

Historische und methodische Grundlagen der Psychoanalyse und ihre Wertung für Aussagen zur frühkindlichen Entwicklung

**für die Leitung des Seminars
„Die Funktion der Familie in der primären Sozialisation in der Kindheit“
an der Technischen Hochschule Darmstadt im SS 1978
Darmstadt 1978**

Redaktionelle Überarbeitung 2000

Inhalt

1. Historische Bedingungen bei der Entstehung der Psychoanalyse	2
1.1 Der soziologisch-geschichtliche Hintergrund	2
1.2 Der medizinisch-wissenschaftliche Hintergrund	2
2. Anfänge der Psychoanalyse	3
2.1 Forschungen von BREUER und FREUD auf dem Gebiet der Hysterie	3
2.2 Die Entstehung der psychoanalytischen Technik	4
2.3 Entwicklung theoretischer Grundannahmen der Psychoanalyse	4
2.4 Die Rolle der Sexualität in der Entstehung der Hysterie	5
2.5 Probleme der psychoanalytischen Behandlung: Widerstand und Übertragung	6
3. Methodischer Hintergrund für Aussagen über die frühe Kindheit	7
3.1 Die Problematik des Rückschlusses von Aussagen erwachsener Patienten	7
3.2 Medizinische kausal-deterministische Betrachtung psychischer Phänomene	7
3.3 Die Verbalisierung als wesentliches Agens in der analytischen Situation	8
3.4 Die Kommunikationsstruktur in der analytischen Situation	9
4. Wertung psychoanalytischer Aussagen zur frühen Kindheit	10
4.1 Historische Abhängigkeit von gesellschaftlichen Problemen	10
4.2 Zur Bedeutung der Sexualität	10
4.3 Frühkindliche Sexualität	11
4.4 Komponenten der Eltern-Kind-Beziehung	11
4.5 Zur psychischen Dynamik des ersten Lebensjahres	12
4.6 Fehlschlüsse aus der analytischen Kommunikation	12

1. Historische Bedingungen bei der Entstehung der Psychoanalyse

1.1 Der soziologisch-geschichtliche Hintergrund

Die Atmosphäre im Wien der Jahre um 1900 wird als engherzig beschrieben. Antisemitische Einstellungen spielten eine große Rolle. Öffentliches Ansehen hing vielmehr von Titeln als von beruflicher Tüchtigkeit ab.

Sexuellen Fragen gegenüber herrschte eine prüde, unoffene Haltung. Die doppelte Moral war weit verbreitet: Eine Äußerung sexuell-erotischer Wünsche in der Öffentlichkeit galt als unmoralisch; eine Frau hatte als ‚Jungfrau‘ in die Ehe zu gehen; die jungen Adelligen gingen jedoch zu Prostituierten, um ‚Erfahrungen‘ zu sammeln, was jedoch nie offen bekannt werden durfte.

Im Rahmen der Nervenkrankheiten kam relativ häufig Hysterie vor, vor allem bei Frauen der Mittel- und Oberschichten. Die Hysterie kann als die Neuroseart gelten, in der die Sexualverdrängung am deutlichsten ist. Ihr häufiges Vorkommen in der damaligen Zeit kann als medizinisches Korrelat für die allgemein prüde Haltung der Sexualität gegenüber und für die doppelte Moral gelten.

1.2 Der medizinisch-wissenschaftliche Hintergrund

Sigmund Freud wurde in seiner Ausbildung nacheinander von zwei medizinwissenschaftlichen Richtungen geprägt, einmal von exakt naturwissenschaftlichen Forschungen im Rahmen der Physiologie und Anatomie, später dann von den Forschungen und Erfahrungen auf dem Gebiet der Hypnose und der Hysterie.

Im Studium begegnete Freud unter BRÜCKE (Helmholtzsche Schule der Medizin) einer dynamischen Betrachtungsweise in der physiologischen Forschung, bei der ein exakt naturwissenschaftliches Vorgehen mit einer evolutionär-darwinistischen Einstellung verbunden wurde. BRÜCKEs Gedanken zur Physiologie sind folgende:

Die Physiologie ist die Lehre von den Organismen, d.h. von lebenden Wesen, die sich in Tätigkeit befinden; in den Organismen sind nur physikalisch-chemische Kräfte wirksam; die Kräfte sind in Systemen organisiert; sie wirken nach dem Prinzip der Erhaltung der Energie, d.h. die Summe der Kräfte bleibt konstant, es existieren zwei Grundkräfte: Anziehung und Abstoßung.

Diese naturwissenschaftliche dynamisch-physiologische Betrachtungsweise spielt in der Triebtheorie Freuds eine große Rolle: Hinter den Trieben sieht er eine organische Energie chemischen Charakters wirken; sie zielt auf einen homöostatischen Ausgleich zwischen gegensätzlich angeordneten Kräften. (Ein Gleichgewichtszustand als Ziel von energetischen Strebungen spielt auch heute noch in der Psychologie und Sozialwissenschaften eine große Rolle, z.B. in der Feldtheorie LEWINs, in der Systemtheorie, in der Gruppenpsychologie, in der PIAGETschen Sicht der intellektuellen Entwicklung.) Das Streben nach naturwissenschaftlicher Exaktheit findet sich bei Freud bis in seine späten Jahre; noch 1920 betont er die Überlegenheit einer physiologisch-chemischen Ausdrucksweise gegenüber einer psychologischen bei der Beschreibung seelischer Phänomene. Auch in seiner kausal-deterministischen Betrachtungsweise der Neurosen wird die naturwissenschaftliche Haltung sichtbar. Nach seinem Studium hätte Freud sich auch am liebsten fortdauernd der naturwissenschaftlichen Forschung in der Medizin gewidmet. Geldmangel und Heiratsabsichten machten es jedoch notwendig, daß er sich als Arzt niederließ.

Als Nervenarzt wurde er bald mit dem Problem der Hysterie konfrontiert, einer damals häufig vorkommenden und zugleich noch rätselhaften Krankheit. Hysterische Symptome sind auffällige funktionelle Störungen in motorischen, sensiblen und sensorischen Bereichen, z.B. Lähmungen, Unempfindlichkeiten, Anfälle, Seh- und Sprachstörungen; organische Ursachen sind bei ihnen nicht aufzufinden, z.B. erscheinen Gliedmaße gelähmt, ohne daß organische Nervenverletzungen nachweisbar sind. Die Störungen umfassen oft einen relativ eng umgrenzten Körperbereich. Zugleich zeigen sie in der Regel einen deutlichen Ausdrucks- und Symbolcharakter, als ob ein Hysteriker mit seinen Symptomen sozusagen Aufmerksamkeit erregen will.

Mit den Problemen der Hysterie beschäftigten sich damals vor allem französische Mediziner wie JANET und CHARCOT. Zur Heilung verwandten sie vorwiegend die Hypnose; es wurde versucht, den Patienten die Symptome wegzusuggestieren. CHARCOT hatte festgestellt, daß sich bei geeigneten Personen in der Hypnose durch Suggestion physiologische Symptome provozieren ließen, die den hysterische weitgehend glichen (z.B. Erzeugen von Brandblasen). Damit war aufgezeigt, daß die Symptome durch gedankliche Vorstellungen hervorgerufen werden konnten, daß sie also seelischen Ursprungs waren. Freud studierte nach Beginn seiner ärztlichen Tätigkeit noch einige Jahre bei CHARCOT in Paris.

2. Anfänge der Psychoanalyse

2.1 Forschungen von BREUER und FREUD auf dem Gebiet der Hysterie

Als Nervenarzt arbeitete Sigmund Freud in Wien zunächst mit Josef BREUER zusammen. Beide widmeten sich vor allem der Heilung hysterischer Patienten und strebten zur wissenschaftlichen Erklärung hysterischer Phänomene.

Sie übernahmen von der Pariser Schule die Hypnose für die Behandlung der Patienten, modifizierten sie aber in der Form, daß sie statt ihrer ursprünglich suggestiven Funktion eine explorative-Funktion bekam; sie hatten festgestellt, daß sich die Patienten in der Hypnose an Ereignisse und Erlebnisse erinnerten, die für ihr Wachbewußtsein der Amnesie verfallen waren. Dabei machte Breuer bei einer Patientin Anna O. eine bahnbrechende Beobachtung: Immer dann, wenn sich die Patientin in der Hypnose bestimmter, sonst vergessener Erlebnisse wieder erinnert und diese Erinnerung mit einer entsprechenden Affektentladung verbunden war, verschwand ein Symptom, das mit dem Erlebnis in einem bestimmten Zusammenhang stand.

Beispiel: Der Patientin war es unmöglich geworden zu trinken. Einmal erzählte sie in der Hypnose mit allen Zeichen des Abscheus, wie sie in ein Zimmer gekommen sei und dort ein kleiner Hund aus einem Glase getrunken habe. Sie habe gegenüber der im Zimmer anwesenden Frau nichts gesagt, weil sie höflich sein wollte. In der Hypnose gab sie ihrem steckengebliebenen Ärger energischen Ausdruck und verlangte zu trinken. Sie trank dann in der Hypnose ohne Hemmung. Die Störung war damit verschwunden.

In diesem Vorfall werden schon wesentliche theoretische und therapeutische Bausteine der Psychoanalyse deutlich:

- a) In der Vergangenheit des Patienten existiert eine ungelöste Konfliktsituation, eine „traumatische“ Situation (Ekel vor Hund). Die Situation provozierte beim Patienten bestimmte Affekte; diese Affekte wurden von ihm jedoch nicht zugelassen, sondern unterdrückt, weil er in der Situation ein gesellschaftliches Verbot dieser Affekte in sich trug.
- b) Das aktuelle Symptomverhalten – nicht trinken zu können – steht mit dem unterdrückten Affekt – Ekel vor einem trinkenden Hund – in innerem logischen (oder auch zeitlichen) Zusammenhang. In gewisser Weise äußert sich der unterdrückte Affekt in dem Symptom.
- c) Die „traumatische“ Situation und mit ihr der nicht zugelassene Affekt sind aus dem Wachbewußtsein verschwunden. Sie beeinflussen aber trotzdem das aktuelle Verhalten durch das Symptom. Die vergangene Situation hat also für den Patienten eine unbewußte Wirkung. Von dem damals nicht zugelassenen und heute vergessenen Affekt, der aber ein Symptomverhalten hervorruft, sagt Freud, er sei der „Verdrängung“ anheimgefallen.
- d) Therapeutisch für das Verschwinden des Symptoms wirkt eine Situation, in der der ehemals unterdrückte Affekt in aller Stärke wiedererlebt wird und in der mit dem Wiedererleben auch eine Erinnerung an die frühere Situation verbunden ist.

Breuer und Freud verwandten aus dieser Beobachtung heraus die Hypnose als therapeutische Methode, die der Wiedererinnerung und der Wiederbelebung von Affekten diene; die Methode wird als „kathartische“ bezeichnet.

2.2 Die Entstehung der psychoanalytischen Technik

Freud war mit der hypnotischen kathartischen Methode unzufrieden, weil sich nicht alle Patienten hypnotisieren ließen und weil die hypnotischen Wiedererinnerungen dem Wachbewußtsein oft noch verborgen blieben und Rückfälle deshalb nicht ausblieben.

In der Folgezeit beabsichtigte Freud, unbewußt wirkende, Symptome provozierende Situationen der affektiven Wiedererinnerung im Wachbewußtsein zuzuführen. Dazu entwickelte er die Methode der freien Assoziation: Er forderte die Patienten auf, sich auf einer Couch liegend möglichst weitgehend zu entspannen und dann alle Einfälle dem Therapeuten mitzuteilen, auch wenn sie noch so belanglos erschienen; bei bestimmten lebensgeschichtlichen Situationen forderte er die Patienten auf, sich diese Situationen zu vergegenwärtigen. Gaben die Patienten manchmal an, sich nicht mehr zu erinnern oder keine Einfälle zu haben, so ließ Freud in seiner Aufforderung zu Einfällen nicht nach und fragte beständig weiter, so daß dem Patienten dann vergessene bedeutsame Situationen einfielen.

Die Methode der freien Assoziation gilt heute noch als die grundlegende psychoanalytische Methode. Der Patient ist aktiv in der Verbalisierung von Einfällen, wobei sich eine fruchtbare Verbalisierung dadurch auszeichnet, daß sie von starken Affekten begleitet ist. Der Therapeut ist im Wesentlichen passiv: Seine Aktivität beschränkt sich darauf, durch Deutungen dem Patienten zur kognitiven Einordnung seiner Einfälle zu verhelfen.

In einer thematisch unstrukturierten Situation führt die Aufforderung zur freien Assoziation meist dazu, das zu äußern, was einem am meisten bewegt; das sind in der Regel ungelöste Konflikte. (In der Psychologie kennt man den Zeigarnik-Effekt: Eine ungelöste Rechenaufgabe bewegt einen Menschen in Gedanken mehr als 9 gelöste Rechenaufgaben.)

2.3 Entwicklung theoretischer Grundannahmen der Psychoanalyse

Hysteriker provozieren vielfache körperliche Symptome, die keinen anatomisch-organischen Hintergrund haben. Für den Beobachter ist der Ausdrucks- und Symbolcharakter der Symptome meist offensichtlich. (So läßt sich die frühe medizinische Abwertung der Hysteriker verstehen, daß sie sich die Krankheit nur einbildeten und simulieren wollten.)

Aus der Beobachtung, daß eine affektbesetzte Wiedererinnerung an frühere, im Wachbewußtsein schon vergessene Erlebnisse in der Hypnose zum Verschwinden von körperlichen Symptomen führen kann, konnten Breuer und Freud schließen, daß die Symptome etwas zu tun haben mit

- früheren Erlebnissen, die
- aus dem Wachbewußtsein ‚vergessen‘ sind, aber trotzdem symptomprovozierende Wirkungen haben, also aus dem ‚Unbewußten‘ heraus wirken,
- mit affektiven Strebungen, die in den früheren Erlebnissen provoziert wurden, die aber aus moralischen Strebungen oder Angst vor Liebesverlust oder Beschämung nicht zugelassen wurden.

Was ist das Charakteristische an symptomprovozierenden Situationen?

- a) Die Situation ruft einen spontanen Affekt hervor, eine psychophysische Erregung, die ‚normalerweise‘ einen Ausdruck in einer bestimmten Verhaltensweise verlangt; z.B.: Ein Hund trinkt aus einem Glas. Man ekelt sich und möchte dem Ekel Luft lassen. Hinter der Erregung verbirgt sich meist ein Lust-, Wut- oder Angstaffekt. Die Erregung wird von Freud später „Trieb“ genannt und dem „Es“-Bereich zugeordnet.
- b) Dem Ausdruck der Erregung steht ebenso spontan eine innere Hemmung entgegen, eine Einstellung, den Ausdruck nicht zuzulassen, den Affekt zu unterdrücken. Diese hemmende Einstellung ist auch stark und von irrationaler Qualität; sie entspringt verinnerlichten moralischen Geboten, Ängsten vor Liebesverlust, vor sozialer Mißachtung, auch Ängsten vor einer starken eigenen, kaum beherrschbaren Impulsivität. „Über-Ich“, „Ich-Ideal“ und Sozialangst bezeichnen Quellen der hemmenden Einstellung.

- c) Die beiden Strebungen sind einander unverträglich; sie erscheinen beide als von solcher irrationalen Stärke, daß eine mehr rationale Konfliktlösung anscheinend ausgeschlossen ist. Zugleich erfordern beide Strebungen aber auch wegen ihrer Stärke einen Ausdruck.
- d) In der Hysterie und auch in jeder Symptomneurose äußern sich die beiden Strebungen in folgender Weise:
- Die hemmende Einstellung setzt sich, oberflächlich gesehen, radikal durch; sie sorgt dafür, daß der provozierte Affekt (die Erregung, der Trieb) in der Situation nicht in Verhalten umgesetzt wird und mit der provozierenden Situation aus dem Bewußtsein verschwindet, aus der bewußten Erinnerung „verdrängt“ wird.
 - Die ursprüngliche Erregung äußert sich in einem veränderten spontanen Verhalten, einem Symptom, und zwar so, daß für das Bewußtsein der Zusammenhang mit der auslösenden Situation unkenntlich bleibt, daß aber die Äußerung selbst mit dem ursprünglich angezielten Ausdruck in logischem oder zeitlich engem Zusammenhang steht. Bei den Konversionssymptomen der Hysterie drückt das Symptom oft das Gegenteil des ursprünglich angezielten Erregungsausdrucks aus.
 - Die ursprüngliche Erregung äußert sich weiterhin in veränderten Bewußtseinszuständen, in Zuständen eines ‚zweiten Bewußtseins‘ wie Hypnose und Traum. In solchen Zuständen erscheint die Erinnerung an die auslösende Situation und die ausgelöste Erregung mehr oder weniger deutlich erhalten.

2.4 Die Rolle der Sexualität in der Entstehung der Hysterie

Die Erregung, die zur damaligen Zeit am meisten unterdrückt wurde, war sexueller Natur; es galt als gesellschaftliches Tabu, sexuelle Bedürfnisse offen zuzugeben oder zu zeigen. Besonders waren Frauen davon betroffen; für sie galt das Verbot vor- und außerehelichen Sexualverkehrs besonders stark. Der Gedanke, daß nicht gelebte Sexualität bei der Entstehung ‚nervöser Störungen‘ eine große Rolle spielt, war auch bei anderen Ärzten der damaligen Zeit vorhanden; nur wagte es keiner außer Freud, aus diesem Gedanken eine wissenschaftlich anerkannte Wahrheit zumachen.

Bei der Hysterie erscheint der Zusammenhang zwischen Symptom und unterdrückter sexueller Erregung für den Beobachter besonders deutlich. Das bedeutendste Symptom ist bei Frauen der damaligen Zeit der „arc de cercle“, eine unnatürliche liegende Haltung, bei der das Becken gehoben ist und weitgehend unempfindlich ist; einerseits ist eine solche körperliche Haltung das Gegenteil der Haltung bei vollem sexuellem Genuss, eine solche Haltung blockiert auch schon physiologisch den Ablauf sexueller Erregung; andererseits wirkt das Emporheben des Beckens auf den Beobachter nahezu exhibitionistisch und ruft bei ihm den Eindruck hervor, die betreffende Frau verlange nach sexueller Befriedigung.

Hysterische Symptome scheinen öfters – in lebensgeschichtlichem Zusammenhang betrachtet – das Erleben erotisch-sexueller Empfindungen zu verhindern.

Beispiel: Eine Frau bekommt zum erstenmal Schmerzen im Oberschenkel, nachdem sie mit ihrem Schwager, der auf sie einen positiven Eindruck gemacht hat, allein spazieren gegangen ist, und zwar zu einer Zeit, in der sie gewöhnlich ihren kranken Vater pflegte. Es ist anzunehmen (nach Freuds eigener Analyse), daß sie für den Schwager zärtlich-erotische Empfindungen hegte, sich diese aber wegen des Inzesttabus und wegen der Pflege ihres kranken Vaters verbot. Die Beinschmerzen lassen sich als Ausdruck des Verbots ihrer zärtlichen Empfindungen beim Spaziergang betrachten. Diese Hypothese wurde dadurch bestätigt, daß die Beinschmerzen nach dem affektiven Zugeben ihrer Empfindungen für den Schwager deutlich abnahmen.

Das relativ häufige Vorkommen der Hysterie bei Frauen der damaligen Zeit ist eine Reaktion auf die gesellschaftliche Unterdrückung der Sexualität besonders bei der Frau. Breuer schreibt:

„Es ist zu wundern, daß die Brautnacht nicht häufiger pathogen wirkt, da sie doch leider so oft nicht erotische Verführung, sondern Notzucht zum Inhalt hat.“

Hysterische Frauen zeichnen sich nach Freud durch eine „über das weibliche Ideal hinausgehende Selbständigkeit ihrer Natur“; demnach kann man der weiblichen Hysterie u.a. eine Protestfunktion gegen die gesellschaftliche Rollenzuteilung zuschreiben.

Auch die Rolle der kindlichen Sexualität, des Ödipuskomplexes und des Inzesttabus wird bei der hysterischen Neurose am deutlichsten. Patientinnen waren oft das Lieblingskind ihres Vaters, sie hatten in ihrer Kindheit zärtliche Gefühle für ihn entwickelt. Die frühen Patientinnen berichteten Freud in der Analyse, sie seien von ihrem Vater sexuell verführt worden. Anfangs hielt er diesen Bericht für den Ausdruck einer traumatischen realen Situation; später ging er davon aus, daß es sich bei solchen Aussagen mehr um frühkindliche sexuelle Phantasien handelte; mit dieser Erkenntnis begann er, sexuellen Phantasien in der frühen Kindheit eine große Rolle zuzuschreiben, sie war sozusagen der Anstoß zur Würdigung der infantilen Sexualität.

In der erwähnten Phantasie, vom Vater sexuell verführt worden zu sein, drückt sich zugleich der inzestuöse Wunsch zur genitalen Beziehung mit dem Vater aus. Dieser Wunsch darf aber wegen des Inzesttabus nicht zugegeben werden, mit seiner Verdrängung ist ein wesentliches Stück genitalsexueller Verdrängung gegeben. Zugleich hindert der nicht aufgelöste, unbewußt wirkende Inzestwunsch spätere sexuelle Beziehungen, weil die meisten späteren Partner nicht an das „Ideal“ des Vaters (oder der Mutter) heranreichen.

2.5 Probleme der psychoanalytischen Behandlung: Widerstand und Übertragung

Nach einer Aufforderung zur freien Assoziation (d.h. das zu sagen, was einem gerade einfällt) fiel Freud öfters ein Schweigen seiner Patienten auf. An der gespannten Miene der Patienten konnte er dann häufiger feststellen, daß sie zwar einen Einfall hatten, ihn aber trotz der „analytischen Regel“, alles zu sagen, nicht äußerten. Die Patienten zeigten also einen „Widerstand“ gegen den Fortschritt in der Analyse. Ein solcher Widerstand äußert sich vor allem in kritischen analytischen Situationen, d.h. in Situationen, in denen frühere ungelöste Konflikte, die der Anlaß zu Verdrängungen waren, aktualisiert werden. In diesen analytischen Situationen wird die Dynamik der ursprünglich aufgetretenen unvereinbaren Strebungen wiederholt; der frühere Kampf der hemmenden Strebung (z.B. aus dem Bereich des Über-Ich) gegen die impulsive Erregung und ihren Ausdruck tritt erneut auf; solange der Patient einen Widerstand gegen einen mit ursprünglich affektiver Erregung besetzten Einfall zeigt, behält die hemmende Strebung die Überhand; der Widerstand wird positiv überwunden, wenn die bislang verdrängte ursprünglich affektive Erregung freigesetzt wird. Freud nimmt also an, daß im Widerstand in der analytischen Situation dieselbe Energie wirksam wird, die ursprünglich zur Verdrängung von impulsiven Erregungen und den Erinnerungen daran geführt hat.

Die zentralen psychophysischen Erregungen wie Sexualität und Aggression beziehen sich in der Regel auf andere Personen. Werden sie in einer Situation unterdrückt und an der ursprünglichen Zielperson (am Ur-„Objekt“, am „Triebobjekt“) nicht zugelassen, so werden sie im Falle späteren Auftretens – sei es in verschleierter Form als Symptom oder in der ursprünglichen Form – an Personen gerichtet, die die ursprüngliche Zielperson vertreten; sie werden also auf Ersatzpersonen „übertragen“. Werden die verdrängten Erregungen in der analytischen Therapie angegangen und in irgendeiner Form deutlich, so zentrieren sie sich dort auf den Therapeuten. Bei einer offenen Haltung („freischwebende Aufmerksamkeit“) kann der Therapeut die affektiven Strebungen, die der Patient auf ihn richtet, erspüren und kann gerade dadurch am besten die Probleme erkennen. Freuds analytische Haltung zeichnete sich dadurch aus, daß er möglichst wenig von seiner eigenen Person zeigen wollte und als weitgehend ungetrübter Spiegel für die Übertragung der Patienten wirken wollte, um ihre ungelösten sozialen Konflikte deutlicher werden zu lassen.

3. Methodischer Hintergrund für Aussagen über die frühe Kindheit

3.1 Die Problematik des Rückschlusses von Aussagen erwachsener Patienten

Die psychoanalytische Theorie der frühkindlichen Entwicklung basiert im Anfang nicht auf Beobachtungen oder Untersuchungen an Kindern. Solche Beobachtungen und Untersuchungen haben erst etwa seit 1940 eine Rolle in der Theorienbildung gespielt; im Wesentlichen waren daran Rene SPITZ, Anna FREUD (Tochter von Sigmund FREUD) und Erik H.ERIKSON beteiligt.

Die Grundlage der psychoanalytischen Sexualtheorie sind die Phantasien von Patienten, die Assoziationen, die erwachsene Personen in einer ganz bestimmten Situation über ihre Kindheit äußern. Eine offene Frage dabei ist, ob die Assoziationen ‚Dichtung oder Wahrheit‘ beinhalten; eine Assoziation über ein angebliches frühkindliches Erlebnis kann eine reale Situation aus der frühen Kindheit enthalten oder eine früher phantasierte Situation oder auch nur eine gegenwärtige Phantasie, deren Ursprung nachträglich in die frühe Kindheit projiziert wird. Wer will über den Hintergrund entscheiden? Bei Freud selbst zeigt sich in dieser Frage eine Entwicklung. Zunächst hielt er unter dem Eindruck der hypermnestischen Effekte in der Hypnose (Hypermnesie = erweiterte Erinnerung, Aufhebung von bisheriger Amnesie), wo wohl eher reale Situationen geschildert werden, die zur Kindheit assoziierten Erlebnisse seiner Patienten für real (er glaubte den Aussagen seiner Patientinnen, vom Vater sexuell verführt zu sein); später (gegen 1895) vermutete er, daß es sich bei diesen Assoziationen mehr um Phantasieprodukte handelte – er kannte die Väter seiner Patientinnen zum Teil und konnte sich aufgrund ihrer ‚Anständigkeit‘ nicht vorstellen, daß sie ihre Töchter verführt hätten –, und zwar um Phantasien, die seiner Meinung nach auch schon in der frühen Kindheit vorkamen. Im Wesentlichen beruht Freuds Theorie der frühkindlichen Sexualentwicklung auf der Annahme sexueller Phantasien von Kindern, wobei der streng empirische Hintergrund dieser Annahme fragwürdig bleibt. Andererseits ist es aber vom therapeutischen Gesichtspunkt weniger wichtig, ob eine Assoziation ‚Dichtung oder Wahrheit‘ enthält; wesentlicher ist, ob sie bisher gehemmte Affekte befreit. Die therapeutischen Erfolge der Psychoanalyse bestätigen jedenfalls, daß ihre Sexualtheorie eine fruchtbare heuristische Hypothese darstellt.

Für alle theoretischen Aussagen der Psychoanalyse gilt, daß sie aus der Interaktion mit Patienten entstanden sind. Ob jemand aber als Patient eine psychotherapeutische Sprechstunde aufsucht, ist mehrfach von gesellschaftlichen Bedingungen abhängig: Durch die jeweiligen Normen der Gesellschaft treten stets spezifische psychophysische Störungen bevorzugt hervor – in der Zeit um 1900 war es vor allem die Hysterie –; außerdem ist es auch gesellschaftlich bedingt, wer sich jeweils als krank oder als behandlungsbedürftig empfindet. Von daher haben auch die theoretischen Aussagen der Psychoanalyse zur frühen Kindheit einen gesellschaftlichen Hintergrund; sie sind teilweise selbst durch spezifische gesellschaftliche Bedingungen provoziert. Von daher ist zu jeder Zeit neu zu erörtern, wo Aussagen der analytischen Theorie von grundlegender anthropologischer Relevanz sind und wo sie Ausdruck bestimmter gesellschaftlicher Bedingungen sind.

3.2 Medizinische kausal-deterministische Betrachtung psychischer Phänomene

Das Bemühen Freuds, seine Beobachtungen in der Interaktion mit Patienten in den Rahmen medizinisch-naturwissenschaftlicher Objektivität einzuordnen, ist offensichtlich, zumindest in den Jahren bis 1920. Er bemüht sich um eine kausale Erklärung beobachteter Phänomene aus der Sicht der dynamischen Physiologie (vgl. Pt. 1.2) (vgl. DILTHEY: „*Die Natur erklären wir, das Seelenleben verstehen wir.*“). In der Medizin der damaligen Zeit galt die exakte naturwissenschaftliche Betrachtungsweise als einzige von wissenschaftlichem Rang. Die Psychologie begann damals erst langsam aus ihrer Bindung an die Philosophie herauszutreten. Krankheiten galten damals entweder als anatomisch bedingt mit zentralen organischen Veränderungen oder als rein psychisch bedingt, z.B. die funktionellen hysterischen Symptome, deren Herkunft der Macht von Vorstellungen zugeschrieben wurde. Die Bedeutung psychosomatischer Krankheiten, d.h. psychisch bedingter anatomisch-organischer Veränderungen, war noch nicht erkannt; kam ein Patient mit Krankheiten, bei denen sich organische Veränderungen zeigten (z.B. Magengeschwüre), wurde er nicht in eine psychoanalytische Behandlung übernommen. Soziale Krankheitsursachen, z.B. gestörte menschliche Beziehungen oder ökonomische Notlagen, kamen damals noch kaum in den Blick;

auch Freud sieht die Neurosen theoretisch noch stärker als Ausdruck innerpsychischer Konflikte denn als Ausdruck gestörter sozialer Beziehungen. Allerdings ist Freud zuzugestehen, daß er in starkem Maße eine integrative Betrachtung von Krankheitsphänomenen in ihren biologischen, psychologischen und sozialen Bezügen gefördert hat.

Freuds Analyse psychischer Phänomene zeichnete sich weitgehend dadurch aus, daß er sie nach dem Modell der objektiven biologischen Betrachtungsweise zu erklären versuchte. Diese Betrachtungsweise führte zu folgenden Mängeln in der analytischen Theoriebildung:

- Die hinter den Konflikten stehenden psychischen Strebungen wurden teilweise zu sehr als biologische Entitäten gesehen; ihre gesellschaftliche Relativität kam zu wenig in den Blick. Dies mag vor allem für die Konzepte „Todestrieb“, „Ödipuskomplex“ und „Inzesttabu“ gelten.
- Die Konflikte wurden zu sehr intrapsychisch innerhalb des Individuums lokalisiert; sie wurden zu wenig als zwischenmenschliche betrachtet. Interaktionspartner wurden als „Objekt“ für physische Erregungen, für Triebe betrachtet.
- In der Therapie galt der Patient als Behandlungsobjekt und der Arzt als weitgehend objektiver Beobachter; der Patient wurde mehr als Symptomträger betrachtet; eine klassische Arzt-Patient-Beziehung herrschte vor.

Diese Mängel der analytischen Betrachtungsweise Freuds werden aus unserer heutigen Erkenntnis deutlich. Innerhalb seiner Zeit war Freud auch in Hinsicht auf die genannten Mängel weit voraus. Sein Blick für die Übertragungsphänomene in der analytischen Situation verrät einen für damalige Verhältnisse stark ausgeprägten Sensus für zwischenmenschliche Beziehungen. Gesellschaftlich provokativ wirkte auch sein Eintreten für eine freiere Sexualität; er sah die Neurosen provozierende Wirkung der gesellschaftlichen Sexualunterdrückung.

3.3 Die Verbalisierung als wesentliches Agens in der analytischen Situation

Durch die „analytische Regel“ der freien Assoziation, alles zu sagen, was einem einfällt, bekommt die Verbalisierung eine besondere therapeutische Bedeutung. Die Bewußtmachung bisher unbewußter Erinnerungen und unterdrückter Erregungen wird damit wesentlich gefördert. Mit der Betonung der Verbalisierung als aufdeckendes Agens sind allerdings auch Mängel verbunden, die das Hochkommen spezifischer verdrängter Erregungen verhindern oder zumindest nicht fördern. Eine kathartische Wirkung von Verbalisierung setzt voraus,

- daß sie von Affekten nahezu ursprünglicher Heftigkeit begleitet wird und
- daß die Heftigkeit der begleitenden Affekte die stimmlichen und sprachlichen Ausdrucksmöglichkeiten nicht übersteigt.

Diese Voraussetzung ist aber wohl nur dann gegeben, wenn zum früheren Zeitpunkt, als der ursprüngliche Affekt verdrängt wurde, die sprachlichen Möglichkeiten schon so weit entwickelt waren, daß sie dem Affekt hätten verbalen Ausdruck verleihen können.

Diese Voraussetzungen sind aber nicht gegeben

- bei Erregungen und affektiven Erlebnissen, die in das erste Lebensjahr hineinfallen, also in ein Entwicklungsstadium, in dem Sprachfähigkeiten noch nicht entwickelt sind,
- bei Erregungen und physischen Zuständen, die mehr ganzheitlich erlebt werden und den ganzen Körper betreffen – das Erleben starker Angstzustände und auch voller Orgasmen kann wohl kaum hinreichend verbal ausgedrückt werden.

Sollen solche Erregungen von Verdrängungen befreit werden, so genügt in der Regel keine verbalisierte Katharsis; vielmehr ist auch wohl eine aktionale Katharsis notwendig. Diese Einsicht ist in der psychoanalytischen Bewegung erst relativ spät deutlich geworden, vor allem durch die Therapieversuche bei Schizophrenen; vorher herrschte ein Mißtrauen gegen das „Agieren“, d.h. gegen kathartische Handlungen (vgl. mittelschichtspezifische Erziehung).

3.4 Die Kommunikationsstruktur in der analytischen Situation

Die Kommunikationsstruktur in der psychoanalytischen Situation ist in hohem Maße durch Asymmetrie gekennzeichnet; in ihr wird eine ungleiche Rollenverteilung aktualisiert: einer hat die (psychische) Macht in der Situation, und der andere ist abhängig. Die Asymmetrie zeigt sich in folgenden Aspekten:

- Der Patient ist zu maximaler Offenheit aufgefordert; der Analytiker zeigt dagegen ein hohes Maß von Verslossenheit.
- Für den Patienten ist die Situation neu und ungewohnt, was ihn zusätzlich verunsichert; für den Analytiker ist die Situation viel bekannter.
- Die Kontrolle der äußeren Situationselemente wie Zeit, Ort und finanzielle Regulierung liegt beim Analytiker.

All diese Momente verunsichern den Patienten, er empfindet sich als der Abhängige; von der Kommunikationsstruktur allein wird ihm die Rolle des abhängigen Kindes zugeschoben, die Situation verstärkt den Ausdruck seiner Unsicherheiten und ungelösten Konflikte. Die Kommunikationsstruktur prädestiniert den Analytiker für die Rolle einer mächtigen Elternfigur. Die Rollenverteilung provoziert auf Seiten des Patienten eine Aktualisierung seiner Kind-Eltern-Konflikte; die Bestrebungen, die er als Kind an die Eltern gerichtet hat, werden nahezu automatisch auf den Analytiker „übertragen“.

Nimmt der Analytiker die Rolle der mächtigen Elternfigur unkritisch an – die damaligen und heutigen Erwartungen an Ärzte und Therapeuten verleiten leicht dazu –, so glaubt er vorschnell, die Situation und die Mitteilungen des Patienten durchschauen und ‚objektiv‘ beurteilen zu können. Durch die analytische Theorie wird er dann leicht dazu verleitet, Äußerungen des Patienten, die nicht in sein eigenes Bild vom Patienten passen, als „Widerstands“-Äußerungen zu beurteilen. Die Gefahr einer negativen Gegenübertragung, in der er eigene Konflikte in den Patienten hinein projiziert, wird dann groß.

In der Empfehlung Freuds zu einer extrem distanzierten Haltung des Analytikers liegen zwei wesentliche Gefahren:

- Der Analytiker wird von den Konflikten und auf ihn übertragenen Erwartungen des Patienten oft stark affektiv beeinflusst. Das Gebot der distanzierten Haltung kann ihn dazu verleiten, die eigene affektive Betroffenheit mehr oder weniger zu verleugnen und sich die Fähigkeit einer ‚objektiven‘ Beurteilung zuzuschreiben. Bei manchen Patientenbeurteilungen von Analytikern ist zu fragen, ob diese Beurteilungen nicht mehr über den Analytiker selbst als über den Patienten aussagen.
- Ein sehr distanzierter Analytiker ermöglicht dem Patienten nicht das Gefühl, mit ihm kommunizieren zu können. In der Regel kommt ein Patient mit ungelösten Beziehungsproblemen; er möchte diese Probleme in der Beziehung mit dem Analytiker austragen – bewußt oder unbewußt. Große analytische Distanz vermittelt dem Patienten aber vermehrte Frustrationserfahrungen in seinen Beziehungswünschen; sein Wunsch zu partnerschaftlicher Kommunikation bleibt unbefriedigt.

Diese Momente der analytischen Situation werden von den heutigen Psychoanalytikern weitgehend gesehen; viele bemühen sich mehr um eine Haltung, die dem Patienten das Erleben von Partnerschaft ermöglicht und auch Raum für das Zugeben eigener Irrtümer gibt, und weniger um eine sehr distanzierte Haltung, die nur Spiegelbildfunktion haben soll. Freud bevorzugte jedoch – als Anfänger in der Psychoanalyse natürlich verständlich – eine mehr rigide Strukturierung der analytischen Situation, durch die er auch zu bestimmten theoretischen Aussagen der frühkindlichen Entwicklung gekommen ist.

4. Wertung psychoanalytischer Aussagen zur frühen Kindheit

4.1 Historische Abhängigkeit von gesellschaftlichen Problemen

Die theoretischen Aussagen sind historisch abhängig von den gesellschaftlich bedingten schichtspezifischen Problemen, mit denen Freud in seiner Arztpraxis konfrontiert wurde.

Die Normen der damaligen Gesellschaft förderten eine massive Sexualverdrängung, vor allem durch eine doppelte Moral.

Diese Normen wirkten vor allem in den mittleren und oberen Schichten, für die gesellschaftliches Ansehen ein primäres Ziel war. Von der Sexualunterdrückung waren vor allem Frauen betroffen.

Die Sexualverdrängung produzierte Neurosen, vor allem hysterischer Symptomatik. Neurosen (klassischer Art) entstehen vor allem durch starke Ausprägung moralischer Normen und von Schamgefühlen, die zu einer Unterdrückung von impulsiven Strebungen führen, vor allem von erotisch-sexuellen Strebungen.

Die Unterdrückung einer offenen sexualbejahenden Haltung förderte das vermehrte Auftreten sexuell-perverser Handlungen im ‚Hinterstübchen‘.

In der psychoanalytischen Theorie wurden daher vor allem das Problem der Neurose, der Sexualverdrängung und der Wirkung rigider moralischer Normen („Über-Ich“) thematisiert, und zwar vor allem aus dem Kontakt mit höheren Schichten. Weniger thematisiert wurden dagegen Probleme, die mehr mit unteren Schichten und mit ökonomischen Notlagen verbunden waren, Probleme, die aus einer entfremdeten Berufsarbeit entstehen, Suchtprobleme, Probleme, die aus mangelhaften familiären Beziehungen in der Kindheit entstehen.

4.2 Zur Bedeutung der Sexualität

Die Phänomene hysterischer Sexualverdrängung verstärkten die Sicht, daß Sexualität hinter allen psychischen Phänomenen steht.

Die Hysterie beruht vor allem auf der Verdrängung genitaler sexueller Wünsche. Eine solche Verdrängung führt zur Verschiebung von Erregungen, die letztlich genitalen Charakter haben, auf andere spezifische Körperteile, vor allem auf die von den funktionellen Symptomen betroffenen Körperteile. (In der Hysterie projiziert ein Mensch seine verdrängten sexuell-genitalen Strebungen auch auf andere Personen, so daß er hinter vielen Verhaltensweisen anderer Erwartungen an genitale Sexualkontakte sieht.)

Aus der theoretischen Verallgemeinerung der bei Hysterikern beobachteten Phänomene ist zu verstehen, daß Freud die sexuelle Bedeutung spezifischer Körperzonen als „erogenen Zonen“ hervorhob. Diese betrachtete er als Quellen von Erregungen, die letztlich genital-sexuellen Charakter haben. Die infantile Sexualität geht für ihn daher von „erogenen Zonen“ aus und gilt als Vorstufe der genitalen Sexualität. Zugleich wird allen angenehmen Körpererregungen und –empfindungen ein sexueller Charakter zugeschrieben.

Ist diese theoretische Verallgemeinerung Freuds richtig oder angemessen? Diese Frage sehe ich als Problem der Terminologie und als ein Problem der Beziehung zwischen infantiler und erwachsener Sexualität bzw. als Ausdruck der Frage: Hat die infantile Sexualität, wie Freud sie darstellt, - man könnte vielleicht auch sagen: die Erotik – gegenüber der genitalen Sexualität einen eigenständigen Charakter und Wert oder nicht?

4.3 Frühkindliche Sexualität

Die Ableitung der Aussagen zur frühkindlichen Sexualität aus den Assoziationen neurotischer Patienten verleitet Freud teilweise zur negativen Wertung von Äußerungen frühkindlicher Sexualität.

Freud beginnt seine Abhandlungen zur Sexualtheorie mit der Besprechung sexueller Perversionen, die in einer realen oder von Neurotikern phantasierten ‚Hinterstube‘ geschehen. Er zeigt auf, daß die den Perversionen entsprechenden Handlungen oder Phantasien im Ansatz normale Äußerungen frühkindlicher Sexualität sind.

Die Problematik des Rückschlusses von den Assoziationen erwachsener Patienten auf frühkindliche Sexualäußerungen zeigt sich hierbei weniger in einer Fragwürdigkeit der Tatsachen, sondern mehr in einer Fragwürdigkeit der Wertung: Der Ausdruck „polymorph-pervers“ als Kennzeichnung der frühkindlichen Sexualität hat immer den Beigeschmack einer negativen Wertung enthalten; auch der Ausdruck „infantil“ wird oft wertend mit ‚unreif‘ assoziiert. Die Äußerungen frühkindlicher Sexualität sind nach Freud letztlich der genitalen Sexualität des Erwachsenen unterzuordnen; treten sie beim Erwachsenen eigenständig auf, sind sie für Freud als ‚pervers‘ zu werten.

Die ansatzweise vorhandene negative Wertung der frühkindlichen Sexualität bei Freud wurde später von repressiven Sozialisationstheoretikern eifrig übernommen und verstärkt. Ein repräsentatives Beispiel einer solchen Sozialisationstheorie zeigt OERTER („Moderne Entwicklungspsychologie“, Donauwörth 1969):

„In frühester Kindheit ist der Mensch ein asoziales, unangepasstes und egozentrisches Wesen. Er lebt nur seine eigenen Bedürfnisse und kümmert sich nicht darum, ob seine Wünsche und Verhaltensweisen von der Umwelt gebilligt oder abgelehnt werden. Der Erwachsene hingegen zeigt ein mehr oder minder angepasstes Verhalten. Er hat eine bestimmte Position in seiner Gesellschaft inne und vertritt die Normen eben dieser Gesellschaft. Die gewaltige Veränderung vom Kleinkind bis zum reifen Erwachsenen kann als Sozialisierung gekennzeichnet werden. Die Sozialisierung besteht in dem Hineinwachsen des Individuums in die umgebende Kultur.“ (S. 63f.)

In der repressiven Sozialisationstheorie, die etwa bis Mitte der 60er Jahre nahezu alle theoretischen Aussagen zur Sozialisation beeinflusste, wird als Sozialisationsziel die Einordnung des Menschen in die bestehende Gesellschaft bezeichnet; dazu ist es notwendig, daß er gegen Ende der frühen Kindheit seine ‚asozialen Triebe‘ aufgibt und die Normen der Gesellschaft in Form des Über-Ich internalisiert.

4.4 Komponenten der Eltern-Kind-Beziehung

Die Aussagen Freuds zu den libidinösen Komponenten der Eltern-Kind-Beziehung sind aus seinen Begegnungen mit Patienten aus der patriarchalischen Kleinfamilie entstanden; seine naturwissenschaftlich orientierte Interpretation der gehörten Assoziationen verleitete ihn jedoch zu sehr dazu, den zeitgenössischen Konstellationen der Eltern-Kind-Beziehungen grundlegenden anthropologischen Charakter zu verleihen.

Der Ödipuskomplex kann vor allem als ein Phänomen der Kleinfamilie betrachtet werden, wo das Kind seine Liebesstrebungen, die ab dem 3. Lebensjahr sicher auch sexuellen Charakter haben, nur auf die Eltern richten kann, wo aber das Inzesttabu eine Aktualisierung sexueller Liebesstrebungen verhindert. In Gesellschaften, wo gleichaltrige Kinder untereinander entwicklungspezifische sexuelle Liebe erleben können, dürfte der Ödipuskomplex wohl kaum so eminente Bedeutung haben.

4.5 Zur psychischen Dynamik des ersten Lebensjahres

Durch die Betonung der Verbalisierung in der analytischen Situation konnte Freud die psychische Dynamik des ersten Lebensjahres, die sich verbal kaum adäquat wiedergeben lässt, nicht erfassen.

Freuds Aussagen zum ersten Lebensjahr sind sehr dürftig. Er bekam von den Aktivitäten des ersten Lebensjahres – durch seine Theorie der „erogenen Zonen“ verleitet – die Aktivität des Saugens und Lutschens in den Blick. Daher hat er die sozialen Bedürfnisse des Säuglings auf das Bedürfnis zur Mutterbrust reduziert. Die Bedeutung der mehr ganzheitlichen, symbiotischen Mutter-Kind-Beziehung blieb ihm weitgehend verborgen. Die verkürzte Sicht der Entwicklung im ersten Lebensjahr äußert sich auch im Begriff der „oralen“ Phase, nach dem den Nahrungs- und Verdauungsvorgängen die größte psychische Bedeutung im ersten Lebensjahr zugemessen wird.

4.6 Fehlschlüsse aus der analytischen Kommunikation

Die Kommunikationsstruktur in der klassischen analytischen Situation führte als Quelle theoretischer Aussagen zu einer übergroßen Betonung von

- a) autoerotischen Bedürfnissen in der frühkindlichen Entwicklung
- b) intrapsychischen Konflikten an Stelle sozialer Konflikte,
- c) ungelösten Eltern-Kind-Konflikten

Überbetonung von autoerotischen Bedürfnissen in der frühkindlichen Entwicklung

Dadurch, daß der Patient in der analytischen Situation einmal seine unbefriedigten Beziehungswünsche äußern kann, andererseits mehr partnerschaftliche Kommunikation bei einem sehr distanzierten Analytiker verhindert wird, fühlt sich der Patient mehr frustriert und auf sich selbst zurück geworfen; eine Steigerung autoerotischer Aussagen in seinen Assoziationen liegt nahe.

In dieser Beziehung hatte Freud meines Erachtens einen ‚blinden Fleck‘: Seine theoretischen Aussagen über die primär autoerotische Haltung des Kleinkindes gehen mehr auf eigene Verhinderungen und Blockierungen von Kommunikationsabsichten von Patienten in der analytischen Situation zurück als auf die tatsächlichen Bestrebungen von Kleinkindern. Wünsche zu positiven und auch körperlich ausgedrückten sozialen Beziehungen sind wohl in keiner Lebensphase größer als in der frühen Kindheit.

Leider wurden die Aussagen über autoerotische und egozentrische Haltungen in der frühen Kindheit später von Sozialisationstheoretikern übernommen (vgl. oben das Zitat von OERTER).

Überbetonung von intrapsychischen Konflikten an Stelle sozialer Konflikte

Durch die Verhinderung von mehr symmetrischer Kommunikation können soziale Konflikte in der analytischen Situation nur verschleiert ausgetragen werden; die Konflikte in der Beziehung zwischen Analytiker und Patient werden dann nicht als Beziehungskonflikte erkannt, wenn der Analytiker seinen eigenen Anteil an den Konflikten übersieht, weil er sich als reine Projektionswand darstellen will und sich selbst als objektiv betrachtet. Dem Übersehen des eigenen Anteils an Beziehungskonflikten entspricht es, alle Konfliktproblematik dem Patienten als eigenes Problem zuzuschreiben und die Konflikte als intrapsychische Konflikte des Patienten zu betrachten.

Überbetonung von ungelösten Eltern-Kind-Konflikten

Die Kommunikationsstruktur der analytischen Situation schiebt von vornherein dem Patienten die Rolle des abhängigen, hilflosen Kindes zu und dem Analytiker die Rolle der mächtigen Elternfigur. Ungelöste Konflikte aus erfahrenen Eltern-Kind-Beziehungen werden daher von beiden Personen verstärkt in die analytische Situation hineingetragen.

Dies Phänomen wurde derart in die analytische Theorie hineingetragen, daß Eltern-Kind-Konflikte einen übergroßen Stellenwert bekamen und andere soziale Konfliktkonstellationen – z.B. zwischen gleichaltrigen Kindern, zwischen Arbeitskollegen, zwischen Vorgesetzten und Untergebenen, zwischen Lehrern und Schülern – entweder zu wenig berücksichtigt wurden oder nur als Abbild von Eltern-Kind-Konflikten betrachtet wurden.