

# Die Entwicklung der Psychotherapie in Theorie und Technik von Sigmund Freud zu Wilhelm Reich

Maximilian Rieländer  
Darmstadt 1979

Beitrag für die Weiterbildung in Gesprächspsychotherapie

## Inhalt

<b>1. Gemeinsame und unterschiedliche Ansätze in der Therapie bei Sigmund Freud, Wilhelm Reich und Carl Rogers</b>	<b>2</b>
1.1 Gemeinsame therapeutische Ansätze: Selbstentfaltung und Blockierung	2
1.2 Das Funktionieren von Selbstentfaltung und Blockierung	2
<b>2. Die Entwicklung der Psychoanalyse Sigmund Freuds</b>	<b>7</b>
2.1 Von der Beschäftigung mit Hysterie und Hypnose zur Psychoanalyse	7
2.1.1 Forschungen auf dem Gebiet der Hysterie und Hypnose: Charcot, Breuer, Freud	7
2.1.2 Die Entwicklung theoretischer Grundannahmen der Psychoanalyse	8
2.2 Die Therapietechnik in der Psychoanalyse	9
2.3 Die theoretischen Grundlagen der Psychoanalyse: Sexualität und Trieb	10
2.4 Die Genese von Neurose und Angst	12
<b>3. Die Weiterentwicklung therapeutischer Theorie und Technik bei Wilhelm Reich</b>	<b>13</b>
3.1 Die biographischen Stadien im Leben von Wilhelm Reich	13
3.2 Die Wege von Wilhelm Reich im Rahmen der Psychoanalyse	16
3.2.1 „Sexualökonomie“ – physische und psychische Prozesse bei der Sexualität; „Funktion des Orgasmus“ – die Bedeutung genitaler Sexualität für die Gesundheit	16
3.2.2 „Charakteranalyse“ - technisch-therapeutische Entwicklungen	21
3.3 Die Entwicklung zur Vegetotherapie	23
3.4 Die Auseinandersetzung mit der Triebtheorie der späten Psychoanalyse	24
<b>Literatur</b>	<b>26</b>

# **1. Gemeinsame und unterschiedliche Ansätze in der Therapie bei Sigmund Freud, Wilhelm Reich und Carl Rogers**

## **1.1 Gemeinsame therapeutische Ansätze: Selbstentfaltung und Blockierung**

In den therapeutischen Ansätzen bei Sigmund Freud, Wilhelm Reich und Carl Rogers sind deutlich gemeinsame Zielvorstellungen von Therapie erkennbar: Eine Therapie dient dazu, Menschen die Entfaltung vorhandener, aber noch unentfalteter Lebensmöglichkeiten zu ermöglichen; eine Therapie zielt auf mehr ‚Selbstverwirklichung‘ als Verwirklichung eigener innerster Lebensmöglichkeiten; Therapie wird als ‚Hilfe zur Selbsthilfe‘, als Entfaltungsraum für Selbstheilungs- und Selbstverwirklichungstendenzen begriffen. Therapie stellt einen Raum dar, in dem der Mensch Barrieren, die seine Selbstverwirklichung behindern, spüren, erleben und erkennen kann und ihre Überwindung versuchsweise erlernen kann.

Die Gemeinsamkeiten ergeben sich durch drei grundlegende Annahmen:

1. Menschen leben zum Großteil aus einer energetisch-motivationalen Tendenz, das eigene Leben in die soziale Mitwelt hinein und mit ihr zu entfalten und auszuweiten. Menschen möchten körperlich und emotional lustbetonte Kommunikationen mit Mitmenschen ausweiten; diese Annahme wird im Freud'schen Konstrukt des Sexualitätstriebes bzw. des „Eros“ thematisiert. Menschen möchten sich der Umwelt kooperativ bemächtigen – im Sinne des „Macht die Erde untertan“.
2. Menschen leiden unter Blockierungen ihrer Entfaltungsmöglichkeiten, unter Hemmungen, Triebverdrängungen, Energiestaus, Abwehrhaltungen. Die Blockierungen sind ursprünglich von außen gesetzt; der Mensch ist in seinem auf die Mitwelt bezogenen Entfaltungstreben aufgrund von Machtlosigkeit gegenüber starken Einschränkungen blockiert worden; Blockierungen sind vor allem durch mächtigere Partner in sozialen Beziehungen gesetzt. Sie haben sich aber in einer Person verselbstständigt und behindern sie von innen her in ihren jeweils gegenwärtigen Lebensvollzügen, vor allem in den auf Entfaltung orientierten.
3. Unter geeigneten Bedingungen, die in einer Therapie herzustellen sind, können Menschen sich von Blockierungen ihrer Entfaltungsmöglichkeiten befreien. Dieser Akt der Befreiung selbst wie jede Entfaltung des eigenen Lebens beruht bei Menschen auf ihrer energetisch-motivationalen Tendenz. Die entsprechenden therapeutischen Bedingungen sind sozusagen das Gegenteil der ursprünglichen Außenbedingungen, in denen die Blockierungen gebildet worden sind; sie lassen sich als positiv erlebter Freiraum für Selbst-Befreiung kennzeichnen; der Freiraum wird entsprechend der ursprünglich einschränkende sozialen Beziehungen vor allem durch eine soziale Beziehung konstituiert, in der sich der Mensch als Person voll akzeptiert erlebt und Ermutigung zu eigener Entfaltung erlebt.

## **1.2 Das Funktionieren von Selbstentfaltung und Blockierung**

Selbstentfaltungskräfte und Blockierungen wirken im ganzen Menschen; sie wirken organisch-physisch, emotional und kognitiv. Im Sinne einer theoretisch-perspektivischen Analyse lassen sich zwar kognitive, emotionale und organische Funktionen unterscheiden, wobei Funktionieren als personinternes prozesshaftes zu Handlungen führendes Geschehen betrachtet werden kann; real, d.h. in Bezug auf die resultierenden Handlungen, wirken kognitive, emotionale und organische Funktionen aber zusammen.

Die drei Therapieverfahren - Psychoanalyse, Orgontherapie (Bioenergetik), klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie - setzen in ihren Entwicklungen primär an den drei verschiedenen Funktionsbereichen an; sie betonen aber in ihren theoretischen Überlegungen, das reale Zusammenwirken der drei Funktionsbereiche bei menschlichen Handlungen.

Im Folgenden wird das Funktionieren von Selbstentfaltungstendenzen und Blockierungen in den drei Bereichen mit den jeweils theoretischen Ansätzen dargestellt:

- a) Im kognitiven Bereich strebt der Mensch im Sinne der Selbstentfaltung zu Selbstbewußtsein bzw. zu einem Identitätsgefühl als Bewußtsein der eigenen raumzeitlichen Kontinuität und zu Weiterkenntnis. Blockierungen wirken als Unbewußthalten von lebensbedeutsamen Erinnerungen; sie reduzieren auch einen kognitiven Zugang zu eigenen Möglichkeiten und zu Weiterkenntnis. Die Aufhebung der blockierenden Trennung zwischen Bewußtsein und unbewußten phantasierelevanten Inhalten ist zentraler therapeutischer Ansatzpunkt der Psychoanalyse.
- b) Im emotionalen Bereich erlebt es ein Mensch angenehm-befriedigend, Gefühle offen erleben und ausdrücken zu können, in mitmenschlichen Kontakten und Beziehungen affektiv spontan reagieren und "mit offenem Herzen" auf andere Menschen und die Umwelt zugehen zu können. Blockierungen äußern sich als Unterdrückung und Hemmung von Gefühlen und spontan-affektiven Reaktionen, als übermäßige Kontrolle und Zurückhaltung in Bezug auf gefühlsbetonte Äußerungen. In der Gesprächspsychotherapie wird technisch die Bedeutung der Erlebnisaktivierung hervorgehoben<sup>1</sup>; das Augenmerk und die therapeutische Zuwendung sind darauf gerichtet, dem Menschen das Zulassen bisher unterdrückter Gefühle und die Aktivierung emotional betonten Erlebens zu ermöglichen.

Die Tendenz zu Selbstentfaltung hat nach Annahme von S.Freud und W.Reich eine sich organisch-physisch manifestierende Energie zur Grundlage; diese Energie wird von Freud als 'Trieb' bezeichnet.<sup>2</sup> Die Triebenergie im Sinne Freuds funktioniert physiologisch durch Spannungs-Entspannungs-Prozesse und drängt zu sozial bezogener Äußerung. 'Normale' Sexualität als zentrale Äußerung der Triebenergie manifestiert sich als physiologisches Spannungs-Entspannungsgeschehen im mitmenschlichen Kontakt - wörtlich: in taktiler Berührung sein mit -; die physischen Spannungs-Entspannungs-Prozesse sexuell vereinigter Menschen sind aufeinander bezogen, sie haben eine Ich- und eine Du-Orientierung.<sup>3</sup> Sexualität ist also der hervorragendste Ausdruck organisch-physischer sozial bezogener Selbstentfaltung. W.Reich hat sich näher mit der organisch-physischen Seite von Entfaltungsblockierungen befasst: Werden die nach außen orientierten organisch-energetischen Prozesse von außen über eine längere Zeit wirksam blockiert, vor allem durch Einschränkungen sexueller Äußerungen, bilden sich im Bereich physischen Funktionierens Staus, Blocks, Hemmungen; Spannungsprozesse können sich nicht in Entspannungen auflösen, sondern werden angehalten, Spannungen werden permanent, werden zu muskulären Verkrampfungen. Eine an den körperlich-physischen Funktionen ansetzende therapeutische Technik zur Behebung von Entfaltungsblockierungen, wie sie von W.Reich konzipiert worden ist, bemüht sich, dem betroffenen Menschen die entstandenen Verkrampfungen körperlich spürbar zu machen und so den organisch-energetischen Prozessen zum Durchbruch bzw. zu ihrer Vervollständigung - Spannung sich in Entspannung auflösen zu lassen - zu verhelfen.

Die weitere Frage lautet: Wie wirken organisch-physische, emotionale und kognitive Funktionen mit ihrer Orientierung auf die soziale Umwelt im Bereich von Selbstentfaltung und Blockierung zusammen? Es geht also um leiblich-seelische Zusammenhänge. Mit Sexualität verbundene personinterne und soziale Vorgänge sind die hervorragendsten Beispiele für das Zusammenwirken der verschiedenen Funktionsbereiche. Sexuelle Anregung und Erregung – sie mag durch vielfältige äußere und innere Reize veranlasst sein – manifestiert sich physisch als Spannungszustand: Die Körperperipherie wird belebt, mit Blut gefüllt und so in einen Spannungszustand versetzt. Aus diesem Spannungszustand resultiert ein organismisch autonomes Streben zu Auflösung von Spannung, zu Entspannung, im Sinne des organismische Vorgänge regelnden Homöostaseprinzips. Wird sexuelle Erregung in mitmenschlichem Kontakt physisch aktualisiert, stimulieren sich die Beteiligten gegenseitig im Sinne physischer Spannungssteigerung. Physische Spannung und Ent-

---

<sup>1</sup> Der Gesichtspunkt der Erlebnisaktivierung im Rahmen der Gesprächspsychotherapie wird besonders von GENDLIN herausgearbeitet. (vgl. PFEIFFER 1975)

<sup>2</sup> vgl. Kap. 2.1.3

<sup>3</sup> Die soziale Orientierung des Triebes wird im Rahmen der Psychoanalyse von LORENZER wieder stärker hervorgehoben: "Trieb ist e definitione: Körperbedürfnis 'in-Beziehung-zu'."

"Triebbestimmtes Erleben ist zugleich Erfahrung von Interaktion, ist körperbestimmte Interaktion." (beide Zitate aus: LORENZER 1973, S.17)

spannung wird emotional als Bedürfnis und Befriedigung bzw. als Verlangen und Erreichen von Lust erlebt. Im mitmenschlichen sexuellen Kontakt erleben die Beteiligten emotional gegenseitige Anziehung, Zuwendung, Gernhaben. Emotionales Erleben ist qualitativ als Lust- und Unlustempfinden, als angenehmes und unangenehmes Empfinden gekennzeichnet. Sexuelle Vorgänge im kognitiven Bereich kennzeichnen sich, falls nicht durch Blockierungen behindert, durch eine Aktualisierung folgender Einstellungsinhalte: aktive Akzeptierung der erregten körperlichen Vorgänge und erlebten Gefühle bei sich und dem Partner auf dem Hintergrund einer momentanen totalen Akzeptierung der eigenen Person und des Partners.

Das Zusammenwirken der verschiedenen Funktionen ist im Beispiel sexueller Vorgänge als ein parallel-gleichzeitiges dargestellt. Die Verbundenheit organischen, emotionalen und kognitiven Funktionierens wird am ehesten dadurch deutlich, daß ein auslösender Reiz zunächst in einem Funktionsbereich auftritt und dann die anderen Funktionsbereiche mit stimuliert werden. Sexuelle Vorgänge können primär ausgelöst werden, z.B. durch emotionale Zuneigung zu einem anderen Menschen, durch organisches Gespanntsein in Folge von Stress oder längere Enthaltbarkeit oder durch kognitives Streben zu einem Zeugungsakt. Personinterne Vorgänge können als System betrachtet werden: Als Input gehen Reize in das System ein; dadurch werden organisch-physische, emotionale und kognitive Funktionen stimuliert, und diese wirken wechselseitig aufeinander; den resultierenden Systemoutput stellen dann bestimmte Handlungen dar. Die systemtheoretische Zuschreibung von Äquifinalität zu personinternen Vorgängen besagt, daß unterschiedliche Reize und Reize in verschiedenen Funktionsbereichen zu gleichartigem Zusammenwirken der Funktionen und zu gleichartigen Handlungen führen können.<sup>4</sup>

Das Zusammenwirken organischen, emotionalen und kognitiven Funktionierens kann einheitlich-integrativ sein, wenn in keinem der Funktionsbereiche oder in allen hinsichtlich des Selbstentfaltungstrebens Blockierungen bestehen. Systemtheoretisch lässt sich dann sagen: die Person funktioniert als Gesamtheit im Gleichgewicht. Das Zusammenwirken kann aber auch durch Dissoziationen gekennzeichnet sein, wenn in einem Funktionsbereich Blockierungen bestehen und im anderen nicht, wenn z.B. nach einer Distanzierung von einschränkenden moralischen Normen sexuelles orgasmisches Erleben kognitiv bejaht wird, aber organisch-physische Blockierungen volle orgasmische Entspannung und dementsprechendes Lusterleben verhindern; ein solches Zusammenwirken wird letztlich als ambivalent und frustrierend erlebt, es kann einen Leidensdruck und damit ein therapieorientiertes Streben zu funktionaler Integration hervorrufen. Sowohl W.Reich wie C.Rogers betrachten als Therapieziel die "voll funktionsfähige Person": Ihr körperliches, emotionales und kognitives Funktionieren ist voll und integrativ auf umweltbezogene und sozialintegrative Selbstentfaltung orientiert; ihre Handlungen zeichnen sich nach außen durch Kontaktbereitschaft und -fähigkeit, durch Arbeitsbereitschaft und -fähigkeit für eine kooperative Gestaltung von Umwelt aus.<sup>5</sup>

In allen drei Therapierichtungen wird bei verschiedenen funktionalen Ansatzpunkten mehr oder minder explizit das Zusammenwirken der organisch-physischen, emotionalen und kognitiven Funktionen thematisiert:

- a) Nach S.Freud sind die bewußten Phantasien und die aus unbewußten Tiefen hervorkommenden, im Traum erscheinenden Phantasien kognitiv relevante Repräsentationen der physisch verankerten libidinösen und destruktiven Triebe. Phantasien und organische Triebvorgänge werden emotional erlebt als Lust- und Unlustgefühle. Die Aufhebung der Trennung zwischen Bewußtem und Unbewußtem als Befreiung von an Triebvorgänge gekoppelten affektiv besetzten Erinnerungen ermöglichen im Sinne Freuds volleres Funktionieren im organisch-triebhaften, im emotionalen und im phantasiemäßig-kognitiven Bereich.

---

<sup>4</sup> Zur Systemtheorie vgl. v.BERTALANFFY (1956)

<sup>5</sup> Vgl. RAKNES: Der organomische Gesundheitsbegriff und seine sozialen Konsequenzen (RAKNES 1970, S.105ff.); vgl. ROGERS: Das Ziel: Die sich verwirklichende und voll handlungsfähige Persönlichkeit (ROGERS 1969, S.268ff.)

- b) Bei W.Reich sind muskuläre Verkrampfungen und Dauerspannungen Ausdruck für Blockierungen physisch-emotionaler Vorgänge; in Bezug auf den vollen Kontakt mit der Umwelt drücken sie sich physiologisch, organismisch-reaktiv als Hemmung, Zurückhaltung, innere Eingeschlossenheit, als Mangel und Reduktion an spontanem Kontakt aus. So drücken sich die energetischen Blocks auch als Reduktion von 'Emotionen' aus – Reich bezieht die ethymologisch ursprüngliche Bedeutung des Begriffes, "herausbewegen", auf ein grundlegendes biologisches Geschehen – bzw. als Affektsperren; das Erleben ursprünglicher Affekte wie Lust, Angst und Wut ist reduziert. Mit muskulären Verkrampfungen sind auch gleichzeitig im kognitiven Bereich Erinnerungssperren bezüglich der Erfahrungen vorhanden, die als einschränkende die Verkrampfung biographisch ursprünglich verursacht haben. Nach den Beobachtungen von Reich werden mit der therapeutischen Auflösung muskulärer Verkrampfungen spontan neue bzw. wiederhergestellte Lust-, Angst- oder Wut-Emotionen erlebt und Erinnerungen an die die Verkrampfungen ausgelösten Situationen aktualisiert. Energetische Blocks im physischen Bereich betreffen also auch äquivalente Gegebenheiten im emotionalen und kognitiven Bereich.
- c) Selbstentfaltungstendenzen und Blockierungen äußern sich auch nach C.Rogers in organischen, emotionalen und kognitiven Funktionen. Ziel der Therapie ist die Herstellung eines körperlich, emotional und kognitiv integriert funktionierenden Selbst, das für jeweils gegenwärtige Erfahrungen offen ist und keiner körperlichen, emotionalen und kognitiven Abwehrmechanismen bedarf; eine ideal therapierte Person „ist imstande, sich auf die Erfahrungen seines gesamten körperlichen Seins voll einzulassen, anstatt sie von seinem Bewußtsein fernzuhalten“ und „ist in der Lage, alle seine Gefühle zu erleben“. (Rogers 1969, S. 273 und S.278)

Eine weitere Frage lautet: Lässt sich im Zusammenwirken der Funktionsbereiche eine Hierarchie erkennen? Bzw. sind Bereitschaft zu Reizbetroffenheit und Steuerungseffizienz von Handlungen unterschiedlich ausgeprägt? Damit lässt sich auch fragen, ob die an verschiedenen Funktionsbereichen ansetzenden therapeutischen Techniken in ihrer Qualität unterschiedlich zu werten sind bzw. ob für sie hypothetisch unterschiedliche Erfolgswahrscheinlichkeiten anzunehmen sind. Da Zusammen- und Wechselwirkungen der physischen, emotionalen und kognitiven Funktionen durch Reize auf verschiedenen Funktionsebenen prinzipiell so ausgelöst werden können, daß gleichartige Handlungen resultieren, ist die Frage nach einem bedeutsameren Funktionsbereich für die therapeutische Effizienz sekundär, solange im therapeutischen Vorgehen eben das Zusammenwirken der Funktionsbereiche betont wird. Hat ein Therapeut Wahlmöglichkeiten in Bezug auf den primären Ansatzpunkt auf der Ebene der verschiedenen Funktionen – dies ist natürlich von seiner Ausbildung und der Art seiner eigenen Selbstentfaltung abhängig – so ist es im Anfang des therapeutischen Prozesses sicher sinnvoll, mit dem Klienten zu klären, in welchem funktionalen Bereich er die deutlichsten Blockierungen aufweist, ob er mehr physisch oder mehr emotional oder mehr im Sinne des Selbstbewußtseins blockiert erscheint; dort, wo die Blockierungen am deutlichsten sind, dürfte der geeignete therapeutische Ansatzpunkt gegeben sein. (vgl. Reich 1947, S.203)

Allgemein ist jedoch die folgende Annahme theoretisch begründet: In bezug auf Selbstentfaltungstendenzen und Blockierungen liegt eine abgestufte Bedeutsamkeit der Funktionsbereiche in der Richtung vor: Für den Menschen ist das organisch-physische Funktionieren bedeutsamer als das emotionale Funktionieren, und dieses ist wiederum bedeutsamer als das kognitive Funktionieren; demnach haben Blockierungen auf den verschiedenen Ebenen in der Regel ein unterschiedlich starkes Resistenzpotential. Diese Annahme leitet sich vor allem aus der Phylo- und Ontogenese und dem Anteil der Funktionsbereiche am allgemeinen physiologisch-anatomischen Aufbau des Menschen ab. Zu Beginn des menschlichen Lebens vom Augenblick der Zeugung an funktioniert ein menschliches Wesen nur im biologisch-organischen Bereich, und zwar durch plasmatische Vorgänge der Zellteilung, durch die allmähliche Ausbildung von anatomisch-physiologischen Strukturen, durch die fötale Ausformung einer mit dem Mutterschoß im ständigen Kontakt befindlichen physiologischen Einheit, durch die Entwicklung von Sinnesorganen und Nervenverbindungen für die Perzeption. Blockierungen in der organischen Entwicklung während der Schwangerschaft scheinen bis heute kaum ganz ausheilbar zu sein. Die ersten Reaktionen des geborenen Menschen verlaufen anscheinend nur auf der organismisch-reflexhaften Ebene, auf der Ebene physiologischer Instinkte; allerdings können bei Säuglingen auch vom ersten Tag an akustische, taktile und visuelle Wahrnehmungsaktivitäten beobachtet werden. Es bilden sich somit physisch-kortikale

Speicherungen, neurale Engramme, physiologische „Erinnerungsspuren“.<sup>6</sup> Qualitäten emotionalen Erlebens scheinen beim Säugling nach einigen Monaten deutlich zu werden, wenn er Bilder und Phantasien mit angenehmen und unangenehmen Qualitäten speichern kann; ein Zeichen dafür ist seine Wahrnehmung und Empfindung für eine kontinuierliche Beziehung zu seinen primären Bezugspersonen. In dieser Phase sind beim Säugling auch Aktivitäten zu beobachten, die gezielt auf die Herstellung von Lust- und die Vermeidung von Unlusterlebnissen orientiert sind, z.B. ein auf das Kommen von Bezugspersonen gezieltes Schreien (vgl. SIEGRIST 1970, S.28). Kognitives Funktionieren wird beim Kleinkind deutlich, wenn es die Fähigkeit zu symbolischer Kommunikation, Sprachfähigkeit und damit auch die Möglichkeit zum inneren Dialog als Grundlage symbolischen Denkens erwirbt.<sup>7</sup> Als 'kognitiv' und bewußt werden meist und auch hier eben solche Inhalte bezeichnet, die verbalisierbar sind. Emotional empfundene, aber noch nicht verbalisierbare Gehalte stehen für das "Vorbewußte" im Sinne Freuds. Diese ontogenetische Entwicklung spiegelt auch die phylogenetische Entwicklung vom Einzeller über die niederen und höheren trainierbaren Tiere bis zum Menschen mit seinen sprachlich-kognitiven Fähigkeiten wieder. Früher entwickelte Funktionsbereiche behalten in der Regel auch eine stärkere Bedeutung für die Handlungsgestaltung als später entwickelte. Auch anatomisch wird die unterschiedliche Bedeutung von Funktionsbereichen deutlich: Physiologische Funktionen umfassen den ganzen Körper des Menschen in all seinen Partien, emotionale Funktionen repräsentieren sich vorwiegend im Zentralnervensystem und im Gehirn, kognitive Funktionen scheinen im Wesentlichen auf das Großhirn beschränkt. Dem Menschen wird nur ein kleiner Teil seiner Lebensvorgänge bewußt, wie es Freud auch mit dem Bild des Eisbergs für das Bewußtsein ausdrückt;<sup>8</sup> ein etwas größerer Teil seiner physischen Lebensvorgänge, vor allem auf dem Gebiet hormoneller Vorgänge, wird für den Menschen empfindbar, erlebbar mit emotionalen Qualitäten.

Der unterschiedlich ausgeprägten Wirksamkeit der Funktionsbereiche entspricht auch in der Regel eine jeweils stärkere Gewichtigkeit vorhandener Selbstentfaltungstendenzen und Blockierungen. Demnach funktioniert ein Mensch im Sinne der Selbstentfaltung primär durch physisch-energetische Vorgänge im Sinne der Spannungs-Entspannungs-Prozesse und steht so auch bis zum Abschluss der Pubertätszeit in einer organischen Entwicklung. In zweiter Linie strebt der Mensch zu emotionaler Selbstentfaltung, d.h. zu emotionalem Erleben von Lust und Bedürfnisbefriedigung in Kontakten mit der Umwelt. Darauf erst baut dann in der Regel das kognitive Selbstentfaltungstreben des Menschen auf, sein Streben zu vermehrter Selbstbewußtheit, Identität und zu erweiterter Erkenntnis der Umwelt.

Im organisch-physischen Bereich kann es Blockierungen geben, Reduktionen in der organischen Entwicklung und muskuläre Verkrampfungen infolge von Energiestaus, die ontogenetisch-biographisch schon vor der Ausbildung emotionalen Empfindens und kognitiver Aufnahmefähigkeit eingesetzt haben, z.B. mangelnder Kontakt des Säuglings mit Bezugspersonen, Reduktionen der Bewegungs- und Aktivitätsmöglichkeiten des Säuglings. Solche Blockierungen müssen daher nicht unbedingt mit Emotionsreduktionen und verbalisierbaren unbewußten Erinnerungsspuren verbunden sein, so daß sie mit therapeutischen Ansätzen auf der emotionalen oder kognitiven Ebene eventuell nicht angebar sind. Es ist also fraglich, ob die an verbalen und damit kognitiven Äußerungen ansetzenden therapeutischen Techniken Selbstentfaltungsblockierungen des Menschen beheben können, die biographisch im ersten Lebensjahr vor der Entfaltung seiner kognitiven Aufnahmefähigkeit entstanden.

---

<sup>6</sup> Natürlich ist alles emotionale und kognitive Funktionieren durch irgendwelche, zum großen Teil noch unbekannte physiologische Prozesse im Zentralnervensystem vermittelt; wenn also bisher und im Folgenden physisches Funktionieren von emotionalem und kognitiven Funktionieren theoretisch-analytisch abgehoben wird, so ist es mehr als ein rein physisches Funktionieren ohne emotionale und kognitive Beiträge gedacht.

<sup>7</sup> Die Zusammenhänge zwischen symbolischer Kommunikation und Kognitionen werden besonders von G.H.MEAD, dem Begründer des Symbolischen Interaktionismus, hervorgehoben. (vgl. MEAD 1969)

<sup>8</sup> Wie beim Eisberg nur ein kleiner Teil oberhalb der Wasseroberfläche sichtbar ist und der größte Teil im Wasser verborgen ist, so ist auch der weitaus größte Teil der Lebensvorgänge unbewusst.

## 2. Die Entwicklung der Psychoanalyse Sigmund Freuds

### 2.1 Von der Beschäftigung mit Hysterie und Hypnose zur Psychoanalyse

#### 2.1.1 Forschungen auf dem Gebiet der Hysterie und Hypnose: Charcot, Breuer, Freud

Zu Beginn seiner nervenärztlichen Tätigkeit um 1885 wurde Sigmund Freud mit dem Problem der Hysterie konfrontiert, einer damals häufig vorkommenden und noch rätselhaften Krankheit. Hysterische Symptome sind auffällige funktionelle Störungen in motorischen sensiblen und sensorischen Bereichen, z.B. Lähmungen, Unempfindlichkeiten, Anfälle, Seh- und Sprachstörungen, ohne aufgefundene organische Ursachen. Die Störungen umfassen oft einen relativ umgrenzten Körperbereich. Zugleich zeigen sie in der Regel einen deutlichen Ausdrucks- und Symbolcharakter.

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 wegzusuggerieren. Charcot hatte festgestellt, daß sich bei geeigneten Personen in der Hypnose durch Suggestion physiologische Symptome provozieren ließen, die den hysterischen weitgehend glichen. Damit war aufgezeigt, daß die Symptome durch gedankliche Vorstellungen hervorgerufen werden konnten, daß sie also seelischen Ursprungs waren. Freud studierte zwischen 1896 und 1891 bei Charcot in Paris.

Als Nervenarzt arbeitete Freud in Wien auf dem Gebiet der Hysterie zunächst mit BREUER zusammen. Sie erstrebten eine wissenschaftliche Erklärung der hysterischen Phänomene und ihrer Therapie. Von der Pariser Medizinerschule übernahmen sie für die Behandlung der hysterischen Patienten die Hypnose, modifizierten diese aber so, daß sie Hypnose weniger zur Suggestion, sondern in neuer Weise mehr zur Exploration einsetzten. Sie hatten festgestellt, daß sich 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: Wenn sich die Patienten in der Hypnose bestimmter, sonst vergessener Erlebnisse wiedererinnerte und diese Erinnerung mit einer entsprechenden Affektentladung verbunden war, verschwand ein Symptom, das mit dem Erlebnis in einem bestimmten Zusammenhang stand.

Ein 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 stecken gebliebenen Ärger energischen Ausdruck und verlangte zu trinken. Sie trank in der Hypnose ohne Hemmung. Die Störung war damit verschwunden.

In diesem Vorfall zeigen sich zentrale theoretisch-therapeutische Bausteine der Psychoanalyse:

- a) In der Vergangenheit des Patienten existiert eine ungelöste Konfliktsituation, eine "traumatische" Situation. 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 steht mit dem unterdrückten Affekt in innerem logischen (oder auch zeitlichen) Zusammenhang; der unterdrückte Affekt äußert sich sozusagen im 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 wieder erlebt 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 „kathartische“ Therapiemethode, die der Wiedererinnerung und der Wiederbelebung von Affekten diene.

## 2.1.2 Die Entwicklung theoretischer Grundannahmen der Psychoanalyse

Aus der Beobachtung bei hysterischen Patienten, 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 Symptome provozieren, also aus dem „Unbewußten“ heraus wirken, und
- mit affektiven Strebungen, die in den früheren Erlebnissen provoziert wurden, aber aus moralischen Strebungen oder Angst vor Liebesverlust oder Beschämung nicht zugelassen wurden.

Symptomprovozierende Situationen zeichnen sich durch folgende Charakteristika aus:

- a) Die Situation ruft einen spontanen Affekt hervor, eine psychophysische Erregung, die ‚normalerweise‘ einen Ausdruck in einer bestimmten Verhaltensweise verlangt. Hinter der Erregung verbirgt sich erlebnismäßig 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 und sozialer Mißachtung, auch Ängsten vor einer starken eigenen, kaum beherrschbaren Impulsivität. „Überich“, „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 in jeder Symptomneurose wirken die beiden Strebungen folgendermaßen:
  - Die hemmende Einstellung setzt sich, oberflächlich gesehen, radikal durch; sie sorgt dafür, daß der provozierte Affekt, die Erregung in der Situation nicht in Handlung umgesetzt wird und mit der provozierenden Situation aus dem Bewußtsein verschwindet, aus der bewußten Erinnerung „verdrängt“ wird.
  - Die ursprüngliche Erregung äußert sich in verändertem spontanen Verhalten als Symptom, und zwar so, daß der Zusammenhang mit der auslösenden Situation für das Bewußtsein 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 Erregungsausdruckes 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.

Die Hysterie als Neuroseform steht in besonders enger Beziehung zur Verdrängung sexueller Erregungen. Ihr häufiges Vorkommen zur Zeit der Jahrhundertwende kann als medizinisches Korrelat für die allgemein prude Haltung der Sexualität gegenüber gelten; 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. 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 zu machen.

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 unnatürlich 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.

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 manchmal, sie seien von ihrem Vater sexuell verführt worden. Anfangs hielt Freud 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 Vermutung 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 genital-sexueller 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.

## **2.2 Die Therapietechnik in der Psychoanalyse**

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 oder unangenehm 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 den 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.

Freud nahm wahr, daß sich unterdrückte Erinnerungen und Erregungen ebenso wie in hypnotischen Erinnerungen auch in Träumen äußern können. Der Traum ersetzte daher in Freuds therapeutischer Technik sozusagen die explorative Funktion der Hypnose. Träume drücken ursprüngliche Erinnerungen, Gefühle und Erregungen in mehr oder minder verschleierter Form aus; zum angemessenen Verständnis der Träume ist also die Arbeit der Traumdeutung notwendig. Diese vollzieht weitgehend der Patient durch die Methode der freien Assoziation.

Nach einer Aufforderung zur freien Assoziation fielen Patienten häufiger in ein Schweigen, wobei Freud an ihren gespannten Mienen feststellen konnte, 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 analytischen Therapie. Ein solcher Widerstand äußert sich vor allem in kritischen analytischen Situationen, in denen ungelöste Konflikte, die der Anlass zu Verdrängungen waren, aktualisiert werden. In diesen analytischen Situationen wird die Dynamik der ursprünglichen aufgetretenen unvereinbaren Strebungen wiederholt; der frühere Kampf der hemmenden Strebung 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 in der analytischen Situation im Widerstand 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 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“. In der Situation der analytischen Therapie werden die sozial bezogenen ursprünglich verdrängten Erregungen dem Patienten dadurch neu erlebbar und erfahrbar, daß er sie auf den Therapeuten als Bezugsperson zentriert. Solche Übertragungen in der analytischen Therapiesituation manifestieren sich zunächst meist als Widerstand: Der Patient sträubt sich zunächst, Liebes- und Hassgefühle gegenüber dem Therapeuten zuzugeben. Der „Übertragungswiderstand“ scheint der bedeutsamste Widerstand zu sein. Bei einer offenen Haltung („freischwebende Aufmerksamkeit“) kann der Therapeut die affektiven Strebungen, die der Patient auf ihn richtet, erspüren und kann gerade dadurch die Probleme relativ unmittelbar erleben und erkennen; man spricht von der „Gegenübertragung“ des Therapeuten. Wird der Therapeut von den Übertragungshaltungen des Patienten selbst an eigenen empfindlichen Stellen, ‚blinden Flecken‘ im Raum seines Selbstbewußtsein getroffen, so können in seine Gegenübertragung verzerrende Wahrnehmungsmomente einfließen.

Der Therapeut ist in der analytischen Situation weitgehend passiv. Seine Aktivität beschränkt sich darauf, durch Deutungen dem Patienten zum tieferen Verständnis seiner Einfälle zu verhelfen. Die Deutungen können sich auf die Aktivitäten des Patienten in der gegenwärtigen Situation beziehen, und zwar auf seine unterdrückten Übertragungstrebungen und/oder seine unterdrückenden Widerstandshaltungen; sie können die Art und die biographische Genese der unterdrückten Triebabläufe und der unterdrückenden Einstellungen erhellen. Dem Patienten sollten nur solche Inhalte gedeutet werden, die er schon relativ deutlich, ‚vorbewußt‘ erlebt.

### **2.3 Die theoretischen Grundlagen der Psychoanalyse: Sexualität und Trieb**

Freud wandte seine therapeutische Technik bald auch auf die Behandlung weiterer neurotischer Symptome neben den hysterischen Phänomenen an, vor allem auf Zwangs-, Furcht- und Angstsymptome. Er stellte bald fest, daß die in der Therapie mitgeteilten Träume und Einfälle fast regelmäßig zu Phantasien über sexuelle Gefühle in der frühen Kindheit führten. Die Unterdrückung sexueller Erregungen und Gefühle in der frühen Kindheit bekam für Freud so einen zentralen Stellenwert in der Verursachung von Neurosen und neurotischen Symptomen. Von daher kam Freud dann zu ausführlicheren theoretischen Überlegungen über Ausdrucksformen der frühkindlichen Sexualität und über das Wesen der Sexualität bei Kindern und Erwachsenen (vgl. FREUD 1905). Die These, daß sexuelle Verdrängungen die zentralen Ursachen von Neurosen seien, und die Behauptung, daß auch Kleinkinder schon sexuelle Erregungen und Gefühle erlebten, waren für die herrschenden Einstellungen der damaligen Gesellschaft eine starke Provokation.

Die selbstverständliche Annahme eines Geschlechtstriebes bei Tier und Mensch in der Biologie ist für Freud der Ausgangspunkt seiner Sexualtheorie. Die Äußerungen der Sexualität sind also Ausdruck eines organischen Triebes, einer drängenden organischen Energie. Zur Sexualität gehören ein „Sexualziel“ - das ist „die Handlung, nach welcher der Trieb drängt“ - und ein „Sexualobjekt“ bzw. „die Person, von welcher die geschlechtliche Anziehung ausgeht“ und auf die die sexuelle Handlung gerichtet ist (FREUD 1905, S.13).<sup>9</sup> Als normales Sexualziel gilt die Vereinigung der Genitalien in dem als Begattung bezeichneten Akte, der zur Lösung der sexuellen Spannung und zum zeitweiligen Erlöschen des Sexualtriebes führt (FREUD 1905, S.26).<sup>10</sup> Die Quelle des Sexualtriebes ist ein organisches Spannungsgefühl von drängendem Charakter, das in einem spezifischen Körperorgan, „der erogenen Zone“, entsteht. Eine erogene Zone ist eine „Haut- oder Schleimhautstelle, an der Reizungen von gewisser Art eine Lustempfindung von bestimmter Qualität hervorrufen“ (FREUD 1905, S.57). Die Funktion einer erogenen Zone kommt vorwiegend solchen Körper-

<sup>9</sup> Der Begriff des „Objekts“ statt dem des „Partners“ verweist auf den biologischen Hintergrund der Freud'schen Sexualtheorie. Leider herrscht aber auch heute noch in der Psychoanalyse der Begriff der „Objektbeziehung“ vor gegenüber dem der „Partnerbeziehung“.

<sup>10</sup> Als primäre Funktion der Sexualität stellt Freud hier die Fortpflanzung dar; die Befriedigung durch Spannungsauflösung ist für ihn nur Folge des Sexualaktes.

organen zu, die sich nach außen öffnen, um etwas aufnehmen zu können oder etwas auszuscheiden; es sind die Bereiche der Lippen-Mund-Partie, des Afters und der Genitalzone. Weiter betont Freud jedoch, daß jede beliebige andere Hautstelle die Funktion einer erogenen Zone haben kann; der ganzen Hautoberfläche kommt eine Art Reizbarkeit zu. Als Beispiel für Reizerregungen auf die ganze Hautoberfläche erwähnt Freud Temperaturreize, mechanische Körpererschütterungen wie Schaukeln oder Fliegenlassen und intensive Bewegungsempfindungen, z.B. ausgiebige aktive Muskeltätigkeit. Demnach kann sich der Sexualtrieb in jeder auf die Hautoberfläche projizierten angenehmen Körperempfindung äußern. Der Begriff der Sexualität umfasst also jedes körperliche Lustgefühl. Die Trieberregungen, die von den anderen erogenen Zonen als der Genitalzone ausgehen, bezeichnet Freud als Partialtriebe.

Die Erörterung der Sexualität geht bei Freud also vom ‚normalen‘ genitalen Sexualakt zwischen zwei erwachsenen Partnern unterschiedlichen Geschlechts, von der „genitalen Sexualität“ aus und wird dann auf die Vorstufen der Erwachsenen-Sexualität in der Kindheit erweitert, auf die „prägenitale“ oder „infantile“ Sexualität. Ein Verständnis für die prägenitale Sexualität ist grundlegend für ein Verständnis der sexuellen Perversionen. Je weiter man in der Kindheit zurückgeht, desto ausgedehnter scheint der Bereich der sexuellen Äußerungen zu sein und desto allgemeiner und diffuser werden sie erlebt. Auch der Bereich der Personen, auf die sich sexuelle Bestrebungen richten, ist für das Kind größer als für den Erwachsenen; das Kind richtet seine sexuellen Strebungen auf Personen beiderlei Geschlechts und auf Personen verschiedener Altersstufen. Im Erwachsenenalter fallen nach Freud infantile Sexualäußerungen nicht fort, sind aber bei gesunder Sexualität nur Vorstufen der genitalen Sexualität, sie sind unter diese unterzuordnen bzw. in sie zu integrieren.

‚Sexualität‘ bezieht sich nach Freud also auf bei Kindern und Erwachsenen mögliche Körperempfindungen, die die gemeinsame Erlebensqualität ‚Lust‘ hervorrufen, und ist Ausdruck eines Triebes. Der zu sexuellen Handlungen stimulierende Trieb wird als „Libido“ bezeichnet. In seinen theoretischen Überlegungen sucht Freud weiter nach den biologischen Grundlagen sexueller Lustempfindungen. Die Frage nach dem biologischen Wesen von Sexualität hielt Freud im Rahmen seiner anfänglichen Theoriebildungen für die wichtigste und zugleich für die am wenigsten gelöste.

Das Resultat dieser Überlegungen ist die Triebtheorie. In ihr werden die biologisch-anthropologischen Prozesse und Funktionen erörtert, die den Triebhandlungen zugrundeliegen. Der Ausdruck ‚Trieb‘ verweist schon auf die Annahme einer organischen Energie, die sich als Libido in psychosexuellen Strebungen und Handlungen äußert. Beobachtbare psychosexuelle Phänomene beruhen nach Freud auf der Produktion, Vergrößerung oder Verminderung, Verteilung und Verschiebung der libidinösen Energie.

In der Triebtheorie wird der Einfluss der Studienzeit Freuds deutlich, wo er unter BRÜCKE einer dynamischen Betrachtungsweise in der physiologischen Forschung begegnete, bei der exakt naturwissenschaftliches Vorgehen mit einer evolutionär-darwinistischen Einstellung verbunden wurde. Die Gedanken von BRÜCKE 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.

Strebungen der libidinösen Energie können nach Freud von vielen Reizen angeregt werden, von somatischen und psychischen Innenreizen und von Außenreizen. Diese Reize veranlassen physiologische Erregungen, die als drängende Spannung gespürt werden. Die Spannung impliziert ein Unlustgefühl, sie drängt zur Veränderung der psychophysischen Situation. Das Ziel der erregten Energie ist zunächst die Aufhebung der Erregtheit bzw. die Entladung der entstandenen Spannung; ein Lustgefühl oder Befriedigung wird dadurch herbeigeführt, daß die als Unlust empfundene Spannung aufgehoben wird und die psychische Situation dadurch verändert wird. Als physiologischen Hintergrund der libidinösen Energie nimmt Freud chemische Stoffe an, die von Drüsen im Körper gebildet werden, an den Blutkreislauf gegeben werden und bestimmte Teile des Zentralnervensystems mit Spannung laden. Die Wirkung der Hormone war um 1900 noch nicht bekannt, aber sie entsprechen sicher den von Freud angenommenen Stoffen. Demnach beruhen die Erregungen der libidinösen Energie physiologisch auf Spannungs-Entspannungs-Prozessen, die sich in Hormonproduktionen und den hormonellen Transportationen im Blutkreislauf äußern und eng

mit den zentralnervösen Vorgängen im Gehirn verbunden sind; sie können von dort angeregt werden, z.B. durch Phantasie, und wirken darauf zurück.

Indem Freud die physischen Energievorgänge als Spannung und Entspannung produzierende Prozesse und die entsprechenden Empfindungsqualitäten als Lust und Unlust darstellt, thematisiert er die von BRÜCKE herkommende zentrale Annahme: Alle psychophysischen Lebensvorgänge werden von antithetischen Strebungen und gegenläufigen Prozessen bestimmt; in dem Wechsel der gegenläufigen Prozessphasen expliziert sich das Streben zur Herstellung eines psychophysischen Gleichgewichts, das psychisch erlebt wird als Stabilität, Ausgleich, In-Einklang-sein-mit-Allem. Der Lebensprozess drückt sich demnach in gegensätzlichen, auf einen Ausgleich hinzielenden Strebungen aus. Die Definierung gegensätzlicher Tendenzen durchläuft im Denken Freuds mehrere Phasen, und zwar von den ersten oben bezeichneten Definierungen bis zu psychisch inhaltlichen Definierungen gegensätzlicher Triebe wie Lebens- und Todestrieb.

## 2.4 Die Genese von Neurose und Angst

Freud unterscheidet bezüglich der Ätiologie zwei größere Neurosegruppen. Beide Neurosegruppen sind durch eine Unterdrückung sexueller Erregungen entstanden, d.h. sexuelle Erregungsspannungen haben physisch und psychisch nicht in lustvollen Entspannungen ausklingen können.

Die „Aktualneurosen“ als erste Gruppe treten im Erwachsenenleben dann auf, wenn physisch ansteigende Sexualerregungen sich aufgrund gegenwärtiger Lebenssituationen nicht in physischer Entspannung auflösen können, sie sind Folge eines situationsbedingten unangemessenen Ablaufs der sexuell erregten physischen Spannungs-Entspannungs-Prozesse; die orgastische Lösung der sexuellen Erregung fehlt oder ist vermindert. Entsprechend den durch verschiedene Situationsarten bedingten Störungen der sexuellen physischen Spannungs-Entspannungs-Prozesse unterscheidet Freud unter den Aktualneurosen die „Neurasthenie“ und die „Angstneurose“:

- Die Neurasthenie entsteht dann, wenn bei ansteigender Sexualerregung häufiger ein Sexualpartner fehlt und die Erregung dann nach relativ kurzem Anstieg durch Masturbation abgeführt wird; sie ist mit einer Reduzierung des quantitativen Erregungsniveaus verbunden, die Intensität des Orgasmus als Höhepunkt des physischen Sexualprozesses ist vermindert.
- Die Angstneurose bildet sich in solchen Situationen, wo starke physische sexuelle Erregung sich nicht in Lusteffekte und physische Entspannung umsetzen kann. Bei der Angstneurose steigt die physische Sexualerregung an und äußert sich durch Herzklopfen, Atembeschleunigung und andere physische Symptome, sie kann aber psychisch nicht frei als Anstieg von Lust erlebt werden, es tritt eine Differenz ein zwischen physischer Sexualerregung und psychisch effektiver Verarbeitung; der Erregungsanstieg mit seinen physischen Symptomen wird psychisch an Stelle von Lustgefühlen mit Angstgefühlen erlebt; aus der psychischen Verbindung von Lustgefühlen heraus wird die Erregung als störend, bedrohend und somit als Angst erlebt. Dadurch kann sich dann auch nicht die physische Sexualspannung in orgastische Entspannung auflösen. „Die Symptome der Angstneurose (sind) ... Surrogate der unterlassenen spezifischen Aktion auf die Sexualerregung“ (FREUD 1895, S.338). Die Angstneurose ist eine „Stauungsneurose“ infolge der Anhäufung physischer sexueller Spannung“ (FREUD 1902, S.82).

Die Angst der Angstneurose gründet sich also auf physische Erregungsprozesse, die psychisch nicht angemessen verarbeitet werden; statt Lust wird Angst erlebt. In einer weiteren Formulierung fasst Freud die Entstehung der neurotischen Angst folgendermaßen auf: Libido wird von ihrer normalen Verwendung abgelenkt, und zwar in physischer Hinsicht bei der Angstneurose und in psychischer Hinsicht – Luststreben und sexuell-erotische Bedürfnisse werden psychisch, vom Ich nicht zugelassen – bei den „Psychoneurosen“. Der physische Aspekt des Angsteffektes hat nach Freud seinen Ursprung im Geburtsakt, *„bei welchem jene Gruppierung von Unlustempfindungen, Abfuhrerregungen und Körpersensationen zustande kommt, die das Vorbild für die Wirkung einer Lebensgefahr geworden ist und seither als Angstzustand von uns wiederholt wird. Die enorme Reizsteigerung durch die Unterbrechung der Bluterneuerung (der inneren Atmung) war damals die Ursache des Angsterlebnisses, die erste Angst also eine toxische. Der Name „Angst“ als „angustiae“, ‚Enge‘ betont den Charakter der Beengung im Atmen, die damals als Folge der realen Situation vorhanden war und heute im*

*Affekt fast regelmäßig wiederhergestellt wird. Wir werden es auch als beziehungsreich erkennen, daß jener erste Angstzustand aus der Trennung von der Mutter hervorging.“ (FREUD 1916, S.411)* Die Geburtssituation hat zwar noch keinen eigentlichen psychischen Niederschlag, in ihrem Geschehen – Abschneiden bisheriger Sauerstoffzufuhr und Lebensgefahr, existentielles spannungsgeladenes Drängen der inneren Atmung nach außen als Durchstoßen einer Enge bzw. bisheriger Atmungssperre durch einen Schrei – wirkt sie aber als Prägung physischer Prozesse von Spannung und Spannungsabfuhr, die grundlegend sind für die negativen Affekte wie Angst, Unlust, Wut.

Die „Psychoneurosen“ als zweite Neurosengruppe bei Freud umfassen Hysterien, Zwangsneurosen, Phobien, Melancholien. Sie basieren darauf, daß psychisch verinnerlichte Ängste und Hemmungen Verdrängungen sexueller Erregungen in der frühen Kindheit bewirken, wobei der Ödipuskomplex mit libidinösen Inzestwünschen, Inzesttabu, Kastrationsangst u.ä. eine zentrale Rolle spielt; sie äußern sich im Erwachsenenleben in Situationen, die den Situationen der frühkindlichen Verdrängung analog sind. Bei Psychoneurosen stehen sexuellen Gefühlen und Äußerungen also psychisch verinnerlichte, frühkindlich erworbene Barrieren im Wege. Die psychoneurotischen Symptome können ihrem Sinn bzw. Symbolgehalt nach als verschleierte sexuelle Äußerungen betrachtet werden; die auf sexuelle Äußerungen drängenden Energieanteile sind in Symptombildungen umgeleitet.

Bei der Thematisierung der Aktual- und Psychoneurosen stehen bei Freud die Unterschiede hinsichtlich ihrer Ätiologie im Vordergrund: Aktualneurosen entstehen primär auf physischer Grundlage, durch biochemische Störungen des Sexualstoffwechsels; Psychoneurosen entstehen auf psychischer Grundlage, durch ungelöste Konflikte zwischen sexuellen Triebstreben und emotional-kognitiven Einstellungen auf der Ebene des Ich. Freud sieht aber auch Gemeinsamkeiten: Häufig treten „gemischte Neurosen“ auf, wo z.B. aktualneurotische Symptome mit psychoneurotischen gemeinsam zu finden sind; besonders deutlich sind die Verbindungen zwischen angstneurotischen und hysterischen Symptomen. Bei diesen gemischten Neurosen nimmt Freud eine Vermengung physischer und psychischer Ursachen an, er geht theoretisch jedoch kaum näher auf das ätiologische Zusammenwirken physischer und psychischer Momente ein.

### **3. Die Weiterentwicklung der therapeutischen Theorie und Technik bei Wilhelm Reich**

#### **3.1 Die biographischen Stadien im Leben von Wilhelm Reich<sup>11</sup>**

Wilhelm Reich wurde 1897 in Österreich als Sohn eines wohlhabenden Gutsbesitzers geboren.

In einem Rückblick auf seine Kindheits- und Jugendinteressen schrieb Reich 1943:

*„Mein Interesse an der Biologie und den Naturwissenschaften wurde schon früh durch das Landleben auf dem Bauernhof und die Nähe zum Ackerbau und zur Viehwirtschaft geweckt, woran ich in jedem Sommer während der Erntezeit praktisch teilnahm. Vom achten bis zum zwölften Lebensjahr beschäftigte ich mich unter Anleitung eines Privatlehrers mit einer eigenen Sammlung und einem Zuchtlaboratorium für Schmetterlinge, verschiedenen Insekten und Pflanzen etc. Die natürlichen Lebensfunktionen einschließlich der Sexualfunktion waren mir vertraut, soweit ich zurückdenken kann. Dies könnte wesentlich dazu beigetragen haben, daß ich später als Psychiater immer ein starkes Interesse an den biologischen Grundlagen der lebendigen Emotionen hatte, und auch meine biophysikalischen Entdeckungen auf den Gebieten der Medizin, Biologie und Kindererziehung dürften hiervon beeinflusst worden sein.“ (RAKNES 1970, S.17)*

Reich machte 1915 Abitur und war anschließend bis zum Ende des Ersten Weltkrieges Soldat in der österreichischen Armee.

---

<sup>11</sup> vgl. RAKNES 1970, OLLENDORFF-REICH 1969, REICH 1947

In Wien begann Reich 1918 mit dem Studium an der medizinischen Fakultät und schloss es 1922 erfolgreich ab. Von 1919 bis 1922 organisierte und leitete Reich das „Wiener Studienseminar für Sexologie“. Im Rahmen dieser Arbeit bekam Reich Kontakt zu Freud, zunächst über seine Schriften, besonders die „Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie“, dann durch einen Besuch bei ihm. Nach einer kurzen Lehranalyse wurde Reich 1920 aufgrund seiner klinischen und theoretischen Beiträge Mitglied der „Wiener Psychoanalytischen Gesellschaft“. Ab der Zeit etwa betätigte sich Reich selbst als psychoanalytischer Therapeut. In der Zeit seines Studiums und noch einige Zeit weiter besuchte Reich auch biologische Seminare. 1922 nahm die Psychoanalytische Klinik in Wien unter der Leitung von Freud ihre Arbeit auf, Reich wurde dort erster klinischer Assistent und ab 1928 stellvertretender Direktor. Von 1924 – 1930 war Reich an der Klinik Leiter des „Seminars für psychoanalytische Therapie“. 1928 gründete Reich in Wien die „Sozialistische Gesellschaft für Sexualberatung und Sexualforschung“, baute sexualhygienische Beratungsstellen für die Bevölkerung auf und betätigte sich im Sinne der Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit über psychohygienische, pädagogische, soziale und politische Fragen, die mit einem gesunden Sexualleben zusammenhängen. Da der Druck von politischer, kirchlicher u.a. Seite auf diese Arbeit sehr groß wurde, siedelte Reich 1930 nach Berlin. Dort wurde er Mitbegründer der Bewegung für „Sexualökonomie und Politik“, kurz: „Sexpol“, die sich als Bestandteil der kommunistischen Arbeiterbewegung verstand. Im Rahmen dieser Bewegung setzte Reich seine Wiener Arbeit für die sexuelle und psychosoziale Hygiene der Bevölkerung fort. Vor dem Nationalsozialismus floh Reich 1933 nach Dänemark, dann nach einem halben Jahr nach Schweden und nach einem weiteren halben Jahr nach Norwegen. 1934 wurde Reich aus der Internationalen Psychoanalytischen Gesellschaft wegen theoretischer und sozialpolitischer Differenzen ausgeschlossen.

Die wissenschaftliche Entwicklung von Wilhelm Reich im Rahmen der Psychoanalyse zwischen 1919 und 1934 lässt sich durch drei Stränge kennzeichnen:

- a) Seit Beginn seines Studiums interessierte sich Reich für das Gebiet der Sexualität, und zwar einmal theoretisch, dann im Rahmen der psychoanalytischen Behandlung sexueller Störungen und später auch für gesellschaftliche Fragen der sexuellen Hygiene. Er konzipierte „Sexualökonomie“ als Wissenschaftsgebiet, das sich mit Bedingungen, Prozessen und Auswirkungen der individuellen und sozialen Regulierung von Sexualität befasst. Er hob vor allem die primäre Bedeutung der Unterdrückung sexueller Trieberregungen für die Entstehung und Tradierung psychischer Erkrankungen im Sinne der frühen Überlegungen Freuds wieder hervor und setzte daran in seinen klinischen Studien an. Er befaßte sich theoretisch und therapeutisch vor allem mit der genitalen Sexualität und ihren Störungen.
- b) Im Rahmen der psychoanalytischen Therapietechnik setzte Reich bei der Widerstandsanalyse an und führte sie zur „Charakteranalyse“ fort. In der theoretischen Betrachtung und der therapeutischen Behandlung von Neurosen als Verdrängungen affektbesetzter Erinnerungen und Unterdrückungen von Triebäußerungen verlagerte Reich seine Aufmerksamkeit allmählich mehr auf die körperlichen Äußerungen von Blockierungen und Befreiungen.
- c) In seiner kritischen Auseinandersetzung mit der psychologischen Triebtheorie der späten Psychoanalyse – ihr Hauptmerkmal ist die Annahme eines primären Todestriebes – befasste sich Reich mit der psychologisch-inhaltlichen Seite ursprünglicher Affekte. Lust, Angst und Wut erörterte er als grundlegende Affektinhalte und beschäftigte sich mit ihrem Verhältnis zueinander anhand seiner Beobachtungen therapeutischer Prozesse.

Von 1934 bis 1939 arbeitete Reich am Psychologischen Institut der Universität Oslo. In einem – für wohl jede historische Entwicklung von Psychotherapie typischen – Wechsel von therapeutischen Behandlungsversuchen, der Beobachtung ihrer Prozesse und Effekte und der theoretischen Schlußfolgerungen für menschliche Prozesse entwickelte Reich während der Zeit therapeutische Techniken und Theorien über Prozesse im menschlichen Organismus, die weit über den Rahmen der Psychoanalyse hinausgingen und deren Grundlage Beobachtungen über biophysische Vorgänge waren. In seinen therapeutischen Techniken setzte Reich die mit der „Charakteranalyse“ begonnene Linie fort, bei Patienten an ihrem körperlichen Gesamtausdruck und ihren sich an der Körperoberfläche äußernden physischen Prozessen anzusetzen. In Erkenntnis, daß die therapeutisch relevanten physischen Prozesse sich auf der Ebene des vegetativen Nervensystems abspielen, nannte Reich seinen neu entwickelten Therapieansatz „Vegetotherapie“. Im Rahmen der The-

oriebildung ergänzte Reich seine Beobachtungen in der Therapie durch experimentielle biologische Forschungen. Er interessierte sich für die biologischen Grundlagen und Prozesse der organischen Energie, auf die Freud schon mit dem Triebbegriff hingewiesen hatte und die die zentralen psychophysischen Lebensvorgänge bestimmt. Hinter allen organismischen Vorgängen erkannte er letztlich das Wirken einer primär bioplasmatisch funktionierenden Lebensenergie: Sie fließt durch jeden Organismus, stimuliert die zentralen Lebensvorgänge wie Atmung, Stoffwechsel und orgasmische Muskelzuckungen; sie äußert sich vorwiegend durch Pulsation, d.h. durch einen Wechsel von Ausdehnung und Kontraktion, von Spannung und Entspannung, von Ladung und Entladung.

1939 ging Reich nach USA, wiederum wegen Bedrohungen durch die kriegerische Ausbreitung des Nationalsozialismus. Er wurde a.o. Professor an der New School for Social Research in New York, führte weiterhin therapeutische Tätigkeiten und Ausbildungen durch und errichtete ein Forschungslaboratorium in Forest Hills, New York. 1942 erwarb er Land im Staate Maine, benannte den Besitz „Orgonon“ und errichtete dort ein Forschungszentrum. Im Rahmen der therapieorientierten psychophysischen Forschung zentrierte Reich seine Aufmerksamkeit auf die Krankheit des Krebses. Dispositionen für Krebskrankheiten liegen nach Reich letztlich in Blockierungen der fließenden Lebensenergie; an den Körperpartien, wo chronische muskuläre Verkrampfungen bestehen, erscheint die Gefahr der Entstehung von Krebstumoren am größten. Reich verstand die Krebserkrankung im wesentlichen als ein psychosomatisches bzw. ein „biopathisches“ Problem.

Seine experimentiellen Forschungen erweiterte Reich über die Biologie hinaus in die Physik. So zeigte er durch experimentielle Forschungen mit Messungen die Existenz einer atmosphärischen Energie auf, die mit der in biologischen Prozessen wirkenden Lebensenergie funktionell identisch ist. Diese sowohl im Kosmos wie im vegetativen Bereich funktionierenden Energieform bezeichnete Reich als „Orgonenergie“. Aus der experimentiell gewonnenen Erkenntnis, daß Material aus organischen Stoffen (Holz u.a.) die Orgonenergie anzieht und Material aus anorganischen Stoffen (Metall u.a.) die Energie durchlässt, abstößt, reflektiert, baute Reich einen „Orgonakkumulator“, d.h. einen Kasten mit organischen Material außen und anorganischem Material innen. Durch Messungen konnte Reich eine höhere Konzentration von Orgonenergie im Orgonakkumulator feststellen. Viele Menschen, die sich im Orgonakkumulator aufhielten, gaben an, belebende, energetisch stimulierende Wirkungen im körperlichen Befinden zu spüren. (vgl. LASKA 1976a, SENF 1976)

Den Orgonakkumulator setzte Reich auch für Krebstherapien ein und konnte dadurch wichtige Teilerfolge erreichen. Seine Therapieform, die sich u.a. der atmosphärischen Orgonenergie bediente, nannte Reich fortan „Orgontherapie“. In den 50er Jahren verlagerte Reich seine Forschungen immer mehr auf allgemeine naturwissenschaftliche Fragen, die in Bezug zur Orgonenergie standen; er entwickelte das Forschungsgebiet der „Orgonomie“. 1950 startete Reich mit seinen Mitarbeitern u.a. ein bedeutsames Experiment, das „Oranur-Experiment“: Aus der Hypothese, daß Orgonenergie gegen radioaktive Strahlungen immunisieren könne, brachte Reich radioaktive Substanzen in einen Orgonakkumulator; die Wirkung war jedoch konträr zur hypothetischen Voraussage: *„Die Radioaktivität ‘erregte’ oder ‘stimulierte’ das Orgon zu so starker Aktivität, daß alle, die an dem Experiment teilnahmen, erkrankten, obwohl sie die von der Atomenergie-Kommission vorgeschriebenen Schutzmaßnahmen strikt eingehalten hatten.“* (RAKNES 1970, S.38) Radioaktive Wirkungen werden also im Kontakt mit der Orgonenergie verstärkt.

1954 klagte die „Food and Drug Administration“ Reich wegen betrügerischer Reklame für die Heilwirkungen des Orgonakkumulators an. *„Die Klage, die nicht nur jeder wissenschaftlichen Ehrlichkeit Hohn sprach, sondern auch elementaren juristischen Ansprüchen nicht genügen konnte, gipfelte in der Behauptung, Reichs Entdeckungen seien ‘nicht-existent’. Reich lehnte es ab, sich vor Gericht gegen diese Klage zu verteidigen.“* (RAKNES 1970, S.21) Im Gerichtsbeschluss wurden die Verleihung, der Verkauf und der Transport von Orgonakkumulatoren untersagt; alle Orgonakkumulatoren sollten zerstört werden, ebenso alle Bücher von Reich. 1956 wurde Reich dafür, daß er den Gerichtsbeschluss von 1954 nicht befolgt habe, mit 2 Jahren Haft bestraft. 1957 trat er die Haftstrafe an und starb in der Haft nach einem halben Jahr. In den Jahren 1957 – 1960 wurden alle Bücher von Reich in den USA verbrannt.

In den folgenden Kapiteln werden die angeschnittenen theoretischen und therapeutischen Entwicklungen von Reich näher dargestellt.

## 3.2 Die Wege von Wilhelm Reich im Rahmen der Psychoanalyse

Wilhelm Reich setzt in der Theorieentwicklung, die zunächst im Rahmen der Psychoanalyse verläuft und später über sie hinausgeht, vor allem an den Anfängen der psychoanalytischen Theoriebildung an, wie sie sich in den frühen Schriften Freuds in der Darstellung der Aktualneurosen, der Wertung der Sexualität und der psychophysiologisch orientierten Triebtheorie zeigt. Reich nimmt besonders die Ansätze aus der Psychoanalyse auf, die Verbindungen zwischen biophysischen Erregungsabläufen und emotionalem Erleben thematisieren. Ins Zentrum seiner theoretischen Forschungen stellt Reich von Anfang an bis in die Spätphase die Frage nach der von Freud als „Trieb“ bezeichneten organischen Energie, die sich vornehmlich als Sexualität äußert.

Die theoretische und therapiebezogene Entwicklung Reichs im Rahmen der Psychoanalyse und über sie hinaus bis in die 40er Jahre ist besonders stark geprägt von einer Wechselwirkung zwischen theoretischen Überlegungen und praktisch-therapeutischen Erfahrungen.<sup>12</sup> Für Reich steht die Frage Freuds im Vordergrund: *„Inwiefern fördert die Theorie die Therapie und ermöglicht umgekehrt bessere Technik bessere theoretische Formulierungen?“* (REICH 1947, S.52) Im Vergleich zur geläufigen psychoanalytischen Praxis fällt Reich durch eine kontrollierte Auswertung seiner praktischen Erfahrungen auf; er bemüht sich um seelische Erhebungen, um die Erkenntnis biologischer Hintergründe, um Beobachtung und Beschreibung grundlegender Verhaltensabläufe und um die theoretische Verknüpfung von biologischen und psychologischen Prozessen.

### 3.2.1 „Sexualökonomie“ – physische und psychische Prozesse bei der Sexualität; „Funktion des Orgasmus“ – die Bedeutung genitaler Sexualität für die Gesundheit

Reich kam aus seinem biologischen und sozialmedizinischen Interesse an der Sexualität in Kontakt mit Freud und der Psychoanalyse. Im Rahmen seiner psychoanalytischen Therapietätigkeit nahm die Behandlung sexueller Störungen einen weiten Raum ein; viele Patienten kamen wegen sexueller Probleme. Reich erkannte wie Freud in der Reduktion des Sexuallebens in bezug auf physische Erregungsverläufe und psychische Phantasieinhalte zentrale Ursache und wesentliche Begleiterscheinung der Neurosen. Reich suchte Erkenntnisse und theoretische Formulierungen über das Zusammenwirken physischer und psychischer Prozesse im Sexualleben. Er ging dabei davon aus, was die Patienten in seiner therapeutischen Praxis über ihre physischen und emotionalen Empfindungen und Phantasien bei sexuellen Akten wie Onanie und Geschlechtsverkehr berichteten. Die folgenden Erkenntnisse stellten sich ein.

Bei sexuellen Prozessen wirken physische, emotionale und psychisch-phantasiemäßige Teilprozesse wechselseitig aufeinander. Ein Anstieg physisch-sexueller Erregung bedeutet auch Anstieg von Lustempfindung und Intensivierung der Phantasietätigkeit; Erregungsstärke, Lust- und Vorstellungintensität entsprechen in ihren quantitativen Ausmaßen einander. Physisch-sexuelle Erregung kann Lustempfindung und libidinöse Phantasie sowohl anregen wie von ihnen angeregt werden. Wechselseitige Aufschaukelung von physischem Spannungsanstieg, steigender Lustempfindung und Vorstellungintensivierung kennzeichnet das sexuelle Geschehen bis zu einem Höhepunkt. Damit wird zugleich die bei Freud vorherrschende simple Gleichsetzung von ‚Spannung - Unlust‘ und ‚Entspannung - Lust‘ korrigiert: Spannungsanstieg kann auch lustvoll erlebt werden.

Die Verbundenheit physischer und emotionaler Vorgänge sei am Affekt aufgezeigt. Freud definiert den Affekt folgendermaßen: *„Ein Affekt umschließt erstens bestimmte motorische Innervationen oder Abfuhrn, zweitens gewisse Empfindungen, und zwar von zweierlei Art, die Wahrnehmungen der stattgehabten motorischen Aktionen und die direkten Lust- und Unlustempfindungen, die dem Affekt, wie man sagt, den Grundton geben“, wobei „der Kern, welcher das genannte Ensemble zusammenhält, die Wiederholung eines bestimmten bedeutungsvollen Erlebnisses ist.“* (FREUD 1916, S.410) Der Affekt ist also ein physisch-emotionaler Ausdruck; körperliche und emotionale Empfindungswahrnehmungen beruhen letztlich auf der Wiederholung analoger früherer physischer Vorgänge. Affekte wie Lust und Angst haben als Erregung einen motorisch-aktiven Aspekt, meist

---

<sup>12</sup> Reichs autowissenschaftliche Biographie (1947) gibt einen guten Einblick in die Wechselwirkung von Theorie und Praxis in seiner Entwicklung.



als physisch bezeichnet, und als Empfindung einen sensorisch-passiven Aspekt. Zunahme und Abnahme von Erregungs- und Empfindungsanteilen geschehen parallel in wechselseitiger Verbindung. Meistens bewirken physische Erregungen eine Zunahme von Empfindungen. Manchmal können durch eine gelockerte aufmerksame Wahrnehmung des bewußten Ich für Empfindungen auch physische Erregungen zunehmen. Durch aktive Wahrnehmung von Empfindungen können sich verbundene Erregung und Empfindungen wechselseitig steigern, wenn die entsprechenden Erregungsanteile vorher auf Empfindungs- und Wahrnehmungsebene ‚eingeleuchtet‘ haben.

In der Frage der Entstehung der Neurosen hatte Freud Aktualneurosen und Psychoneurosen unterschieden: Aktualneurosen entstünden durch physische Reduktionen und Stauungen im Sexualleben und Psychoneurosen durch psychische ichhafte Unterdrückungen sexueller Gefühle und Phantasien. Die theoretische Frage der Verbindung physischer und psychischer Ursachen wurde von Freud nie gelöst. Reich setzte in der Frage der Entstehung von Neurosen am ätiologischen Zusammenhang von Aktual- und Psychoneurosen an und ging primär von den in der Psychoanalyse vernachlässigten Aktualneurosen aus. Die Aktualneurosen zeichnen sich dadurch aus, daß aktuell physisch-sexuelle Spannung ansteigt und empfunden wird, sie sich jedoch nicht zu voller Entspannung und Befriedigung umsetzt, d.h. sexuelle Spannung führt nicht zu vollem orgastischen Erleben, sie wird gestaut. Reich spricht von „Sexualstauungsneurosen“. Die angehaltene physische Spannung manifestiert sich in Herzklopfen, Atembeschleunigung, Rückenschmerzen, also in unangenehm erlebten Symptomen; Angst- und Minderwertigkeitsgefühle werden provoziert. In den von Freud erwähnten Beispielen können aktuelle physische Sexualstauungen sowohl sozial veranlaßt sein, z.B. durch coitus interruptus als Form der Geburtenregelung, als auch psychisch, z.B. durch angestrebte sexuelle Abstinenz oder sexuelle Angst. Die reine, nur durch soziale Bedingungen veranlaßte Aktualneurose gibt es nach Meinung von Freud und Reich jedoch selten; meist rufen psychische Sexualhemmungen aktualneurotische Symptome hervor. Das Konzept der reinen Aktualneurose wird für Reich jedoch von zentraler theoretischer Bedeutung: Aufgrund restriktiver sozialer Bedingungen wird sexuelle Spannung gestaut statt orgastisch verwandelt und ruft so physisch belastende Symptome und entsprechende Gefühle hervor. Sowie Aktualneurosen neben physischen, sozialen meist auch psychische Hemmungsursachen haben, so haben Psychoneurosen auch einen „aktual-neurotischen Kern“, wie Freud sagt, d.h. sie bauen, wie Reich weiter ausführt, meist auf aktuellen physischen Sexualstauungen auf: Kinder werden bei sexuellen Äußerungen in frühen Lebensjahren durch machtvoll erlebte Drohungen der Eltern betroffen, sie halten sexuelle Spannungen an und entwickeln Angstgefühle. Die Unterscheidung zwischen Aktual- und Psychoneurosen wird für Reich unwichtig; Neurosen haben meist physische und psychische Entstehungs- und Förderungsbedingungen: *„Die Psychoneurose hatte einen stauungsneurotischen Kern und die Stauungsneurose einen psychoneurotischen Überbau.“* (REICH 1947, S.73)

Anfangssituationen einer neurotischen Entwicklung sieht Reich immer in der Unterdrückung energetischer Äußerungen von Kleinkindern durch die mächtigere soziale Umwelt. Zunächst sieht Reich den Ödipuskonflikt als Anlaß zur Unterdrückung: Die im 3. Lebensjahr erwachenden phallischen und genitalen sexuellen Äußerungen der Kinder werden von den Eltern streng verboten, die Kinder erleben es als massive Drohungen und verinnerlichen darauf Liebesentzugs- und Kastrationsängste. Später betrachtet Reich schon die soziale Gestaltung der Geburtssituation als massive Reduktion der energetischen Lebensmöglichkeiten der Neugeborenen (vgl. REICH 1954, S.18f). Im Falle sexueller Unterdrückung reagieren Kleinkindern auf ansteigende physische sexuelle Erregungen mit verinnerlichten Ängsten; sie kommen dadurch nicht zum Erleben voller sexueller Befriedigung und resultierend erleben physische Symptome der Sexualstauung, wodurch sich wiederum Ängste und andere negative Gefühle verstärken; physische Stauungssymptome und psychische Abwehrhaltungen schaukeln sich gegenseitig auf und kennzeichnen so neurotische Entwicklungen bis ins Erwachsenenalter.

Die physisch-psychische Entwicklung kann so in zwei Bahnen laufen:

- a) Die physische sexuelle Erregung ist so stark, daß sie vom Ich nicht zufriedenstellend abgewehrt werden kann; physische Erregungssymptome provozieren statt Lust dann Angstgefühle bei der Angstneurose oder wandeln sich in andere physische und reflektorische Symptome bei Psychoneurosen, ebenfalls mit Angst- oder Furchtgefühlen begleitet; es zeigen sich also mit Angst verbundene physische und reaktive Symptome als „Symptomneurosen“.

- b) Die physische sexuelle Erregung wird vom Ich wirksam vor dem Erreichen des Angstniveaus abgewehrt und führt nicht zu deutlichen Symptomen; sie vertieft sich als angehaltene Spannung in wenig auffälligen Reaktionsweisen und in reduzierter muskulärer Beweglichkeit; sie wird im Sinne der „Charakterneurose“ in charakterlichen Strukturen und Haltungen festgehalten (vgl. Kap. 3.2.2).

Sexuelle Vorgänge zeichnen sich also durch einen parallelen wechselseitigen Verlauf von Erregungssteigerung und Blockierung auf der physischen, emotionalen, phantasiemäßigen und verhaltensspezifischen Ebene aus. Reich erkannte so schon bald, daß er bei Patienten Art und Genese einer sexuellen Störung sowohl an ihren sexuellen Praktiken wie an begleitenden Empfindungen und Phantasien erkennen konnte; der diagnostische Zugang zu Störungen wurde also über die Phantasieebene hinaus erweitert.

Freud betrachtete den Trieb als eine Energie, die sich in affektiven Erregungen – zur Aktions- und Empfindungsseite des Affekts s.o. – und phantasiebetonten Erinnerungen an frühere Erlebnisse äußert. Die Parallelität von physischem und psychischem Energieaspekt zeigt Freud in den Frühschriften an seinen Beobachtungen an der Auflösung der hysterischen Phänomene, an seiner theoretisch-therapeutischen Gewichtung der affektbesetzten Erinnerungen und an Formulierungen zur Triebtheorie. Weitere von der Parallelität ausgehende Formulierungen Freuds in der Theoriebildung fielen jedoch einer damals üblichen strikten wissenschaftlichen Trennung zwischen „psychogenen“ und „somatogenen“ Vorgängen zum Opfer. Reich versucht dagegen von Beginn seiner therapeutischen Tätigkeit an das Wirken der organischen Energie als wechselseitige Wirkungen in Erregungsäußerungen, Empfindungseindrücken, Phantasiebildern und aktivem Verhalten aufzuzeigen; er spricht von der „funktionellen Identität“ der organischen Energie in ihren somatischen und psychischen Äußerungen. Dies Konzept der energetischen funktionellen Identität führt Reich später dazu, sowohl grundlegende biologisch-plasmatische Prozesse wie auch psychophysische Prozesse und kosmische Prozesse aufgrund analoger Ablauf- und Wirkungsformen als Funktionieren einer grundlegenden biokosmischen Energie zu betrachten.

Durch weitere Forschungen wollte Reich klären: Was ist ein ‚normaler‘ sexueller Erregungsverlauf ohne Neurose fördernde psychophysische Blockierungen, sondern mit einem gesunden Funktionieren im physischen, emotionalen, kognitiven und sozial-kommunikativen Bereich sowie mit der Förderung physisch-psychischer Gesundheit. Epidemiologische und katamnestische Nachforschungen bei der Behandlung neurotischer Patienten verwiesen auf zwei Tatsachen:

- a) Alle Neurotiker wiesen gestörte Beziehungen zur genitalen Sexualität auf; sie waren unfähig, die sexuelle Vereinigung mit einem Partner voll orgastisch zu erleben.
- b) Ob eine neurotische Behandlung zu einem positiven Abschluß kam und die seelische Gesundheit auch weiterhin andauerte oder nicht, hing davon ab, ob die betreffenden Personen ein befriedigendes Sexualleben führen konnten, d.h. ob sie eine vollständige orgastische Entladung der sexuellen Energie in der Umarmung eines geliebten Partners des anderen Geschlechts erleben konnten.

Die bedeutsamste neurotische Störung liegt für Reich daher in einem reduzierten Erleben genitaler Sexualität. Die Äußerungen prägenitaler Sexualität – Betonung oraler und analer sexueller Aktivitäten und Phantasien, Phantasien aktiven Eroberns und passiven Erobertwerdens – sind für Reich Vorstufen des genitalen Sexualaktes, wo Erregungen und Empfindungen sich auf die Genitalien konzentrieren und von dort auf den ganzen Körper strömen.

Die Sammlung dessen, was die Personen in der therapeutischen Praxis über sexuelle Aktivitäten, Empfindungen und Phantasien berichteten, führte Reich zu seiner „Orgasmustheorie“. In der Orgasmustheorie werden die sexuellen Verlaufsprozesse auf den verschiedenen Funktionsebenen dargestellt, vor allem der Orgasmus als Höhepunkt der sexuellen Erregung.

Durch das Studium der physiologischen Sexualprozesse erhoffte sich Reich auch auf dem analogen Forschungswege wie Freud Aufklärung über das biologische Funktionieren der organischen Energie. Die physiologischen Abläufe beim sexuellen Akt umfaßt Reich mit dem Begriff „Orgasmusformel“. Die Orgasmusformel beschreibt den folgenden vierphasigen Ablauf: Spannung - Ladung - Entladung – Entspannung:

- In der Spannungsphase steigt die Erregung an; die peripheren Körperorgane, besonders die „erogenen Zonen“, werden mit Blut gefüllt, das Blut staut sich in ihnen, sie werden dadurch ausgedehnt und gespannt.
- In der Ladungsphase übertragen sich die Spannungen auf Muskelreaktionen; es stellen sich unwillkürliche Muskelkontraktionen ein.
- In der Entladungs- bzw. Orgasmusphase entladen sich die muskulären Spannungen in unwillkürlichen Zuckungen.
- In der Entspannungsphase fließt das Blut in den Körper zurück, die zuvor peripher und nach außen verlagerte Erregung strömt nun nach innen und vermittelt so ein Empfinden von Befriedigung im ganzen Körper.

Die Phasen "Spannung - Entspannung" beziehen sich auf blut- und hormonspezifische Abläufe bei der sexuellen Erregung, auf die physiologischen Abläufe, die auch Freud schon im Blick hatte. Die Phasen "Ladung - Entladung" beziehen sich auf bioelektrisch messbare Vorgänge an der Körperoberfläche, die sich vor allem in Muskelreaktionen ausdrücken. Die beschriebene Einteilung des Erregungsablaufes beim sexuellen Verkehr in vier Phasen und die Zweiteilung der physiologischen Abläufe in blutspezifische ("Vasokongestion") und muskelspezifische ("Myotonie") wird von MASTERS & JOHNSON (1966) Jahrzehnte später durch experimentielle Forschungen bestätigt.

Das volle orgastische Erleben als Höhepunkt der Erregung im genitalen Sexualakt mit einem andersgeschlechtlichen Partner lässt sich in drei Aspekten - physiologisch, phantasiebezogen und kommunikativ-partnerbezogen - darstellen:

- a) Die physische Erregung hat sich auf die ganze Körperoberfläche ausgebreitet; sie wird im Orgasmus durch unwillkürliche Muskelzuckungen entladen, die an der gesamten Körpermuskulatur auftreten; die Erregung wird komplett abgebaut. Entladung und Entspannung werden lustvoll empfunden. Der volle Orgasmus äußert sich nicht nur im Genitalbereich, z.B. in Erektion und Ejakulation, sondern am ganzen Körper.
- b) Die bewußte Phantasietätigkeit ist im vollen orgastischen Erleben ausgeschaltet; ein momentaner Bewußtseinsverlust stellt sich ein. Volles orgastisches Erleben stellt sich bei vorherigen Phantasien, Potenz oder erektive Ausdauer beweisen zu wollen, weniger ein.
- c) Im heterosexuellen Akt stellt sich volles orgastisches Erleben nur ein, wenn man sich ganz auf den Partner einstellt; es ist eben auch eine unwillkürliche vegetative Hingabe an einen Partner. Je mehr man sich mit dem Partner identifiziert und sich auf ihn einstellt, desto stärker können die Lustempfindungen in der Phase der Erregungssteigerung sein und desto eher werden die orgastischen Höhepunkt beider Partner zusammenfallen, was zur Intensivierung des orgastischen Erlebens beiträgt. Bei voller orgastischer Partnerbezogenheit fehlen Phantasien zu erobern, erobert zu werden, an einen ‚idealeren‘ Partner. Partnerschaftliches orgastisches Erleben ist zugleich partnerschaftlicher Energieaustausch.

Die orgastische Entladung bei der sexuellen Vereinigung ist die intensivste Äußerungsform der organischen Energie. Die biophysische Funktion des Orgasmus besteht darin, daß in ihm ein starker, den ganzen Körper umfassender Energiefluss aktualisiert wird und somit zugleich ein umfassender Energieaustausch mit der Umwelt bzw. mit einem geliebten Partner stattfindet; Energieanteile, die nicht in anderweitigen Aktivitäten des Organismus verbraucht werden, werden somit freigesetzt und nicht blockiert. Findet eine solche Energieentladung nicht statt, droht die Stauung sexueller Erregung und energetischer Prozesse; die Gefahr der Neurose liegt nahe.

Die Fähigkeit, in der sexuellen Vereinigung mit einem geliebten Partner voll orgastische Entladung und einen Austausch libidinöser Energie erleben zu können, bezeichnet Reich als "orgastische Potenz". Die Herstellung orgastischer Potenz ist für Reich das Ziel der Neurosentherapie.

In unserer Gesellschaft ist orgastische Potenz sicher selten vorhanden. Die jahrtausendalte Unterdrückung sexueller Äußerungen in der abendländischen Geschichte und die korrespondierende starke Trennung von „Fleisch und Geist“ (Paulus), von Leib und Seele haben folgendes bewirkt: Menschen leben energetisch blockiert, körperliche Erregungsvorgänge sind reduziert; die vorhandenen körperlichen Erregungsvorgänge werden weniger deutlich erlebt oder mehr mit Angst statt mit Lust erlebt; lustvolles orgastisches Erleben ist so wenig entwickelt. Die Auswirkungen zeigen

sich auch auf theoretischen Gebieten: In der Psychologie – Motivations- und Sozialpsychologie – wird Sexualität theoretisch nur am Rande erörtert, sie wird selten als zentrales Phänomen sozialer Motivation thematisiert; in der Medizin ist noch kaum ein Schwerpunkt „Sexualmedizin“ etabliert; triebmäßige Verhaltensäußerungen und bewußtes Handeln werden in ihrer primären Relation zueinander mehr als Gegensätze denn als Zusammenwirken thematisiert; Leib und Seele werden noch mehr als Gegensätze denn als Einheit begriffen; in wenigen psychotherapeutischen Richtungen wird der allgemeinen und der genitalen Sexualität große Aufmerksamkeit beigemessen. Dies alles ist Ausdruck der durch Erziehung erfolgten Unterdrückung von Sexualität und des Mangels an orgastischer Potenz. Dieser Mangel hat Konsequenzen: Was nicht erlebt ist, kann nicht voll und angemessen begriffen werden; auch unser kognitiver Zugang zum Phänomen der orgastischen Potenz ist reduziert. Die Situation wird in unserer leistungsbezogenen Gesellschaft verschlimmert: Es ist affektiv kaum möglich, sich selbst reduzierte Potenz zuzugestehen. Folgende Haltungen können resultieren:

- affektives und/oder kognitives Abstreiten der Bedeutung der orgastischen Potenz, um sich selbst ungestörter wohl fühlen zu können,
- Mißverstehen der orgastischen Potenz, z.B. durch die Gleichsetzung mit erektiler und ejakulatorischer Potenz beim männlichen Sexualleben,
- Faszination von etwas, was man noch nicht erlebt hat und nicht kennt, was aber paradiesische Sehnsüchte nach Heilserlangung provoziert,
- Enttäuschung in der Faszination mit folgender Ablehnung nach (noch) nicht erfolgreichen Versuchen, orgastische Potenz zu erlangen, vielleicht auch, weil die Fähigkeit der unwillkürlichen orgastischen Zuckung des ganzen Körpers in unserer Gesellschaft letztlich doch nur als Potenzbeweis angestrebt ist.

Die therapeutische und theoretische Bedeutung orgastischen Erlebens ist ein zentraler Gesichtspunkt in der Auseinandersetzung um die von Wilhelm Reich vollzogene theoretische Entwicklung seit seinen ersten Äußerungen im Rahmen der Psychoanalyse um die Bedeutung der genitalen Sexualität um 1925; diese Auseinandersetzung ist weitgehend durch die erwähnten Haltungen gekennzeichnet, die individuelles Erleben und Wünschen, soziale Ziele und theoretische Annahmen einschließen: Abwehr, Mißverstehen, Faszination mit utopischen Sehnsüchten, Umschlag der Faszination in partielle Enttäuschung und dementsprechend partielle Anerkennung von Reich unter geringerer Würdigung seiner Aussagen zur orgastischen Potenz.

Der weitgehende Mangel an orgastischer Potenz wirft natürlich auch Fragen auf: Ist es für einen selbst energetisch reduzierten Therapeuten möglich, emotional, kognitiv und handelnd einem Patienten Möglichkeiten zu eigener orgastischer Potenz zu eröffnen? Das Therapieziel der orgastischen Potenz ist also sicher auch für viele Therapeuten ein selbstbezogenes Problem. Außerdem ist auch das Therapieziel der orgastischen Potenz wahrscheinlich für viele Patienten zu hoch gegriffen. Sexualunterdrückung wird einerseits durch Erziehung ständig reproduziert, wird zum Teil bis in den Bereich physischer Reaktionen hinein verinnerlicht und wird im Erwachsenenleben durch gesellschaftliche Normen und Institutionen wie Ehe und Familie verstärkt. Es ist, auch für Reich, sehr zweifelhaft, ob sich erwachsene Menschen durch Therapien von den tief sitzenden Effekten der in vergangener Erziehung und gegenwärtiger Lebenssituation erfahrenen Sexualunterdrückung im Sinne der orgastischen Potenz voll befreien können. SHARAF, ein Schüler Reichs, berichtet folgende Anekdote: „Etwa im Jahre 1949 stellte Reich an eine kleine Gruppe medizinischer Orgonomen bzw. Orgontherapeuten die Frage: 'Wieviel von, sagen wir, zehn Patienten, die Sie behandelt haben, haben im Verlauf der Behandlung das Ziel der orgastischen Potenz erreicht?' Ein Arzt meinte, sieben von zehn, ein anderer fünf von zehn, usw. bis schließlich auch einer zugab bei ihm seien es nur zwei von zehn. Darauf Reich: 'Das ist doppelt so gut wie ich. Bei mir ist es nur einer von zehn.'“ (LASKA 1976b, S.102) Reich hält also selbst trotz schwerer Hindernisse prinzipiell am Therapieziel ‚orgastische Potenz‘ fest, machte sich jedoch über die Grenzen der Behandlungsmöglichkeiten keine Illusionen.

Reich setzte sich deshalb im Sinne der Neurosenprophylaxe sehr für pädagogische, soziale und politische Lösungen des Problems der gesellschaftlichen Sexualunterdrückung ein. Er sah die Bedeutung der Sexualunterdrückung als massenpsychologisches Problem sehr deutlich. Besonders hervorzuheben ist sein Eintreten für die genital-sexuellen Rechte der Kinder und Jugendlichen.

Reich nahm an, daß die in den 30er Jahren noch recht rigide Unterdrückung der genitalen Sexualität bei Kindern, Jugendlichen und auch bei Erwachsenen durch gesellschaftliche Normen und Institutionen wie Ehe und Familie der Stabilisierung der gegenwärtigen gesellschaftspolitischen Verhältnisse diene, die er als kapitalistisch-patriarchalische Herrschaftsformen in marxistisch analysierbaren Klassengegensätzen verstand (vgl. REICH 1946, 1949b). Später hielt Reich das Problem der Unterdrückung für älter als die Entstehung der kapitalistischen Gesellschaftsform: Das freie Funktionieren der Energie im menschlichen Organismus wird schon seit 2000 Jahren oder noch länger unterdrückt. So wie Reich die energetische Befreiung auf der subjektiven Ebene als Erreichen der orgasmischen Potenz verstand, so vermutete er eine Befreiung auf der politisch-gesellschaftlichen Ebene durch basisdemokratische Regulierungen des gesellschaftlichen Arbeits- und Produktionsprozesses; auf der pädagogischen Ebene setzte er Vertrauen in die energetische Selbstregulierung der Kinder und Jugendlichen in sozialen Prozessen.<sup>13</sup>

### **3.2.2 „Charakteranalyse“ - technisch-therapeutische Entwicklungen**

Im Rahmen der psychoanalytischen Therapie entwickelte Reich die Technik der „Charakteranalyse“. Seit Freuds anfänglichen Überlegungen gilt es als Grundlage für Fortschritte in einer psychoanalytischen Therapie, daß ein Patient bislang unterdrückte affektive Erregungen und damit verbundene Erinnerungen neu aktualisiert. Das Ausdrücken affektbesetzter Erinnerungen impliziert die Wiederherstellung von bislang blockiertem Funktionieren im physisch-emotionalen und im kognitiven Bereich. Reichs Ausgang im Rahmen der üblichen psychoanalytischen Technik ist die Widerstandsanalyse. Nach Freud manifestiert sich der Widerstand eines Patienten in der analytischen Behandlung dadurch, daß er die Regel der freien Assoziation nicht befolgt und Einfälle zurückhält, was an der Mimik des Patienten abzulesen ist; der Widerstand richtet sich vor allem gegen das erlebnismäßige Zulassen von Übertragungshaltungen. Widerstandsanalyse bedeutet, daß der Therapeut in seinen Deutungen anspricht, daß der Patient in der therapeutischen Situation Einfälle offensichtlich zurückhält.

In der Folge von Freud wurde bei der Widerstandsanalyse vorwiegend auf die Inhalte der zurückgehaltenen Einfälle und Erinnerungen geachtet. Reich verlagerte die zentrale Aufmerksamkeit bei den psychoanalytischen Deutungen jedoch von dem Inhalt, was der Patient an Phantasien u.ä. äußert, mehr auf die nonverbal vermittelte Art, wie der Patient etwas äußert. In der Widerstandsanalyse ging Reich mehr von der ursprünglichen Beobachtung Freuds aus, daß man ein widerständiges Zurückhalten von Einfällen aus der Mimik und Gestik des Patienten erschließen könne. Mimik, Gestik, ursprüngliche körperliche Reaktionen und einfaches Verhalten verweisen nach Reich also darauf, welche physisch-affektiven Erregungen zugelassen und unterdrückt werden. Demnach deutete Reich im Sinne der Widerstandsanalyse Mimik, Gestik und reflexartiges Verhalten vor allem als Ausdruck der Abwehr verdrängter affektiver Erregungen. Damit vollzog Reich einen bedeutsamen Wechsel in der psychoanalytisch-therapeutischen Aufmerksamkeit: Bezüglich des Zusammenspiels der physisch-affektiven Ebene und der erinnerungsbezogenen kognitiven Ebene bei Blockierungen und ihren therapeutischen Aufhebungen verlagerte er die stärkere Aufmerksamkeit von der erinnerungsbezogenen Ebene auf die Ebene der affektbezogenen nonverbalen Äußerungen.

Das Deuten seiner unmittelbaren Verhaltensweisen als Widerstand durch den Therapeuten erlebt der Patient in der psychoanalytischen Situation als Bedrohung, als Einbruch in eine schützend erlebte Mauer. Dieses Bedrohungsgefühl löst oft eine negative Übertragung auf den Therapeuten mit aggressiven Gefühle aus. Diese Affekte möchte der Patient jedoch oft nicht zulassen, der Widerstand gegen eine negative Übertragung kann verstärkt werden. Im Sinne des „Übertragungswiderstandes“ wurde der Widerstand von Reich auch vorwiegend als Abwehr negativer Übertragungshaltungen der Patienten begriffen: Patienten möchten aggressive Gefühle gegen den Therapeuten in der psychoanalytischen Situation nicht zugeben.

---

<sup>13</sup> A.NEILL war ein enger Freund von Wilhelm Reich. Seine Schule in Summerhill kann als Beispiel für eine Pädagogik gelten, die auf sexualökonomischer Selbstregulierung aufbaut; vgl. NEILL 1960

Von der Beobachtung des unmittelbaren Verhaltens her erfasste Reich die Bedeutung des „Charakters“. Die Charakterhaltung eines Menschen umfasst seine stabilisierten spontanen Verhaltensgewohnheiten in der Mimik, Gestik und weiteren nonverbalen, nicht bewußten Reaktionsarten; die Charakterhaltung gilt als Gesamtausdruck eines menschlichen Organismus. Ein Mensch bildet seine Charakterhaltung nach Reich in der Auseinandersetzung mit seinen affektiven Erregungen, und zwar in seinen Konflikten um Entfaltung, Zulassung und Unterdrückung der Erregungen. Im Rahmen der Therapie betrachtet Reich den Charakter vorwiegend als Abwehr und Blockierung von physisch-emotionalen Erregungen; eine Blockierung solcher Erregungen drückt sie sich eben vor allem im Charakter eines Menschen aus, wofür Reich die Begriffe „Charakterneurose“, „Charakterwiderstand“, „Charakterpanzer“ verwendet. Die „Charakteranalyse“ ist in diesem Sinne also eine erweiterte Widerstandsanalyse: es geht um die Deutung der als „Charakterwiderstand“ stabilisierten spontanen Verhaltensweisen. Reich betrachtet die „Charakterneurose“ als Grundlage jeder Symptomneurose bzw. jedes neurotischen Einzelsymptoms. Die psychoanalytische Therapie zentrierte ihre Aufmerksamkeit damals vorwiegend auf die neurotischen Symptome und betrachtete sie *„als Fremdkörper in einem sonst gesunden psychischen Organismus“* (REICH 1949a, S.35); Reich betonte dagegen eben, *„daß es neurotische Symptome ohne eine Erkrankung des Gesamtcharakters nicht gibt“* (REICH 1949a, S.36).

Durch die Anwendung der charakteranalytischen Technik in der therapeutischen Arbeit und durch die theoretische Betonung des physischen Aspekts der sexuellen Erregung und ihrer Hemmung kam Reich immer stärker zu einer theoretischen Konzentration auf die somatische Seite von Neurosen. Diese stellen sich als Unterdrückungen, Blockierungen physisch-affektiver Erregungen dar, die an einer Entladung gehindert werden. Diese Erregungsblockierungen im organischen Bereich manifestieren sich körperlich oberflächlich als spontane nonverbale Verhaltensgewohnheiten, z.B. als Mimik, Gestik u.a.; in einer tieferen körperlichen Schicht stellen sie sich in muskulären Verkrampfungen, physisch angehaltenen Spannungen und physisch verankerten Hemmungen dar.

Da die bedeutsamsten affektiven Erregungen, die in der Neurose blockiert sind, im Bereich der genitalen Sexualität liegen (vgl. Kap 3.2.1), liegt das Ziel der charakteranalytischen Therapie in der Freisetzung genital-sexueller Erregungen und der Herstellung orgastischer Potenz. Nach Reichs Beobachtungen verlieren Personen, die durch die Therapie orgastische Potenz erlangen können, nicht nur einzelne Symptome, sondern verändern auch ihren gesamten Charakter grundlegend und rasch. Aufgrund dieser Beobachtungen unterscheidet Reich zwei Charaktergruppen, den „neurotischen Charakter“ und den „genitalen Charakter“; zentrales Merkmal dieser Unterscheidung ist das Fehlen bzw. Vorhandensein der orgastischen Potenz. Der Wechsel vom neurotischen zum genitalen Charakter kann zu folgenden charakteristischen Umwandlungen führen:

- a) *„Das Geschlechtsleben des genitalen Charakters ist im wesentlichen durch die natürlichen Grundgesetze der biologischen Energie bestimmt.“* (REICH 1949a, S.262) Prägenitale Sexualstrebungen haben keinen Eigenwert mehr, sondern werden entweder sublimiert oder sind Vorstufen der auf einen heterosexuellen Partner gerichteten Sexualität; sie haben also nicht die Tendenz, sich im Sinne von Perversionen zu verabsolutieren; es besteht also kein Grund zur Verinnerlichung sexueller Verbote. Das Geschlechtsleben wird also nicht durch moralische Normen reguliert, sondern unter Berücksichtigung der Person des jeweiligen Partners sexualökonomisch gesteuert.
- b) Das Handeln des genitalen Charakters ist durch Integration und soziale Orientierung gekennzeichnet. Es *„decken sich Motiv, Ziel und Handlung; die Ziele und Motive sind rational, das heißt sozial gerichtet. Ihrem natürlichen Wesen nach, das heißt aufgrund ihrer primären biologischen Begründung, erstreben sie Verbesserung der eigenen und fremden Lebensumstände. ... Beim neurotischen Charakter ist die Handlungsfähigkeit regelmäßig eingeschränkt, weil die Motive affektleer oder widerspruchsvoll sind.“* (REICH 1949a, S.260)
- c) So wie der genitale Charakter im Bereich sexueller Partnerbeziehungen voll hingabefähig ist, so ist er es auch im Bereich der Arbeit, die interessengeleitet, kreativ und im Sinne sozialer Verbesserungen orientiert ist. *„Der genitale Charakter folgt der Entwicklung eines Arbeitsprozesses in tätiger Weise; der Arbeitsprozess ist seinem eigenen Gang überlassen; das Interesse ist wesentlich auf den Prozess der Arbeit selbstgerichtet; das Ergebnis der Arbeit ist ein*

*Produkt ohne besondere Anstrengung, da es sich aus dem Arbeitsprozess spontan ergibt; die Gestaltung des Produkts durch den Gang des Arbeitsprozesses ist ein wesentliches Kennzeichen der biologischen Arbeitsfreude.*“ (REICH 1949a, S.263f.) Arbeit zeichnet sich also nicht durch Automatik, Freudlosigkeit, narzißtische Erfolgs- und Leistungsorientierung, mangelndes Vertrauen auf die eigene Kreativität, zwanghafte Fixierung auf vorgegebene Ziele aus.

- d) Auch der genitale Charakter hat einen Panzer. Dieser ist aber verfügbar und nicht starr, er ist schmiegsam genug, um sich den verschiedenen Situationen des Erlebens anzupassen; charakterliche Strukturbildung und Flexibilität ergänzen einander.

### 3.3 Die Entwicklung zur Vegetotherapie

Mit der theoretischen Betonung der somatischen Seite von Neurosen lief bei Reich auch eine Akzentverschiebung in der therapeutischen Technik parallel. Er konzentrierte sich darauf, dem Patienten die körperlichen Ausdrucksformen seiner Charakterhaltung und seine chronischen muskulären Spannungen ‚bewußt‘ zu machen, und zwar auf zwei sich ergänzenden Wegen: Im Sinne der Charakteranalyse als konsequente Erweiterung der Widerstandsanalyse sprach er den Patienten einmal auf seine stabilisierten mimischen, gestischen u.ä. unkontrollierten Verhaltensweisen an und deutete sie ihm als Abwehr physisch-affektiver Erregungen; weiterhin lenkte er die Aufmerksamkeit des Patienten auf seine chronischen muskulären Spannungen, sprach sie an und machte sie auch durch direkte körperliche Manipulationen spürbar und erlebbar, diesen therapeutischen Zugang bezeichnete Reich im Laufe der Zeit als „Vegetotherapie“. Die Anwendung dieser therapeutischen Technik, in verbaler und körperlich manipulativer Form auf die Abwehr von Erregungen hinzuweisen, löst nach Reichs Beobachtungen bei Patienten meist intensive physische Erregungszustände aus, die entweder, in den meisten Fällen, die vorhandenen Spannungen verstärken und physisch als Hemmungs- und Desintegrationsreaktionen zu kennzeichnen sind – z.B. Druckempfindungen im Kopf, Schwindel, Übelkeit, Atem- und Herzbeklemmungen, gesteigerte Muskelverkrampfungen – oder die bisher abgewehrte Erregung kathartisch freisetzen und unter Umständen als Strömungssensationen mit angenehmer Tönung empfunden werden. Durch das Bewußtmachen der charakterlichen und muskulären Abwehrhaltungen kann also auf der Ebene physisch-affektiver Reaktionen die Abwehr verstärkt und damit deutlicher erlebt werden – das ist meistens, vor allem in den therapeutischen Anfangsstadien der Fall –, und es können sich körperliche Haltungen und Spannungen lockern. Während solcher anspannenden und lockernden Erregungszustände oder kurz nach ihnen sind bei Patienten häufiger plötzlich bisher verdrängte Erinnerungen an Situationen aufgetaucht, die biographisch in Zusammenhang mit der Entstehung der körperlichen Abwehrhaltungen standen. Durch diese Beobachtungen wird wiederum die schon von Breuer und Freud im Hypnosestadium beobachtete Verbindung der Befreiung unterdrückter psychophysischer Affekte und verdrängter Erinnerungen bestätigt; weiterhin wird deutlich, daß sich diese Verbindung durch die therapeutische Konzentration auf die körperlichen Aspekte der Abwehrmechanismen zumindest ebenso gut, oft auch noch vehementer herstellen läßt als durch die Konzentration auf die phantasie- und erinnerungsbezogenen Aspekte. In einer echten Befreiung von Blockierungen geht wohl die körperbezogene Befreiung der kognitiven unmittelbar voraus.<sup>14</sup> Die Entwicklung der therapeutischen Theorie und Technik vollzieht sich bei Reich in kontinuierlichem Übergang von der Charakteranalyse im Rahmen der psychoanalytischen Tradition zur Vegetotherapie.

Reich erkannte in therapeutischen Prozessen mit Patienten, daß sie manchmal bisher abgewehrte physisch-affektive Erregungen zulassen und freisetzen konnten und dann plötzlich angenehme Strömungssensationen empfanden. *“Den meisten waren diese Strömungen bis dahin unbekannt gewesen, und wer sie kannte, hatte ihnen wenig oder gar keine Bedeutung beigemessen. Die Strömungen waren im allgemeinen lustvoll, sanft und ziemlich schwach, mitunter aber so stark, daß der Patient sich von ihnen überflutet fühlte. In diesem Fall, und manchmal auch, wenn sie in gemäßigter Intensität auftraten, reagierten die Patienten mit Angst, wie vor einer unbekanntem Gefahr. Die Strömungen schienen vom vegetativen oder autonomen Nervensystem herzurühren, und Reich nannte sie deshalb ‚vegetative Strömungen‘.*“ (RAKNES 1970, S.26)

---

<sup>14</sup> Diese Aussage gilt wahrscheinlich auch für die traditionelle psychoanalytische Therapie; nur wird dort vorhandenes körperliches Befreiungserleben seltener thematisiert.

Aus dieser fundamentalen Beobachtung heraus entwickelte Reich weitere Forschungen und theoretische Überlegungen zur organischen Energie im menschlichen Organismus. Reich konnte auch bald selbst Erregungswellen am Körper des Patienten beobachten. Diese vegetativ wellenförmigen Bewegungen faßte Reich als Ausdruck der menschlichen biologischen Energie auf. Die Bioenergie im menschlichen Organismus tendiert demnach zu vegetativ wellenförmigem Fließen und zu Äußerungen spontaner Affektivität gegenüber der Umwelt. Der Fluß der Bioenergie wird jedoch angehalten, wenn Menschen sich physisch-affektive Erregungsäußerungen gegenüber der Umwelt verbieten. Werden solche Verbote verinnerlicht, wird der Fluß der Energie angehalten, gestaut, gehemmt, es bilden sich chronische Energieblocks und unaufgelöste Spannungen; vereinzelt Durchbrüche durch einen Energieblock, die jedoch sofort wieder angehalten werden, äußern sich als neurotische Symptome und als mimisch-gestische tickartige Reaktionsweisen. Die Bioenergie fließt besonders ausgeprägt in Form sexueller Erregung; sie äußert sich und veräußert sich besonders intensiv im Orgasmus. Sexuelle Stauungen sind deshalb auch die bedeutsamsten Formen bioenergetischer Blockierungen.

### 3.4 Die Auseinandersetzung mit der Triebtheorie der späten Psychoanalyse

Reich setzt sich kritisch mit den psychologischen Theorien der späten Psychoanalyse über primäre Triebtendenzen und die Arten ihrer Einschränkung auseinander. Freuds späte Triebtheorie, die in der Annahme von „Lebenstrieb“ und „Todestrieb“ als primären Triebregungen resultiert, geht von folgenden Hypothesen aus:

- a) Neurosen werden als Psychoneurosen, d.h. als Resultat innerpsychischer Triebkräfte betrachtet; das Seeleben wird in Gefühlen und Phantasien von gegensätzlichen primären Bedürfnissen bestimmt.
- b) In der psychoanalytischen Therapie zeigen viele Patienten eine Heilung hindernde „negative therapeutische Reaktion“ (Ausdruck von W.Reich), d.h. auf Deutungen reagieren sie mit verstärkter Wiederholung auch unlustbesetzter Erlebnisse und mit Verschlechterung ihres psychischen Zustandes; Freud schließt auf eine primäre psychische Kraft, die sich konträr zu Heilungstendenzen äußert.

Reich wendet sich gegen das vorherrschende Konzept der reinen Psychoneurosen und sieht darin eine unangemessene Psychologisierung soziologischer und biologischer Gegebenheiten. Für Reich spielt – im Sinne der reinen Aktualneurosen – beim ersten Anstoß zur Triebunterdrückung die soziale Außenwelt eine viel größere Rolle als die psychische Innenwelt: Es *„stellt sich der psychische Prozess dar als Ergebnis des Konfliktes zwischen Triebanspruch und äußerer Triebversagung, ein Widerspruch, aus dem erst sekundär ein innerer Konflikt zwischen Wünschen und Sichselbstversagen wird. ... Fragt man nach der Herkunft der Triebversagung, so überschreitet man die Grenzen der Psychologie, betritt das Gebiet der Gesellschaftswissenschaft und stößt auf eine grundlegend andere Problematik, als sie die psychologische darstellt. Die Frage, weshalb die Gesellschaft die Triebunterdrückung und -verdrängung fordert, kann nicht mehr psychologisch beantwortet werden. Es sind gesellschaftliche Interessen, in engeren direkt wirtschaftliche, die in bestimmten Zeitepochen derartiges bedingen.“* (REICH 1949a, S.299) Wenn konträr zur sozialen Hypothese primäre gegensätzliche Triebtendenzen die Neurose an der Basis verursachen, sollten sie biologisch, als Ausdruck einer organischen Energie begründet und theoretisch verankert werden; im Rahmen seiner an der somatischen Seite der Neurose ansetzenden Therapie forscht Reich deshalb nach gegensätzlichen bioenergetischen Tendenzen.

Die „negative therapeutische Reaktion“ von Patienten sieht Reich mehr in einer Unzulänglichkeit der therapeutischen Technik als in einem Mangel an oder primären Widerstand gegen Heilungstendenzen. Konkret sah Reich damals den Grund für die Unzulänglichkeit der psychoanalytischen Therapie in einer mangelnden Berücksichtigung der einfachen Widerstände, der Charakterwiderstände und der negativen Übertragung in der Therapiesituation; der Therapeut sieht die sich verhaltenmäßig äußernden Widerstände des Patienten nicht oder scheut die situative Auseinandersetzung mit den Widerständen und der negativen Übertragung und projiziert sie deshalb in den Patienten als primäre Antiheilungstendenzen. Im weiteren Sinne versteht Reich die „negative therapeutische Reaktion“ als Ergebnis der Unfähigkeit der therapeutischen Herstellung der orgasti-



schen Potenz; diese Unfähigkeit mag resultieren aus einer mangelnden theoretischen Gewichtung des Therapieziels, aus therapeutisch-technischen Mängeln aufgrund zu geringer Berücksichtigung der somatischen Neuroseaspekte, aus der letztlich erzieherisch-gesellschaftlich bedingten Unfähigkeit therapeutischer Ermöglichung von orgastischer Potenz.

Die Frage nach einer Gegensätzlichkeit von Lebens- und Todestrieb stellt sich für Freud und für Reich im Rahmen der therapeutischen Praxis. Der Eros bzw. die libidinöse Energie äußert sich als primäre Tendenz relativ deutlich in der Heftigkeit physischer Erregungen und der Intensität des Lustempfindens bei körperlich-sexueller Kommunikation; Menschen streben im Sexualtrieb primär nach körperlich vermittelter gemeinsamer Lust. Reich sieht in der Sexualität die Lustfunktion als primäre und die Fortpflanzungsfunktion als begleitende Erscheinung an; Freud hat dagegen primär die Fortpflanzungsfunktion in der Sexualität hervorgehoben, was sich im Sinne einer negativen Wertung der frühkindlichen Sexualität und als Vernachlässigung der genital-sexuellen Bedürfnisse bei Kindern und Jugendlichen ausgewirkt hat. Die Frage nach dem Todestrieb resultiert aus den Beobachtungen in therapeutischen Prozessen und ist nach Reich also auch auf diesem Wege zu beantworten. Im Rahmen der Therapie entspricht dem „Todestrieb“ ein masochistisches Streben, lieber weiter neurotische Unlust als Befreiung zu Lustfähigkeit zu erleben. Die Frage nach einem „Todestrieb“ stellt sich also folgendermaßen: Verweisen Antiheilungstendenzen in der Therapie auf einen „primären Masochismus“, wie Freud meint? Erweist sich masochistisches Festhalten an Unlustempfindungen auf der somatischen Neuroseebene in der Therapie als letzte unüberwindbare Bastion des Patienten oder nicht? Ist ein in der Therapie sich äußernder ‚Wille zum Leiden‘ als primäre biologische Tendenz oder als sekundäre Bildung des psychischen Organismus aufzufassen? (REICH 1949a, S.219) Es geht also um den therapeutischen Erfolg bei Bemühungen, Patienten die Aufgabe masochistischer Strebungen zu ermöglichen.

Masochismus äußert sich nicht in Symptomen; er ist also nicht durch eine symptomorientierte Therapie überwindbar. In der üblichen auf Symptomheilung zentrierten psychoanalytischen Therapie wurde daraus der Schluss auf prinzipielle Unheilbarkeit gezogen. Masochismus ist eine Form von charakterlicher Panzerung; Reich versteht den „masochistischen Charakter“ neben anderen Charaktertypen als eine Art des neurotischen Charakters.

Die Behandlung des masochistischen Charakterpanzers hat in Reichs theoretisch-therapeutischer Entwicklung eine bedeutsame Stellung im Sinne seiner theoretischen Ablösung von der psychologisch fixierten Psychoanalyse und seiner Konzentrierung auf die somatische Seite von Neurosen.<sup>15</sup> Der Masochist hat in früher Kindheit durch Reinlichkeitserziehung und Masturbationsverbote eine starke Angst erworben, am Genitale verletzt, geschlagen zu werden. Aus dieser starken Angst heraus kann er Schläge auf das Gesäß noch als relativ angenehm empfinden, da die angstvollere Erwartung, am Genitale verletzt zu werden, nicht eingetreten ist. Der Masochist strebt auch nach lustvoller orgastischer Entladung, aber die Kastrationsangst setzt sich in Orgasmusangst um: Das Herannahen der orgastischen Entladung, die mit einem schmelzenden Gefühl und ‚normaler‘weise als Lust und wohlige Spannungsauflösung erlebt wird, löst beim Masochisten starke Angstgefühle vor Zerfließen, Zergehen, Platzen, vor todesähnlicher Auflösung vor; die Angst führt dann zu einer akuten Verkrampfung im Beckenbereich und verwandelt herannahende Lust in Unlust. *„Der masochistische Charakter stößt also immerfort zur erwarteten Lust vor, trifft aber immer wieder auf Unlust.“* (REICH 1949a, S.246) Der Masochist kann also keine lustvolle Entladung und Entspannung erleben, obwohl auch er permanent danach strebt; dieser Zustand ist mit letztlich ungewollten Leidensgefühlen verbunden.

Masochistische Anteile finden sich in jeder Neurose: Orgastische Lust wird angestrebt, verinnerlichte Ängste verhindern jedoch das Erleben orgastischer Lust und bewirken masochistisches Erleben von Unlust.

---

<sup>15</sup> Die Darstellung der Therapie des masochistischen Charakters gibt einen guten Einblick in Reichs therapeutisch-theoretische Denkweise (vgl. REICH 1949a, S.215ff.).

## Literatur:

- BALLY,G. (1961): Einführung in die Psychoanalyse Sigmund Freuds, Frankfurt/M. 1971
- BECKER,A.M.(1970): Die Behandlungstechnik in der Psychoanalyse, in: SCHRAML,W.J.(Hrsg.), Klinische Psychologie, Bern 1970, S.331-375
- V.BERTALANFFY,L.(1956): General system theory, in: General systems, 1, 1956, S. 1-10
- BOADELLA,D.(1973): Wilhelm Reich - The evolution of his work, London 1973  
(1976): In the wake of Reich, London 1976
- BRENNER,C. (1955): Grundzüge der Psychoanalyse, Frankfurt/M. 1972
- FRANK,R. (1976): Zur Ausbildung in Körperorientierter Psychotherapie, in: Integrative Therapie, 2, 1976, S. 103-109
- FREUD,S./BREUER,J.(1895): Studien über Hysterie, Frankfurt/M. 1975
- FREUD,S. (1895): Über die Berechtigung von der Neurasthenie einen bestimmten Symptomenkomplex als Angstneurose abzugrenzen, in: Gesammelte Werke, Band 1, Frankfurt/M. 1972, (kurz: GW1) S. 313-342  
(1898): Die Sexualität in der Ätiologie der Neurosen, in: GW I, S.489- 512  
(1902): Aus den Anfängen der Psychoanalyse, Frankfurt/M. 1962  
(1905): Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie, Frankfurt/M. 1972  
(1906): Tatbestandsdiagnostik und Psychoanalyse, in: GW VII, S. 3-18  
(1916): Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse, GW XI  
(1920): Jenseits des Lustprinzips, in: GW XIII, S. 1-69  
(1923): Das Ich und das Es, in: GW XIII, S. 237-289  
(1926): Hemmung, Symptom und Angst, in: GW XIV, S. 111-206  
(1938, 1930): Abriss der Psychoanalyse. Das Unbehagen in der Kultur, Frankfurt/M. 1971
- KOCH,F. (1977): Sexualität und Systemveränderung? Zur Bedeutung Wilhelm Reichs für die Sexualpädagogik, in: GAMM,H.-J./KOCH,F.(Hrsg.), Bilanz der Sexualpädagogik, Frankfurt/M. 1977, S. 39-53
- LASKA, B. (1976a): Der Orgon-Akkumulator in: Wilhelm Reich Blätter, 4/1976, S. 53-62  
(1976b): Zum Thema "Therapieziel: orgasmische Potenz" in: Wilhelm Reich Blätter, 5/1976, S.102
- LEWIS,R./LOWEN,A.(1977): Bioenergetische Analyse, in: PETZOLD,H.(Hrsg.) (1977), s.u.
- LORENZER,A.(1973): Zur Begründung einer materialistischen Sozialisationstheorie, Frankfurt/M. 1973
- LOWEN,A. (1975) Bioenergetik, Bern 1976
- MANNONI,O.: Freud, Reinbek
- MASTERS,W.H./JOHNSON,V.E.(1966): Die sexuelle Reaktion, Reinbek1970
- MEAD,G.H. (1969): Sozialpsychologie Neuwied;1969
- NEILL,A.S. (1960): Zur Theorie und Praxis der antiautoritären Erziehung, Reinbek 1969
- ODENT,M. (1978): Die sanfte Geburt, München 1978

- PETZOLD,H.(Hrsg.) (1977): Psychotherapie und Körperdynamik, Paderborn 1977  
 (1978): Die neuen Körpertherapien, Paderborn 1978
- PFEIFFER,W.M.(1975): Zur Erfassung des therapeutischen Prozesses mit Hilfe komplexer Skalen,  
 in: Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie, München 1975,  
 S. 155-161
- RAKNES,O (1970): Wilhelm Reich und die Organomie, Frankfurt/M. 1973
- REICH,W. (1946): Massenpsychologie des Faschismus, 3. Auflage, Frankfurt/M. 1972  
 (1947): Die Entdeckung des Orgon, Band 1: Die Funktion des Orgasmus, Frank-  
 furt/M. 1975  
 (1948): Die Entdeckung des Orgon, Band II: der Krebs, Frankfurt/M. 1977  
 (1949a):Charakteranalyse, 3.Auflage, Frankfurt/M. 1975  
 (1949b): Die sexuelle Revolution, 4. Auflage, Frankfurt/PI. 1975  
 (1954): Wilhelm Reich Ober Sigmund Freud, Schloss Dätzingen 1976  
 (1973): Ausgewählte Schriften. Eine Einführung in die Organomie, Köln 1976
- ROGERS,C.R.(1942): Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie, München 1976  
 (1969): Lernen in Freiheit, München 1974  
 (1977): Die Kraft des Guten, München 1978
- ROSENBERG,L.(1973): Orgasmus, Berlin 1977
- SENF,B. (1976): Erfahrungen mit der Bestrahlung durch den Orgon-Akkumulator,  
 in: Wilhelm Reich Blätter, 4/1976, S. 63-68
- SIEGRIST,J. (1970): Das Consensus-Modell, Stuttgart 1970
- ZIMMER,K. (1978): Das einsame Kind - Der sanfte Weg ins Leben, in: Zeitmagazin, 1978,  
 Nr. 16/16, S.18-34