Anpassung

Anscheinend waren die früheren Umgangsweisen mit der Hysterie – und wir haben gesehen, daß sie zum Teil mörderisch waren – nicht so wirksam wie die kalte, verachtende Zurückweisung, die die Hysterie heute, in unserem aufgeklärten, sachlichen Zeitalter erfährt. Die moderne Medizin agiert mit dem Patienten instrummentell und will von seinen Gefühlen nichts wissen. Manche Patienten kämpfen weiter, andere verstummen früher oder später resignativ. Entwickelt der Patient körperliche Symptome und verhält sich dagegen psychisch unauffällig, so paßt er ins Bild des naturwissenschaftlich denkenden Mediziners. Paßt er nicht ins Bild, wird er nicht selten gegütelt und letztendlich kalt zurückgewiesen.

So beugt sich letztlich die hysterische Appellkrankheit den Verhältnissen, und heraus kommt eine emotionsarme oder emotionslose Auffälligkeit oder Erkrankung. Die naturwissenschaftliche Medizin unterstützt die gesellschaftliche Zurückweisung des emotional appellierenden Menschen und versucht, ihn dahingehend zu manipulieren, daß er wieder ins seelenlose Konzept paßt. In der Tat paßt sich nicht selten der Patient schon im Vorfeld den Erfordernissen der naturwissenschaftlichen Medizin und deren Paradigmen an, achtet darauf, was den Arzt interessiert, welche (sachlichen) Mitteilungen dieser wünscht und welche (emotionalen) er in Wort und Gestus zurückweist. So lernt der Patient oft schon früh die herrschenden Spielregeln, das heißt, er wird infolge seiner ungelösten Konflikte gleich psychosomatisch oder somatisch krank, anstatt den Umweg über eine Neurose zu nehmen. Mit einem endoskopisch und röntgenologisch diagnostizierbaren Duodenalgeschwür kann der Arzt aufgrund seiner Ausbildung

eben mehr anfangen als mit einem diffusen Angstgefühl oder einem Konversions-Bauchschmerz. Anstatt das (unbewußte) Agieren des Patienten wahrzunehmen und diagnostisch und therapeutisch zu verwerfen, agiert der Arzt oft genauso unbewußt wie der Patient und verschlimmert den Schaden. Für eine rein am pathologischen Organbefund orientierte Medizin sind funktionelle psychogene Körperbeschwerden keine Krankheit, allenfalls bösartige Täuschungsversuche von Seiten des Patienten, denen erzieherisch begegnet werden muß. Diese Ablehnung trifft auf die Angst des Patienten, aus der gesellschaftlichen Norm herauszufallen. So hat er nur begrenzte Ressourcen in seinem Kampf, als Subjekt wahrgenommen zu werden.

Sachlichkeit und Emotionslosigkeit der modernen Medizin sind Ausdruck eines gesellschaftlichen Phänomens. Die Zeichen häufen sich, die für eine zunehmende Ent-Emotionalisierung im familiären und gesellschaftlichen Leben sprechen. Wir können sehen, daß Eltern immer weniger Zeit mit ihren Kindern verbringen und sich immer weniger mit ihnen beschäftigen. Auf dem Boden früherer Traumatisierungen beobachten wir zunehmend Formen narzißtischer Identitätsbildung mit Gleichgültigkeit, Ausländerhaß, destruktiver und asozialer Gewalt (s.a. ZEPF 1993a, 1994). Liebesbeziehungen sind schon von Kind auf erschwert und derart verzerrt, daß personale Beziehungen im Erwachsenenleben scheitern oder erst gar nicht zustandekommen (ZEPF 1993b). Immer mehr Menschen leben allein, weil sie nicht in einer Beziehung leben können.

Vor diesem gesellschaftlichen Hintergrund wird deutlich, daß kaum noch jemand bereit ist, dem dramatisch an Gefühlsresonanz und Beachtung appellierenden Hysteriker mehr als ein kaltes, gleichgültiges Kopfschütteln zu schenken. So muß der Hysteriker auf noch unreifere Konfliktlösungsstrategien zurückgreifen. Die bei hysterischen Patienten vielfach beschriebenen präödiptalen Beschädigungen begünstigen unter diesen Bedingungen einen Rückzug auf orale, narzißtische oder auch psychosomatische Mechanismen. Es handelt sich um die Wiederholung früher insuffizienter Beziehungserfahrungen, wobei die emotionale Zurückweisung durch Bezugspersonen entweder offen erfolgte oder sich hinter einer Maske der Überfürsorglichkeit verbarg. Der Patient sucht vor diesem Hintergrund unbewußt in früheren Abwehr-

manövern seine Lösung und entwickelt etwa eine Depression, eine narzißliche Krise oder eine psychosomatische Erkrankung. Auf diese Weise kommen tieferliegende ich-strukturelle Defizite zum Vorschein, die unter günstigeren äußeren Bedingungen kompensiert geblieben wären.

IX

Zusammenfassung

Der Blick auf die Geschichte der Hysterie zeigt, daß sich in dieser Krankheit nicht nur individuelles, sondern auch gesellschaftlich verursachtes Leiden ausdrückt. Die dramatische und appellative Darstellung unerträglicher Zustände kann als Kritik am Bestehenden aufgefaßt werden und fordert deshalb eine gesellschaftliche Antwort heraus. Unsere heutige Gesellschaft weist den emotionalen Appell als unreif und unangemessen zurück. Sie möchte ihre Defizite nicht vorgeführt bekommen und übt auf den einzelnen Druck aus, dies zu unterlassen. Rationalität und Sachlichkeit werden gepriesen, die sich aber, genauer betrachtet, als Zweckrationalität, als Rationalität ohne Einsicht (vgl. HORN 1971), entlarven. Dadurch wird die vielgepriesene Sachlichkeit inhuman – Menschen werden wie Sachen behandelt. Treten in diesem Spannungsfeld Konflikte auf, so müssen sie verleugnet werden. Sie sollen weder im Kontext der individuellen Lebensgeschichte noch als Ausdruck einer pathogenen Sozialstruktur wahrgenommen werden (vgl. ZEPF 1976). In dem Bemühen, bestehende ökonomische Verhältnisse und Machtverhältnisse zu wahren und zu stabilisieren, vernachlässigt die Gesellschaft die Wahrnehmung zerstörerischer Prozesse und kann diesen deshalb auch nicht frühzeitig entgegensteuern. Dies trifft für die katastrophalen Umweltzerstörungen genauso zu wie für die inneren Zerstörungen im Menschen. Hier setzt in der Regel der affirmative Hinweis auf das Schlechte vergangener Epochen ein, doch sollte dieser nicht den Blick auf das neue Elend vernebeln (vgl. ADORNO 1955) und Problemlösungen blockieren.

Die Hysterie kann als ein solcher Aufruf zur Veränderung, zum Weniger-Leiden verstanden werden. Nicht zuletzt werden

Menschen, die sich aktiv und unter großem eigenen Risiko einmischen, sich für bessere soziale, politische Verhältnisse und für eine bessere Umwelt einsetzen, gerne als »hysterisch« bezeichnet, besonders dann, wenn sie nicht mehr »ruhig und sachlich«, wie es gefordert wird, sondern mit Eifer demonstrieren, appellieren, eingreifen, wie es meines Erachtens oft nötig ist. Ich denke hier beispielsweise an Greenpeace-Aktivisten. Dem »Hysteriker« steht aber immer ein indolenter Partner oder eine indolente Gesellschaft gegenüber, Menschen also, die nicht hören, sehen, fühlen, den Appell nicht wahrnehmen wollen und notwendige Veränderungen boykottieren. So ist die Unterdrückung der sich in der Hysterie ausdrückenden Emotionalität und Subjektivität die konsequente Maßnahme einer Gesellschaft, die sich gegen Veränderungen sträubt. Damit verordnet die Gesellschaft einen Rückzug. Ruhig und sachlich, emotionslos soll gesprochen und gehandelt werden, trotz aller Sorge und Verzweiflung, aber damit entfremdet sich der Mensch von sich selbst. Wenn wir wollen, daß sich Menschen weiterhin in personalen Beziehungen auch gesellschaftlich engagieren, ist es nötig, auch emotional miteinander umzugehen.

Dagegen ist die kalte, konsequente Nichtbeachtung eine vielgeübte Praxis gegenüber dem hysterischen Patienten. Der einzig richtige Umgang ist aber die konsequente Beachtung, das Hinschauen, Hinhören, verbunden mit dem Versuch, das Leiden zu verstehen und zu begreifen. Dies wäre auch eine gesellschaftskritische Praxis, denn, indem der Arzt seinen Patienten wahrnimmt und seinen hysterischen Appell als wichtiges Signal und als sinnvoll anerkennt, nimmt er auch den Patienten in seiner Einmaligkeit wahr und kann dadurch nach individuellen und gesellschaftlichen Ursachen des Leidens fahnden. Ein schematischer, sachlicher und unpersönlicher Umgang mit dem Hysteriker wird dem Leiden in keiner Weise gerecht. Beziehungslosigkeit und instrumentelle Beziehung durch personale Beziehung zu ersetzen, wäre dagegen auch eine gesellschaftsverändernde Praxis. Nur in der personalen, emotionalen Beziehung kann es gelingen, psychisches Leiden zu überwinden, indem Unbewußtes, Verdrängtes affektiv wiederbelebt und ins Bewußtsein gebracht wird, wie FREUD es fordert, oder – wie LORENZER es formuliert – verborgene Sinnzusammenhänge wieder verfügbar gemacht wer-

den. Dies muß gesellschaftliche Prozesse einschließen, die an Persönlichkeits- und Beziehungspathologien »nein großen Anteil haben« (FREUD 1911, S. 111) und die Dialoge, kreatives Nachdenken und emotionale Beziehungen blockieren können. Die Hysterie tritt auch als eine irrationale Antwort auf irrationale gesellschaftliche Verhältnisse in Erscheinung und fordert dazu auf, die irrationale gesellschaftliche Praxis, die sich hinter rationalen Fassaden und Pseudonormalität versteckt, zu verändern. Die Anpassung des Einzelnen an die gesellschaftliche Rationalität geht Hand in Hand mit dem Verlust seiner Subjektivität (s. a. BARAN 1966). Hysteriker verweigern ein entsubjektiviertes, rationales Handeln, wehren sich also gegen eine Tendenz in unserer Gesellschaft. Ihre Gegenwehr scheint aber schwächer zu werden.

FREUD hat prognostiziert, daß die Hysterie verschwindet, sobald sie aufgeklärt und entmystifiziert ist. Heute müssen wir beobachten, daß ein Verschwinden der Hysterie nicht bedeuten muß, daß Unbewußtes bewußt geworden ist oder verborgene Sinnzusammenhänge wieder verfügbar sind. Vieles spricht dafür, daß hysterische Symptome einem gesellschaftlichen Anpassungsdruck weichen und daß an ihre Stelle schwerere Erkrankungen treten, denen schlimmere Mystifikationen (als wir sie bei der Hysterie finden) zugrunde liegen, und die weniger Emotionalität und Subjektivität erkennen lassen.

Anmerkungen

- 1 Aus dem altgriechischen Hystera = Gebärmutter, Hysteria = das Herumwandern der Gebärmutter.
- 2 Solche Vorstellungen verbreiteten sich allerdings erst im 13. Jahrhundert durch die Tätigkeit der päpstlichen Ketzergerichte. Vorher wurde an Hexerei nicht allgemein geglaubt.
- 3 Dies ist eine Anspielung auf GORTIUS Faust, der (im zweiten Teil) in seinem leidenschaftlichen Drang »zu den Mittern« hinabsteigt und nach seiner Rückkehr die griechischen Gestalten vor der erstaunten Hofgesellschaft erscheinen läßt.
- 4 Ich benutze hier und im folgenden bewußt das generische Maskulinum und meine stets, falls nicht ausdrücklich anders gesagt, sowohl den Hysteriker als auch die Hysterikerin.
- 5 Dieser Rückzug hysterischer Reaktionen vollzog sich auch in

Ländern mit so unterschiedlicher politischer und ideologischer Struktur wie den USA und dem nationalsozialistisch beherrschten Deutschland. Dagegen behauptete sich in Japan und Rußland sowie in jugoslawischen Partisanenarmeen die Hysterie auch im Zweiten Weltkrieg unter den Kriegsnervosen auf dem ersten Platz. Nach japanischen Statistiken übertrifft die Hysterie mit zwölf Prozent aller psychischen Störungen jede andere Neurose oder Persönlichkeitsstörung (MEYER 1973, S. 103).

6 FREUD (1911, S. 111) sah die Entwicklung voraus: »Die Gesellschaft wird sich nicht beeilen, uns Autorität einzuräumen. Sie muß sich im Widerstande gegen uns befinden, denn wir verhalten uns kritisch gegen sie; wir weisen ihr nach, daß sie an der Verunsicherung der Neuronen selbst einen großen Anteil hat. Wie wir den einzelnen durch die Aufdeckung des in ihm Verdrängten zu unserem Feinde machen, so kann auch die Gesellschaft die rücksichtslose Bloßlegung ihrer Schädlen und Unzulänglichkeiten nicht mit sympathischem Entgegenkommen beantworten; weil wir Illusionen zerstören, wirft man uns vor, daß wir die Ideale in Gefahr bringen«.

Literatur

- ABRAHAM, K. (1921): Äußerungsformen des weiblichen Kastrationskomplexes. In: ABRAHAM, K. (1971): Psychoanalytische Studien. Bd. II. Fischer, Frankfurt a. M., S. 69–99.
- ABRAHAM, K. (1921): Beitrag zur »Tic-Diskussion«. In: ABRAHAM, K. (1969): Psychoanalytische Studien zur Charakterbildung und andere Schriften. Fischer, Frankfurt a. M., S. 64–68.
- ADORNO, Th. W. (1966): Zum Verhältnis von Soziologie und Psychologie. Ges. Schr. Bd. 8. Suhrkamp, Frankfurt a. M. (1972), S. 42–92.
- ALACON, R.D. (1973): Hysteria and Hysterical Personality. How Come One Without the Other? Psychiat. Quart. 47: 258–275.
- ALEXANDER, F. (1950): Psychosomatische Medizin. De Gruyter, Berlin, 2. Auflage 1971.
- BAEYER, W.v. (1948): Zur Statistik und Form der abnormen Erlebnisreaktionen in der Gegenwart. Nervenarzt 19: 204–408.
- BALLX, G. (1948): Zur Anthropologie der Kriegszeit. Schweiz Arch Neurol. Psychiat. 61: 22–40.
- BARAN, P.A. (1966): Unterdrückung und Fortschritt. Suhrkamp, Frankfurt a. M.
- DELMENAU, J. (1978): Angst im Abendland. Die Geschichte kollektiver Ängste im Europa des 14. bis 18. Jahrhunderts. Rowohlt, Reinbek (1985).
- DUNBAR, F. (1948): Psychosomatic Diagnoses. Hoeber, New York.
- EASSER, B.R., LESSER, S. R. (1965) Hysterical Personality: A Re-evaluation. Psychoanal. Quart. 34: 390–405.

- ERNST, C. (1979): Der Exorzismus. In: Die Psychologie des 20. Jahrhunderts, Bd. XV. Kindler, Zürich, S. 717-727.
- FENICHEL, O. (1931): Hysterien und Zwangsnerven. Wiss. Buchges., Darmstadt, 3. Auflage 1974, S. 153-174.
- FENICHEL, O. (1945): Psychoanalytische Neurosenlehre. Bd. II. Ullstein, Frankfurt a. M. (1983), S. 168-185.
- FERENCZI, S. (1919): Hysterische Materialisationsphänomene. In: FERENCZI, S. (1972): Schriften zur Psychoanalyse, Bd. II. Fischer, Frankfurt a. M., S. 11-24.
- FREUD, S. (1892): Ein Fall von hypnotischer Heilung. In: GW I, S. 3-17.
- FREUD, S. (1893): Über den psychischen Mechanismus hysterischer Phänomene; Vortragsaufgabe Mitteilung. In: GW I, S. 81-98.
- FREUD, S. (1894): Die Abwehr-Neuropsychose. In: GW I, S. 59-74.
- FREUD, S. (1895): Studien über Hysterie. In: GW I, S. 99-312.
- FREUD, S. (1911): Die zukünftigen Chancen der psychoanalytischen Therapie. In: GW VIII, S. 103-115.
- FREUD, S. (1913): Totem und Tabu. In: GW IX, S. 1-194.
- FREUD, S. (1914): Zur Geschichte der psychoanalytischen Bewegung. In: GW X, S. 43-113.
- FREUD, S. (1923): Eine Teufelsneurose im siebzehnten Jahrhundert. In: GW XIII, S. 315-353.
- FREUD, S. (1932): Brief an Stephan Zweig. In: FREUD, S. (1960): Briefe 1873-1939, Fischer, Frankfurt a. M., S. 405-406.
- FREUD, S. (1939): Der Mann Moses und die monotheistische Religion. In: GW XVI, S. 101-246.
- HAAS, J.U. (1976): Schamanentum und Psychiatrie. Med. Diss. Freiburg/Br.
- HABERMAS, J. (1981): Theorie des kommunikativen Handelns. Suhrkamp, Frankfurt a. M.
- HAV, Th.F. (1968): Frühkindliches Schicksal und Neurose. Verl. Med. Psychol., Göttingen.
- HOFFMANN, S. O., HOCHAPFEL, G. (1979): Einführung in die Neurosenlehre und Psychosomatische Medizin. Schattauer, Stuttgart.
- HOLL, A. (1979): Der letzte Christ - Franz von Assisi. DVA, Stuttgart.
- HONIGGER, C. (1978): Die Hexen der Neuzeit. Studien zur Sozialgeschichte eines kulturellen Deutungsmusters. Suhrkamp, Frankfurt a. M.
- HORN, K. (1971): Dressur oder Erziehung - Schlägrituale und ihre gesellschaftliche Funktion. Suhrkamp, Frankfurt a. M.
- ISRAEL, L. (1987): Die unerhörte Botschaft der Hysterie. Reinhardt, München.
- JASPERS, K. (1913): Allgemeine Psychopathologie. Springer, Heidelberg, 8. Aufl. 1965.
- KLEIN, M. (1932): Die Psychoanalyse des Kindes. Reinhardt, München, 2. Aufl. 1971.
- KÖNIG, H.D. (1988): Von der vaterlosen zur mutterlosen Gesellschaft und darüber hinaus. Luzifer-Amor 1: 55-87.
- KOHN, H. (1977): Die Heilung des Selbst. Suhrkamp, Frankfurt a. M. (1979).
- LASCH, C. (1979): Das Zeitalter des Narzissmus. Steinhausen, München (1980).
- LEIBBRAND, A., LEIBBRAND, W. (1972): Formen des Eros. Kultur- und Geistesgeschichte der Liebe. Bd. I: Vom antiken Mythos bis zum Hexenglauben. Albet, Freiburg/Br.
- LOCH, W. (1965): Übertragung - Gegenübertragung. Anmerkung zur Therapie und Praxis. Psyche 19: 1-23.
- LORENZER, A. (1986): Tiefenhermeneutische Kulturanalyse. In: LORENZER, A. (Hg.): Kultur-Analysen. Fischer, Frankfurt a. M., S. 11-98.
- MANNONI, O. (1971): Sigmund Freud. Rowohlt, Reinbek.
- MENTZOS, S. (1980): Hysterie. Zur Psychodynamik unbewußter Inszenierungen. Kindler, München.
- MEYER, J.E. (1973): Gestaltwandel der Neurosen. In: GLATZEL, J. (Hg.) Gestaltwandel psychiatrischer Krankheitsbilder. Schattauer, Stuttgart, S. 95-106.
- MITSCHERLICH, A. (1963): Auf dem Weg zur vaterlosen Gesellschaft. In: Ges. Schr. Bd. III. Suhrkamp, Frankfurt a. M. (1983), S. 7-369.
- MITSCHERLICH, A. (1966): Krankheit als Konflikt 1. Suhrkamp, Frankfurt a. M.
- MITSCHERLICH, A. (1967): Krankheit als Konflikt 2. Suhrkamp, Frankfurt a. M.
- MOERSCH, E. (1978): Sozialpsychologische Reflexionen zum Symptomenwandel psychischer Störungen. Psyche 32: 403-419.
- POSTMAN, N. (1983): Das Verschwinden der Kindheit. Fischer, Frankfurt a. M.
- RANGEL, L. (1959): Die Konversion. Psyche 2: 121-147.
- REICH, W. (1933): Charakteranalyse. Kiepenheuer & Witsch, Berlin, 3. Aufl. 1971.
- REICHE, R. (1991): Haben frühe Störungen zugenommen? Psyche 45: 1045-1066.
- RONDE-DACHSKA, C. (1991): Expedition in den dunklen Kontinent. Springer, Berlin.
- SCHMIDT, G. (1954): Gestaltwandel von Massenreaktionen auf Kriegsgeschehnissen und Nachkriegsüberbelastung. Fortschr. Neurol. Psychiat. 22: 125-129.
- SCHRENK, M. (1974): Über Hysterie und Hysterie-Forscher. Prax. Psychother. Psychosom. 19: 250-262.
- SOURNIA, J.Ch., POULIER, J., MARTINY, M. (1978): Illustrierte Geschichte der Medizin, Bd. 1. Andreas & Andreas, Salzburg.
- SPRENGER, J., INSTITUTS, H. (1982): Der Hexenhammer. dtv, München.
- THOMÄ, H. (1963): Bemerkungen zu neueren Arbeiten über die Theorie der Konversion. Psyche 16: 801-813.

- THOMÄ, H., KÄCHNLE, H. (1976): Bemerkungen zum Wandel neurotischer Krankheitsbilder. *Psychother. Psychosom. med. Psychol.* 26: 183-190.
- UEKKÜLL, Th.v. (1963): Grundfragen der psychosomatischen Medizin. Rowohlt, Reinbek.
- WEINSHER, E.M. (1976): Concluding Comments on the Congress Topic. *Int. J. Psycho-Anal.* 57: 415-460.
- WYRSCH, J. (1980): Zur Geschichte der Psychiatrie. In: *Die Psychologie des 20. Jahrhunderts*, Bd. I. Kindler, Zürich, S. 953-1012.
- ZEPF, S. (1976): Grundlinien einer materialistischen Theorie psychosomatischer Erkrankungen. Campus, Frankfurt a. M.
- ZEPF, S. (1990): Psychosomatische Medizin als eine Sozialwissenschaft. In: UeKKÜLL, Th.v. (Hg.): *Lehrbuch der psychosomatischen Medizin*. Urban & Schwarzenberg, München, 4. Aufl., S. 49-62.
- ZEPF, S. (1993a): Über die Gleichgültigkeit. In: ZEPF, S. (Hg.): *Die Erkundung des Irrationalen - Bausteine einer analytischen Sozialpsychologie* nebst einigen Kulturanalysen. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S. 181-201.
- ZEPF, S. (1993b): Sexuelle Liebesbeziehungen und was sie heute sind - oder: Die unstillbare Sehnsucht ausgekühlter Herzen. In: ZEPF, S. (Hg.): *Die Erkundung des Irrationalen - Bausteine einer analytischen Sozialpsychologie* nebst einigen Kulturanalysen. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S. 154-180.
- ZEPF, S. (1994): Formen narzißföhrer Identitätsbildung, Gewalt und die neue Rechte. In: ZEPF, S. (Hg.): *Abgründige Wahrheiten im Alltäglichen*. Weitere Erkundung des Irrationalen. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1994.
- ZETZEL, E. (1968): The So-called Good Hysteric. *Int. J. Psycho-Anal.* 49: 256-260.

VOLKER ROELCKE
 Die Zähmung der Psychoanalyse durch
 öffentliche Institutionen¹

Aus der Gründungsgeschichte der
 Heidelberger Psychosomatischen Klinik

In der vorliegenden Arbeit werden einige theoretische Gedanken über das Verhältnis zwischen Psychoanalyse und öffentlicher Institution formuliert und am historischen Beispiel der Einrichtung einer Psychosomatischen Klinik an der Universität Heidelberg illustriert. Wesentliche Aspekte des Konflikts zwischen Psychoanalyse und öffentlicher Institution finden sich in kompakter Form bereits in der Gründungsgeschichte dieser Klinik. Ich werde mich deshalb darauf beschränken, die zentralen Aspekte dieses Konflikts darzulegen und durch das mir zugängliche Material über die Gründungsgeschichte der Klinik zu veranschaulichen.

Zunächst einige theoretische Überlegungen über das Verhältnis zwischen Psychoanalyse und öffentlicher Institution.² Die Psychoanalyse ist eine Theorie über intrapsychische Konflikte sowie über den Zusammenhang zwischen intrapsychischen und interindividuellen Konflikten. Eine der fundamentalen Annahmen der Psychoanalyse ist die Existenz unbewußter psychischer Prozesse beim Einzelnen und in sozialen Gruppen.³ Zu den unbewußt ablaufenden psychischen Vorgängen gehört die Verdrängung oder Abwehr angstausslösender Erfahrungen, beispielsweise von Konflikten zwischen individuellen Triebbedürfnissen und gesellschaftlichen Normen. Ziel der psychoanalytischen Tätigkeit ist das Aufdecken sowohl individueller als auch kollektiver unbewußter Prozesse und der zugrundeliegenden Motive, und dies auch gegen intrapsychische und äußere Widerstände. Die Tätigkeit des kritischen Aufdeckens kann allerdings nur dann konsequent durchgeführt werden, wenn auch die Position des