

**DIE ENTSTEHUNG DER
HERMENEUTISCH VERFAHRENDEN PSYCHOANALYSE
AUS DEM GEIST NATURWISSENSCHAFTLICHER
FORSCHUNG UND DER LOGIK ÄRZTLICHEN
HANDELNS – EINE ETWAS ANDERE
WISSENSSOZIOLOGIE***

Freuds Begründung der Psychoanalyse als Theorie und als therapeutische Praxis Ende des 19. Jahrhunderts lief wissenschaftsgeschichtlich auf die Einführung eines in mehrfacher Hinsicht revolutionären Paradigmas hinaus, das die intellektuelle Öffentlichkeit bis heute polarisiert in eine idolatrische, tendenziell die eigene Position als Geheimwissenschaft auratisierende Gefolgschaft und eine methodischen Obskurantismus gehässig unterstellende Feindschaft. Eine nüchterne Integration in den wissenschaftlichen Kanon scheint nach wie vor schwer zu fallen. Freuds berühmter Einschätzung zufolge brach sein Paradigma nach der kopernikanischen Wende und der Beendigung der kreationistischen Sonderstellung des Menschen durch die Evolutionstheorie Darwins als drittes Tabu dasjenige der göttlichen Vernunftposition des Menschen durch den Nachweis der schicksalsbestimmenden infantilen Sexualität. Die noch immer virulente Abwehr des psychoanalytischen Paradigmas deutet darauf hin, dass die vielen Tabus, die Freud inhaltlich, methodisch und theoriekonstruktiv durchbrochen hat, bis heute nach Wiederherstellung drängen.

Im Zentrum des Paradigmas steht, soziologisch-anthropologisch gesprochen, das Problem, das sich für den Menschen als Kulturwesen aus der unvermeidlichen Selbstreflexion seiner leiblichen Positionalität ergibt. Nicht weil der Mensch als biologische Gattung über eine spezifische, nur ihr eigene Antriebsbasis verfügte, sondern weil er diese mit den anderen Gattungen teilt, sie aber, um vom bloßen Naturwesen zum Kulturwesen sich entwickeln zu können, als das er auch als Naturwesen ein-

zig überleben kann, als sein Innen und Außen zugleich erkennen und anerkennen muß – nur deshalb bedarf es für die Humanwissenschaften einer spezifischen Theorie der Antriebsbasis und der leiblichen, nicht einfach nur körperlichen Konstitution des Subjekts. Diese epistemische Besonderheit der menschlichen Gattung zieht das Paradox nach sich, daß der Selbsterkenntnis des Leibes durch den Geist unaufhebbare Grenzen gesetzt sind – und damit auch der Freud'schen Forderung, daß Ich werden solle, wo Es war. Mit der Konstitution des Bewusstseins verbindet sich dialektisch zwingend diejenige des Unbewußten. Analog zu Hegels Gedanken von der unvermeidlichen Entzweiung in der Konstitution des Subjekts und von Lebenspraxis, geht im Freud'schen Paradigma ein unaufhebbarer Hiatus zwischen Bewusstsein und Unbewußtem durch das sich bildende Subjekt. Dessen Einheit, wie sie noch von Habermas in seiner Konzeption der subjektiven Welt unterstellt wird,¹ erweist sich als Illusion. Es wird immer ein Rest des Unbewussten von der Selbstreflexion nicht eingeholt werden und sich dem Zugriff des »rational sprach- und handlungsfähigen Subjekts« gerade aufgrund von dessen Konstitutionsbedingungen verschliessen. Unter der Bedingung der ungewissen Zukunft der Autonomiebildung des Subjekts ist dieses Unbewusste nicht nur Quelle von Pathologie und praktischer Unvernunft, sondern auch unverzichtbare Quelle von Lebendigkeit und der Utopie eines guten Lebens, sofern davon – ganz unplatonisch – nicht der Anspruch dieses ebenso uneinholbaren wie konstitutiven Rests sinnlicher Lebendigkeit abgespalten, sondern der Hiatus in der Verpflichtung auf Sittlichkeit und Rationalität ausgehalten wird.

Dieses Unbewußte reicht jedoch über das im gegenwärtigen Erkenntnisfortschritt der Neurowissenschaften durch bildgebende Verfahren bequem erforschbare Unbewusste im Sinne des materiellen Substrats jeglicher Bewusstseinstätigkeit hinaus. Jenes umfasst auch die semantisierten Rückstände unserer

frühen, der infantilen Amnesie anheim fallenden Lebens- und Traumatisierungsgeschichte. Doch es geht auch nicht in der en vogue befindlichen Erst-Person-Perspektive auf, die die Neurowissenschaften den Sozialwissenschaften und der Philosophie zubilligen. Ihr muss das für sie konstitutive Verhältnis zu ihrem, ihr fremden, objektiv semantisierten Unbewußten beige stellt werden, und analog dazu darf die erfahrungswissenschaftliche Erforschung jener Sphäre der Erst-Person-Perspektive nicht ihrerseits in dieser Perspektivität befangen bleiben, sondern ist in eine Dritt-Person-Perspektive methodologisch einzurücken, die aller epistemisch notwendigen Prädikation der erfahrbaren Welt zugrunde liegt. Aber gerade die erkenntnislogische Untersuchung der Prädikation führt zur unaufheb- baren Auftrennung in die Realität des unmittelbar gegebenen Hier und Jetzt jeglicher Praxis und die Realität des prädzierenden, hypothetisch konstruierenden Begriffsallgemeinen.

Die enormen methodologischen und inhaltlichen Folgen dieses Paradigmas für die Erforschung der erfahrbaren Welt liegen auf der Hand. Es stellt aus der Perspektive des erkennenden Subjekts das »innere Ding an sich« der Welt des Unbewußten dem »äußeren Ding an sich« der bis dahin einzig den Erfahrungswissenschaften methodisch zugänglichen erfahrbaren Welt der »äußeren« Realität gegenüber. Damit begründet es für die erfahrungswissenschaftliche Forschung die konstitutions- theoretische Bestimmung eines ganz neuen Bereichs der erfahrbaren Welt, der zuvor allenfalls in Literatur, Kunst und Musik sowie religiöser Erfahrung thematisch war. Daraus erwächst erst die Möglichkeit, über die Oberfläche des rational intendierten beziehungsweise subjektiv gemeinten Sinns in den Handlungstheorien hinauszugelangen und die wesentlichen, unbewußten Strukturierungsschichten menschlicher Lebenspraxis zu thematisieren. Erst auf der Folie einer solchen konstitutions- theoretischen Einrichtung des Gegenstandsbereichs human- wissenschaftlicher Forschung wird offenbar, wie dünn und

oberflächlichhaft die Schicht des rational intendierten Handelns ist. Und erst dann wird der bis dahin faktisch nur residual beziehungsweise als irrational gekennzeichnete Bereich nicht-intendierter Folgen des Handelns beziehungsweise latenter Funktionen sozialer Phänomene vom Rand der handlungstheoretischen Betrachtung in das Zentrum sozialwissenschaftlicher Strukturanalyse von Praxis gerückt. Daraus erwächst das methodologisch herausfordernde Problem, wie die sinnlogisch strukturierten Gehalte des Unbewußten, die sich per definitionem nicht abfragen lassen, empirisch identifiziert werden können, ohne daß man in einen gegen Widerlegung immunisierenden Zirkel verfällt. Die Lösung dieses Problems erfordert den Rekurs auf die eigenlogische Realitätsebene von objektivem, regelerzeugtem Sinn.

Im folgenden soll gezeigt werden, warum ein solches Paradigma des Unbewußten, insofern in ihm die leibliche Positionalität des menschlichen Subjekts in ihrer spezifischen Synthesis von biologisch-dynamischen und sinnlogisch-abstrakten Komponenten thematisch wurde, von einem forschenden Wissenschaftler entwickelt wurde, der zum einen als führender Neurologe seiner Zeit neurologische Phänomene genau beobachtete, zum anderen aber aufgrund seiner präzisen Beobachtung die Lücken naturwissenschaftlicher Erklärung psychopathologischer Phänomene durch detaillierte hermeneutische Konstruktionen sinntheoretisch füllte und dem schließlich als professionalisiertem Arzt auf der Basis von Arbeitsbündnissen mit seinen Patienten das zur erfahrungswissenschaftlichen Erforschung von Psychopathologien erforderliche Material systematisch erschloß.

Der landläufigen Aufspaltung von Freuds wissenschaftlichem Leben in eine vermeintlich unerhebliche vorpsychoanalytische Existenz als Neurowissenschaftler und die spätere als Begründer der Psychoanalyse² soll hier exemplarisch die zwingende Kontinuität beider Phasen entgegeng gehalten werden.

Wäre nämlich für Freud als Juden die Berufung auf einen Lehrstuhl für Neurophysiologie nicht so unwahrscheinlich gewesen wie sein physiologischer Lehrer Brücke es ihm fürsorglich prophezeite, dann wäre er als herausragender Neurophysiologe seiner Zeit vermutlich weiterforschend in diesem Fach geblieben. Der Bruch seiner wissenschaftlichen Biographie, der ihn über die Behandlung und Erforschung der Hysterie zur Begründung der Psychoanalyse führte, war also kontingent. Aber seine biographische Bewältigung vollzog sich in der doppelten Kontinuität präzisen erfahrungswissenschaftlichen Forschens und der Professionalisierung ärztlicher Praxis.

Damit soll nicht nur die Unterschätzung der naturwissenschaftlichen Forschungsleistungen Freuds korrigiert, sondern auch die Bedeutsamkeit dieser Leistungen für die Begründung der Psychoanalyse hervorgehoben werden. Indem die von der ärztlichen Beschäftigung mit den Psychopathologien erzwungenen hermeneutischen Forschungsoperationen kenntlich gemacht werden, soll die scheinbar schroffe, durch kontingente Umstände erzwungene Bruchstelle im Übergang vom Neurowissenschaftler zum Psychoanalytiker als Kontinuität plausibel gemacht werden. Dazu werden drei für die Begründung der Psychoanalyse wichtige Schriften interpretiert, die nicht nur die frühesten Zeugnisse von Freuds psychoanalytischer Arbeit darstellen, sondern bis vor kurzem nur wenig bekannt waren oder beachtet wurden. Die Rekonstruktion ihrer Argumentation vermag uns Aufschluß über die Logik der Entstehung von Freuds psychoanalytischem Denken in den ersten krisenhaften Jahren seiner 1886 gegründeten nervenärztlichen Praxis zu geben.

Die Zeit der wissenschaftlichen Tätigkeit als Naturwissenschaftler und Mediziner mit Beginn des Studiums bis zur Gründung der psychoanalytischen Praxis läßt sich in fünf Perioden gliedern:

- 1873 bis 1882: Medizinstudium und experimentelle Forschung bei Claus und Brücke;
- 1882 bis 1885: praktische medizinische Ausbildung am Wiener Allgemeinen Krankenhaus sowie neuroanatomische Forschungen bei Meynert;
- 1885 bis 1886: Privatdozent für Neuropathologie, das »Konversionserlebnis« in Paris bei Charcot und systematische Beschäftigung mit der Hysterie und der hypnotischen Technik;
- 1886 bis 1895: Eröffnung einer nervenärztlichen Praxis in Wien, Behandlung von Hysterien, Leitung der Nervenabteilung im Kinderkrankeninstitut Kassowitz, Familiengründung (6 Kinder);
- 1894 bis 1899: Theoretische Fundierung der psychoanalytischen Praxis in der Neurosenlehre und der Metapsychologie der Traumdeutung.

Bis 1897 verfaßt Freud neben zahlreichen Rezensionen und Übersetzungen 45 neurowissenschaftliche und medizinische Forschungsbeiträge, darunter drei Monographien, u.a. die bedeutende funktionstheoretische Modellierung der Aphasien und ein lange gültiges neurologisches Lehrbuch über infantile zerebrale Lähmungen. 1886 beginnen die Publikationen zur Psychoanalyse und psychoanalytischen Praxis: 27 Publikationen bis zur Traumdeutung von 1900.³ Von 1886 bis 1897 erstreckt sich die lange Phase der sich aus beiden Forschungssträngen überlappenden Publikationen.

Den Stipendiaten-Aufenthalt bei Charcot in Paris erlebt Freud als Zäsur seines wissenschaftlichen Lebens. Ursprünglich vor allem interessiert an der Fortsetzung seiner Studien über Lähmungen an fötalen Gehirnen, zieht ihn Charcots hypnotische Behandlung der Hysterien in den Bann. Unmittelbar nach seiner Rückkehr nach Wien versucht Freud, seine neuen Erkenntnisse über Hysterie und Hypnose unter den ärztlichen Kollegen bekannt zu machen. Dabei stößt er auf große Wider-

stände. Nachdem er einen ausführlichen Reisebericht an das Professorenkollegium abgefasst hat,⁴ das ihm das Reisestipendium genehmigt hatte, stellt er am 15. Oktober 1886 die Charcotschen Nachweise der männlichen Hysterie vor. Dieser Vortrag ist nicht überliefert,⁵ sein Inhalt dürfte aber im Wesentlichen dem Reisebericht entsprechen. Meynert macht sich zum Sprachrohr der Kritik und fordert Freud auf, den Wiener Kollegen doch einen Fall männlicher Hysterie aus Wien zu demonstrieren. Trotz großer Schwierigkeiten gelingt es Freud, einen solchen Patienten für eine Präsentation am 26. November zu gewinnen. Der – erst später (1987) in den Gesammelten Werken zugängliche – Vortragstext⁶ zeugt von einer genauen diagnostischen Erfassung und Beweisführung. Danach publiziert Freud Übersetzungen von Charcot und Rezensionen von Werken über Hypnose, Neurasthenie und Hysterie. Er arbeitet sich also in sein neues Gebiet der Psychopathologie ein.

1888 verfaßt er eine äusserst aufschlussreiche Schrift zur Hysterie, die kaum rezipiert wurde und lange gar nicht als eine Freud'sche Schrift bekannt war: »Hysterie« (gemeinsam mit der kurzen Notiz über »Hysteroepilepsie«) im Handwörterbuch der gesamten Medizin, 1888 von A. Villaret,⁷ erst 1953 von Paul Vogel wieder entdeckt und dann in der »Psyche« nachgedruckt.⁸ Darin findet sich eine sehr genaue symptomatologische Beschreibung der systematischen Differenz zwischen organischen und hysterischen Lähmungen beziehungsweise Anästhesien. Diese Argumentation wiederholt sich in dem auf Französisch erschienenen Artikel »Quelques considérations...«,⁹ der darüber hinaus im letzten Abschnitt noch eine psychologische, aufregend neue Deutung dieser Differenz enthält, die im Handbuchartikel fehlt. Deshalb konzentriere ich mich auf den auf Französisch publizierten Artikel, der erst 1997 in einer deutschen Übersetzung von Marie Luise Knott und Mechthilde Küttemeyer im Jahrbuch der Psychoanalyse erschienen ist.¹⁰ Die Gesammelten Werke enthalten bis heute die

französische Fassung, wie sie 1893 in den »Archives de Neurologie« abgedruckt war. Man kann im Übrigen Freuds Bericht über seine Studienreise nach Paris aus dem Jahre 1886 entnehmen, daß das Manuskript schon sieben Jahre vor dieser Publikation abgeschlossen war.¹¹

Im genannten Artikel unterscheidet Freud differentialdiagnostisch sorgfältig organische von hysterischen Lähmungen. Unter den *organischen* Lähmungen stellt er die peripher-spinalen den zerebralen diametral gegenüber. Klinisch ist die peripher-spinale Lähmung eine Lähmung im Detail, die zerebrale eine »en masse« beziehungsweise flächenhafte. Während die periphere Lähmung randscharf ist, aber nur kleine Flächen der Körperoberfläche einnimmt, ist die zerebrale großflächig und randunscharf. Freud geht bei der Erklärung dieser Differenz vom neuroanatomischen Modell der zweigeteilten motorisch efferenten Nervenbahnen aus. Zum einen führen direkte Nervenfasern von den Zellen der Vorderhörner im Rückenmark bis zur Peripherie der Extremitäten. Zum anderen von der Hirnrinde ins Rückenmark. Weil letztere nicht mehr direkt mit der Peripherie verbunden, sondern funktionell gebündelt sind, bezeichnet Freud die zerebralen – diffusen – Lähmungen als Repräsentationslähmungen und die peripheren – scharf umgrenzten – als Projektionslähmungen. Nun fragt er, inwiefern das Erscheinungsbild der hysterischen Lähmung eine organische erfolgreich simuliert und stellt fest, daß die hysterischen Lähmungen mit den zerebralen gemeinsam haben, daß sie großflächig sind, und mit den peripheren, daß sie randscharf umschrieben sind; daß sie also je ein zentrales Merkmal der beiden organisch sich ausschließenden Formen miteinander verbinden. Freud akzentuiert vor allem das Folgende: Die hysterischen Lähmungen gleichen phänomenal eher den zerebralen, von den peripheren haben sie nur wenig, weil diese nur die Muskeln betreffen, die kleinräumlich von einer Läsion eines bestimmten peripher-spinalen Nervs affiziert sind. Im Unterschied zu den

zerebralen, insbesondere kortikalen, sind aber nun die hysterischen Lähmungen in der großen Fläche viel absoluter, während bei den organischen immer noch etwas sich innervieren läßt. Zudem sind sie randschärfer, während bei den organischen Lähmungen die Störung sich großflächig diffus ausbreitet – bei des Folgen der funktionalen, von der Zuordnung zur Peripherie abstrahierenden Bündelung der zerebralen Nervenstränge. So sind etwa der Arm und andere Körperregionen derselben Seite bei einer organischen Lähmung eines Beins ebenfalls betroffen. Zudem ist bei organischen zerebralen Lähmungen die Peripherie einer Extremität stärker affiziert als der dazugehörige Glied-rumpf, weil mehr Nervenendigungen zum Beispiel in die feinststeuernde Hand führen. Bei der hysterischen Lähmung ist umgekehrt eher das Zentrum des Glied-Rumpfes affiziert. Das alles läuft auf einen entscheidenden Schluß hinaus: Die hysterischen Lähmungen legen nahe, dass der betroffene Organismus den Nervenatlas nicht kennt, die Lähmung aber als organisch bedingt gelten lassen will. Die fehlende neuroanatomische Erklärung weist Freud die neue Richtung:

Nun, woher kommt es, daß die hysterischen Lähmungen zwar weitgehend die kortikalen Lähmungen simulieren, jedoch in jenen Unterscheidungsmerkmalen von diesen abweichen, welche ich versucht habe aufzuzählen, und welchen allgemeinen Charakter besitzt die besondere Repräsentation, auf die wir die Unterscheidungsmerkmale zurückführen müssen? Die Antwort auf diese Frage enthielte einen guten und wichtigen Teil einer Theorie der Neurose.¹²

Wenn eine Lähmung vorliegt, aber neuroanatomisch ohne Befund ist, was bedeutet sie dann? Indem Freud hier eine ganz neue Deutung vorschlägt, entfernt er sich radikal von Charcot und betritt Neuland:

Ich werde nun versuchen zu zeigen, daß es sehr wohl eine funktionelle Veränderung ohne eine begleitende organische Schädigung geben kann, (...) dazu möchte ich lediglich um die Erlaub-

nis bitten, auf das Gebiet der Psychologie überwechseln zu dürfen, was schließlich unvermeidlich ist, wenn man sich mit der Hysterie beschäftigt. Ich sage, übereinstimmend mit Janet, daß bei den hysterischen Lähmungen wie bei den Anästhesien usw. eine landläufige, banale Vorstellung von den Organen, vom Körper überhaupt, im Spiele ist.¹³

Der Hysteriker entwickelt seine Symptome so, daß der Eindruck einer anatomischen Verursachung entsteht. Diese unbewusste Operation ist aber von neuroanatomischer ›Unkenntnis‹ geprägt. Dadurch entstehen Fehler, aber sie sind motiviert. Zum ersten Mal haben wir hier voll entwickelt das hermeneutisch-rekonstruktionslogische Grundschema der Psychoanalyse vor uns: Fehler, zum Beispiel Krankheitssymptome, sind nicht einfach die Folge eines Versagens, einer zu reparierenden Funktionsstörung in einem »Maschine-Kaputt«-Modell, sondern sinnlogisch motiviert. Sie haben einen lebens- bzw. traumatisierungsgeschichtlichen Sinn und sind insofern nicht Fehler, sondern Fehl-*Leistungen*. Es operiert also ein vom Fachwissen abweichendes Konzept des Körpers. Der Arm zum Beispiel wird dann so abgegrenzt und vorgestellt, wie er etwa dem Ärmel einer Jacke entspricht. Das Konzept beziehungsweise der Begriff oder die Präzisierung der Körperteile ist nach semantischen Regeln der Umgangssprache konventionalisiert und operiert so in der Psyche des Hysterikers, wenn er ein Organ in der Lähmung dissoziiert. Die zwingende Bedeutung der semantischen Regeln für die Kohärenz der Argumentation wird allerdings von Freud nicht deutlich herausgestellt:

Diese Vorstellung beruht nicht auf einer tieferen Kenntnis der Nerven-anatomie, sondern auf unseren taktilen und vor allem visuellen Wahrnehmungen. Wenn diese Vorstellung nun die Besonderheiten der hysterischen Lähmung bestimmt, dann muß letztere sich von ihrer Natur her als ahnungslos erweisen, ja: als unabhängig von jeglicher Kenntnis der Anatomie des Nervensystems. Die Läsion bei der hysterischen Lähmung wäre folglich

eine Veränderung der Vorstellung, der Idee, z.B. des Arms. Aber welcher Art ist diese Veränderung, damit sie die Lähmung hervorruft?¹⁴

Hier zeichnet sich ab, dass Freud nahe daran ist, die Bedeutung der semantischen Regeln der Umgangssprache als notwendigen Bestandteil der Argumentation zu bestimmen, sie dann aber mit der traumabedingten subjektiven Vorstellung bzw. Assoziation vermengt. Er führt nämlich weiter aus, wie die Vorstellung zum Beispiel eines Arms durch assoziative Verknüpfung mit dem ursprünglich traumatischen Konflikt so gesättigt ist, daß dem komplementär eine Dissoziation von den normalen Körperfunktionen entspricht, das heisst eine Lähmung eintritt, ohne dass das materielle Substrat, das entsprechende Nervengewebe, geschädigt wäre.

Es handelt sich hier nicht um einen bloßen Vergleich, es ist nahezu die Sache selbst, wenn wir uns auf das Gebiet der Psychologie der Vorstellungen begeben. Wenn die Vorstellung des Arms an eine Assoziation von großem Affektbetrag gebunden ist, wird diese unzugänglich werden für das freie Spiel anderer Assoziationen. Der Arm wird dann in dem Maße gelähmt sein, in dem dieser Affektbetrag fortbesteht oder sich durch geeignete psychische Mittel verringert. Dies ist die Lösung des Problems, das wir aufgeworfen haben, denn in allen Fällen hysterischer Lähmung stößt man darauf, daß das gelähmte Organ oder die außer Kraft gesetzte Funktion an eine unbewusste Assoziation gebunden ist, die mit einem hohen Affektbetrag befrachtet ist, und man kann zeigen, daß der Arm frei wird, sobald dieser Affektbetrag gelöscht ist. Die Vorstellung vom Arm also existiert zwar im materiellen Substrat, sie ist aber nicht zugänglich für bewusste Assoziationen und Impulse, weil die Gesamtheit seiner assoziativen Bindung, wenn man so will, abgesättigt ist durch eine unbewusste Assoziation mit der Erinnerung an das Ereignis, das Trauma, das die Lähmung hervorgerufen hat.¹⁵

Der Hysteriker hat also sich und andere getäuscht, aber diese Täuschung vollzieht sich im Unbewußten und erhält so die

Funktion, an der Krankheit, weil organisch bedingt, moralisch berechtigt festhalten zu können (sekundärer Krankheitsgewinn). Andernfalls müßte sich der Patient deren psychische Verursachungen zu Bewußtsein bringen und sich ihnen im Dienste seiner Gesundheit stellen. Wenn aber eine organische Verursachung erfolgreich vorgetäuscht werden kann, erreicht man zwei »Ziele« zugleich: Das moralisch zur Veränderung verpflichtende Unerledigte eines psychischen Konflikts verschwindet hinter der Maske einer organischen Verursachung, für die man keine Verantwortung trägt. Und die daraus folgende organmedizinische Behandlung ist von vornherein zur Erfolglosigkeit verurteilt, weil ein neuroanatomischer Befund ja nicht vorliegt. Der organmedizinisch behandelnde Experte wird in diese Täuschung erfolgreich einbezogen, wenn er die psychischen Verursachungen als bloße Hypochondrie abtut. Wir müssen also mindestens drei Ebenen annehmen, auf der unbewußte Prozesse operieren:

1. Auf der dritten Ebene der Symptomproduktion operiert der Hysteriker unbewußt mit semantischen Regeln, dem Sprachspiel der Umgangssprache. Dem entspricht das soziale Unbewußte im Sinne des »tacit knowledge« der sprachlichen Kompetenz.

2. Auf einer vorangehenden Ebene wird mit der umgangssprachlich fundierten Körperkartierung eine ebenso unbewusst prozedierende wie unbewusst motivierte Selbst- und Fremdtäuschung vorgenommen. Ihre Funktion ist, den verursachenden, traumatisierenden Konflikt als anatomische Verursachung zu maskieren.

3. Dieser psychische Konflikt als Krankheitsursache ist auf der ersten Ebene angesiedelt. Zwei unverträgliche Erwartungen oder Ansinnen stehen einander gegenüber und können weder offen benannt noch rational durchgearbeitet, der Konflikt kann also weder gelöst noch anerkannt werden. Vielmehr muß die geächtete, vom Bewußtsein nicht zugelassene Vorstellung, das

unzulässige Sinnelement, dissoziiert werden. Das hat zur Folge, daß der daran hängende Affektbetrag aufgrund fehlender Abfuhr eingeklemmt bleibt und sich an eine weniger skandalöse Vorstellung oder – wie im Falle der Hysterie – durch Konversion ins Soma an ein Organ energetisch heftet. Im Falle der hysterischen Konversion führt diese Dissoziation zur Lähmung oder Empfindungsstörung in einer durch die umgangssprachliche Abgrenzung umschriebenen Körperregion.

Freud unterscheidet nicht zwischen den drei Ebenen unbewußter Operationen, sondern argumentiert ausschließlich auf der ersten, primär verursachenden Ebene und zieht dort die hier unterschiedenen Momente zusammen. Indem er die Vorstellung des vom hysterischen Symptom betroffenen Körperteils direkt aus den »taktilen und vor allem visuellen Wahrnehmungen« ableitet und gleichzeitig direkt aus der traumatisch bedingten Dissoziation vom Bewußtsein hervorgehen läßt, geht verloren, dass diese im Hysteriker operierende Vorstellung unabhängig von dessen Subjektivität im Sprachsystem verankert sein muss, damit durch diese Verknüpfung mit den semantischen Regeln der Umgangssprache als einem zentralen Parameter für die Erzeugung von objektivem Sinn die Selbst- und Fremdtäuschung überhaupt möglich wird. Er übersieht dabei auch, daß die umgangssprachlich, qua »tacit knowledge« bedingte Körperkartierung als solche nicht der Dissoziation anheim fällt, sondern für andere assoziative Verknüpfungen prinzipiell durchaus bewusstseinsfähig zur Verfügung bleibt. Auch in den Konflikt gehen nicht nur subjektive Bewertungen ein, sondern auch objektiv geltende, das heisst im Sinne sozial gültiger Regeln erzeugte Bedeutungen, denn jede Traumatisierung geht von einer Krisenkonstellation aus, die zwar immer eine Eigenschaft der Relation einer Umwelt zu einem konkreten Erfahrungssubjekt darstellt, aber eine Relation, deren eines Glied diese Konstellation in ihrer letztlich sprachlich vermittelten objektiven Bedeutung ist und deren anderes Glied erst in der sub-

jektiven Perspektivität auf diese Bedeutung sich konstituiert. Freud führt den Begriff der Konversion im gleichen Atemzuge ein, in dem deren Voraussetzung, nämlich die illusionistische organische Kausalerklärung durch umgangssprachlich vorausgehende Konstruktionen, erst zu erklären wäre. Damit gewinnt er zirkulär die illusionistische Kausalerklärung selbst durch den Vorgang der Konversion, weil er die von der Konversion benutzte umgangssprachliche, sinnlogische Determination der Körperzone des hysterischen Symptoms nicht analytisch unabhängig von ihr bestimmt.

Führt man sich den Umstand vor Augen, daß dieser frühe Text erst seit kaum zehn Jahren in einer deutschen Übersetzung (1997) vorliegt, dann objektiviert sich darin auch, wie wenig innerhalb der Medizin die Psychoanalyse in ihrer theoretischen Fundierung erkannt ist und praktisch ausgeschöpft wird. Darauf deuten dramatisch die folgenden, aus der internistisch-ärztlichen Praxis stammenden Bemerkungen der späten Übersetzerin jener frühen französischen Schrift Freuds hin:

Mein eigenes Ergebnis aus 20jähriger konsiliarischer Tätigkeit in verschiedenen Krankenhäusern ist, dass – bei Anwendung der von Freud genannten Unterscheidungsmerkmale – Konversionen (auch Schwindel, Schmerzen und Gangstörungen im Sinne somatisierter Angst) bei mehr als der Hälfte der Patienten auszumachen sind. So fand sich bei den 1200 von mir neurologisch untersuchten Patienten mit Rücken-, Schulter-, Nacken- und anderen Schmerzen der letzten 10 Jahre im St. Agatha-Krankenhaus, Köln-Niehl, nur in 24 Fällen (2%) eine klare radikuläre oder andere neurologische Störung – nur eine Patientin bedurfte der Bandscheiben-Operation –, bei 220 Patienten (18%) eine unspezifische »organische« Situation, alle übrigen Schmerzsyndrome (80%) erfüllten (mit ihrer extremen Intensität, ihrer unanatomischen Ausstrahlung sowie ihrer Resistenz gegen Analgetika, selbst gegen Morphine) unverwechselbar die Kriterien der Psychogenie (...) Angesichts des Aussparens gerade dieser basalen Werkzeuge zur Diagnose von Konversionen – und Angstneurosen – entsteht der Eindruck, als ob die umwerfenden

Erkenntnisse über die Hysterie, die Freud der Medizin geliefert hat, unter der Hand – auch von den Anhängern der Psychoanalyse – wieder rückgängig gemacht, abgewehrt, verleugnet werden müssen, damit ihre ubiquitäre Relevanz für den klinischen Alltag nicht deutlich werde; es wäre eine zu große Verwandlungsarbeit der Medizin damit verbunden (...).¹⁶

Freuds Konstruktion enthält von Anbeginn einen zunächst impliziten Verweis auf einen das Handeln strukturierenden objektiven Sinn, unabhängig vom subjektiv gemeinten Sinn. Darauf bezogen wird Freud faktischer objektiver Hermeneut gleich zu Beginn seiner Karriere als niedergelassener Arzt, weil er auf der Grundlage einer präzisen neurologischen Diagnostik die Lücke in einer anatomischen Erklärung eines Krankheitsgeschehens scharf bestimmen kann und daran die unabweisbare Notwendigkeit für das, was er eine psychologische Erklärung nennt, festmacht. Noch ohne die später entfaltete psychoanalytische Begrifflichkeit zu verwenden, geht er dabei von unbewußten Prozessen als einer Kombination von sinnlogischen und neuronalen, die energetische Verteilung von Affektbeträgen regulierenden Komponenten aus. Und diese unbewußten sinnlogischen Operationsweisen auf den genannten drei Ebenen setzen ihrerseits voraus, daß man in Differenz zum subjektiven Meinen und Fühlen als entscheidend und nicht auf anderes reduzierbar die letztlich durch Sprache konstituierten objektiven Bedeutungs- und Sinnstrukturen in das theoretische Modell einsetzen muß. Die implizit in Anspruch genommenen sinntheoretisch zu fassenden Elemente erschöpfen sich bei Freud der Sache nach von vornherein nicht, wie später in den Handlungstheorien üblich, im subjektiv gemeinten – oder auch nur gefühlten – Sinn der kontextrelativen, situationsabhängigen Konnotation. Viel mehr setzen sie immer schon einen sozial generierten objektiven Sinn voraus, dem sich das Subjekt wie einer objektiven Realität im Sinne von sozialen Tatsachen sui

generis analog zu Durkheims Konzeption nicht entziehen kann.

Ebenfalls zeitlich falsch eingeordnet war lange die Schrift »Psychische Behandlung (Seelenbehandlung)« von 1890, die, weil sie der 3. Auflage des populären Handbuchs »Die Gesundheit: Ihre Erhaltung, ihre Störungen, ihre Wiederherstellung« entnommen wurde, in den Gesammelten Werken fälschlicherweise auf 1905, also 15 Jahre zu spät, datiert wurde.¹⁷ Darin setzt sich Freud mit seinem aktuellen Problem auseinander: Wie soll er die zu ihm kommenden Patienten behandeln, ohne über ein spezifisches Wissen zu verfügen? Was tut ein Arzt, wenn er einem Patienten helfen muß, aber eigentlich – im wissenschaftlich-methodisch begründbaren Sinne – nicht weiß wie?

Freud zeigt, daß der Arzt ohne dieses spezifische Wissen nicht einfach nur täuscht, sondern selbst dann, wenn er magisch handelt, etwas tut, was als Placebo-Effekt tatsächlich dem Patienten helfen kann. Indem er dem Patienten Vertrauen einflößt, ihm Zuwendung gewährt, ihn ernst nimmt und anerkennt, ihm Hoffnung macht und seine Probleme mit ihm geduldig durchspricht, weckt er – so Freud – Affekte und Emotionen im Patienten, die sich durch Mobilisierung von Selbstheilungspotentialen therapeutisch günstig auswirken können. Der Arzt konstituiert also, indem er mit dem Patienten nicht nur eine geschäftliche Dienstleistungsbeziehung aufnimmt, also eine spezifische rollenförmige Sozialbeziehung, sondern gleichzeitig eine diffuse Sozialbeziehung zwischen ganzen Menschen, ein Arbeitsbündnis mit dem Patienten. Ohne diesen Begriff schon zu gebrauchen, analysiert Freud in dieser Schrift auf sensible Weise die Strukturlogik des therapeutischen Arbeitsbündnisses. Daran zeigt er, daß die Medizin auch lernen muß, die seelischen Erscheinungen nicht nur als organisch bedingte, sondern auch Somatisches bedingende ernst zu nehmen. Indem er unter diesem Gesichtspunkt das ärztliche Handeln als

seelischen Vorgang deutet, kommt er systematisch an der Stelle an, an der zum Beispiel der Hysteriker, dessen sprachlich induzierte Selbsttäuschung in der Symptombildung Freud erkannt hat, im Gespräch mit dem Arzt grundsätzlich dazu gebracht werden kann, die symptomatischen Folgen dieses Illusionismus durch Besprechen zu mildern oder zu beseitigen oder gar eine Einsicht in das unbewußte Geschehen der Krankheit zu gewinnen.

Nachdem Freud so die magischen Anteile am ärztlichen Handeln gelten lässt, ohne auf die Magie zu regredieren, behandelt er die Hypnose als einen Spezialfall des bedingungslosen Vertrauens, das der Patient zu seinen eigenen Gunsten dem Arzt entgegenbringt. Und in der Tat: Soziologisch gesehen führt ja die Hypnose den Patienten in einen Zustand, in dem er grenzenlos, also als ganzer Mensch, dem Arzt ausgeliefert ist. Er weiß ja vorher schon, daß er bedingungslos den Suggestionen Folge leisten wird. Gleichzeitig gelingt die Hypnose nur, wenn der Arzt als Hypnotiseur über jene suggestive Kraft verfügt, die für das Gelingen einer magischen Handlung beziehungsweise die Herbeiführung eines Placebo-Effektes notwendig ist. Insofern ist also die Hypnose ein radikaler Spezialfall der Strukturlogik des Arbeitsbündnisses zwischen Arzt und Patient. Indem aber, und darin vom Arbeitsbündnis in entscheidender Hinsicht abweichend, im hypnotischen Zustand die Gefolgschaft gegenüber dem Arzt bewusstlos wird, kann eine Transformation des Krankheitsgeschehens durch Einsicht sich nicht vollziehen. Das gibt Freud am Ende dieser Schrift auch in aller Deutlichkeit zu erkennen, ohne deshalb der Hypnose undankbar zu sein als einer Technik, die eine erste Türöffnung in die Hysterie-Behandlung ermöglichte. Doch er weiß hier schon, 1890, daß man im Gespräch mit dem Patienten die unbewußten Vorgänge und Verstrickungen ins Bewußtsein heben muß.

Ich möchte nun an der ersten kurzen Fallanalyse aus den Hysteriebehandlungen, dem 1892 publizierten »Fall einer hypnotischen Heilung«,¹⁸ also einer Behandlung vor der Reihe derjenigen, die in den »Studien über Hysterie« dargestellt werden, in einer dritten Hinsicht aufzeigen, wie Freud schon von Anfang an in seiner Entwicklung zum Psychoanalytiker faktisch zu einer Sichtweise gebracht wird, die systematisch wesentliche Aspekte der Methodologie der objektiven Hermeneutik enthält. In diesem Fall wurde Freud mehrmals und bei verschiedenen Geburten zu einer Wöchnerin gerufen, die ihr Kind unbedingt stillen wollte, daran aber hysterisch behindert war, indem sie zum Beispiel das Essen nicht bei sich behalten konnte, dadurch ständig erschöpft war, etc.

Freud gelingt es, diese Frau trotz ihres Widerstandes in einen hypnotischen Zustand zu bringen und ihr darin die folgenden Suggestionen zu setzen:

Haben Sie keine Angst, Sie werden eine ausgezeichnete Amme sein, bei der das Kind prächtig gedeihen wird. Ihr Magen ist ganz ruhig, Ihr Appetit ausgezeichnet, Sie sehnen sich nach einer Mahlzeit u. dgl.¹⁹

Die Kranke werde fünf Minuten nach meinem Fortgehen die Ihrigen etwas unwillig anfahren: wo denn das Essen bleibe, ob man denn die Absicht hatte, sie auszuhungern, woher sie denn das Kind nähren solle, wenn sie nichts bekäme u. dgl.²⁰

Dieses Beispiel zeigt, dass es bei der Hypnose als Behandlungstechnik therapeutisch darauf ankommt, was unter dieser Bedingung interaktiv sinnlogisch geschieht. Wäre es vollständig gleichgültig, was der Hypnotiseur mit dem Hypnotisierten interaktiv macht, wie zum Beispiel im Zirkus oder auf dem Jahrmarkt, wo es nur darum geht, dem Publikum die Sensation der Hypnose vorzuführen, dann hätte dies keinen therapeutischen Wert. Damit aus der Verwendung der Hypnose eine Behandlung wird, müssen – für den Fall der Benutzung von Suggestionen – zwei Bedingungen erfüllt sein.

1. Die Gegensuggestion muß eine sinnlogische Negation des Symptoms sein.

2. Damit sie das sein kann, muß zuvor das Symptom sinnlogisch gedeutet oder in einen sinnlogischen Bedingungs Zusammenhang gestellt worden sein.

Bei beiden Verfahren, sowohl der Konstruktion der Gegensuggestion als auch der ihr vorangehenden Sinn-Interpretation der Symptomkonfiguration, handelt es sich um hermeneutische Operationen der Sinnrekonstruktion. Ihr Gegenstand ist aber gerade nicht der subjektiv gemeinte Sinn des Patienten oder das Bild, das er selbst von seinen Symptomen oder seiner Krankheit hat, sondern die objektive Bedeutungsstruktur der Symptome selbst, das also, was ihre unbewußte Bedeutung ausmacht. Freud operiert also von Anbeginn in seiner ärztlichen Praxis mit einem Verfahren der hermeneutischen Rekonstruktion des objektiven Sinns sowohl von somatischen Phänomenen als auch des Handelns des Patienten, vor allem innerhalb des Arbeitsbündnisses selbst. Ja, man kann sagen: Ohne diese – methodologische – Voraussetzung wäre der Weg in die Psychoanalyse nicht eröffnet worden.

Die durch Freud vollzogene systematische Verknüpfung von naturwissenschaftlichen und kulturwissenschaftlichen Betrachtungsweisen unter der Bedingung genauester Detailbeobachtung und -analyse ist konstitutiv für das neue Wissenschaftsparadigma der Psychoanalyse. Es eröffnet theoretisch und methodologisch für die Erfahrungswissenschaften von der sinnstrukturierten Welt den Weg zum systematischen Einbezug der Prozesse, Strukturen und Objektivationen des Unbewußten.

Angesichts dieser Verknüpfungsleistungen Freud ein »szientistisches Selbstmissverständnis« vorzuhalten oder von der Grenze des »Universalitätsanspruchs der Hermeneutik« zu reden gegenüber dem Anspruch, Psychopathologien zu erklären, unterschätzt eigentümlich die Reichweite des Eindringens sinnstruktureller Determinationen in die Somatik des mensch-

lichen Leibes und die Erklärungskraft sinntheoretischer Argumente für die leibliche Existenz des Menschen. Solche sterilen neukantianischen Abgrenzungen verkennen auch, daß Freud die naturwissenschaftliche Basis der in der Organmedizin ursprünglich entwickelten professionalisierten therapeutischen Praxis als sicheren Boden seines ärztlichen Handelns beibehalten mußte, um auf ihm die psychoanalytische Theorie entfalten zu können.²¹ Wie selbstverständlich nämlich begegnet uns in Freuds Leistung die Triftigkeit der Feststellung, daß die Einheit von Theorie und Praxis sich erst in der professionalisierten Praxis der stellvertretenden Krisenbewältigung im Namen einer Erfahrungswissenschaft herstellt, für deren Autonomie als Forschungsoperation die kategoriale Trennung von Wissenschaft und Praxis konstitutiv ist. Freuds angebliches szientistisches Selbstmissverständnis ist in Wirklichkeit Ausdruck jenes forschungslogischen Respekts vor der Autonomie von Erfahrungswissenschaft, die durch eine voreilige programmatische Forderung der Einheit von Theorie und Praxis schon in der erkenntnistheoretischen Begründung von Forschung sich zu deren technokratischer Bevormundung pervertiert. Eine wirklich folgenreiche Einheit von Theorie und Praxis wäre dann im Vorfeld als bloss scheinhafte dekretiert und »pädagogisierend« in Regie genommen, bevor sie sich in der Praxis des professionalisierten Arbeitsbündnisses erst ergeben kann. Damit hängt zusammen, daß in der psychoanalytischen Praxis nicht, wie einst in der kollektiven Phantasie von Teilen der 68er-Generation, die gesellschaftliche Bedingtheit individueller Leiden Gegenstand der Thematisierung und Bearbeitung ist, sondern der Anteil von »Entfremdung«, für den der Patient selbst verantwortlich ist. Diese scheinbar konformistische Ausblendung des Themas der Fremdbestimmung ist in Wirklichkeit Ausdruck der radikalen Anerkennung der Autonomie des Subjekts.

* Marianne Rychner danke ich für ihre außerordentlich wertvolle und konstruktive Hilfe bei einer durchgreifenden Kürzung der ursprünglichen Fassung, die zudem zu einer spürbaren stilistischen Verbesserung beitrug.

1 Jürgen Habermas, Theorie des kommunikativen Handelns, Bd. 1, Frankfurt am Main 1981, S. 99 u. 114ff.

2 An diesem Bild haben die entgegengesetzten Lager eines an der einheitswissenschaftlichen Ideologie der Leitfunktion der Naturwissenschaften orientierten Positivismus – insbesondere in der akademischen Psychologie – und eines die unversöhnliche Trennung von Natur- und Geisteswissenschaften beibehaltenden Erbes des Neukantianismus gleichermaßen gestrickt.

3 Freud-Bibliographie mit Werkkonkordanz, bearbeitet von Ingeborg Meyer-Palmedo und Gerhard Fichtner, Frankfurt am Main 1999.

4 Sigmund Freud, Gesammelte Werke, Nachtragsband, Frankfurt am Main 1999, S. 34–44.

5 Vgl. dazu die Notiz in der editorischen Vorbemerkung zur nachfolgenden Schrift in: Freud, Werke, wie Anm. 4, Nachtragsband, S. 54.

6 Sigmund Freud, »Beobachtung einer hochgradigen Hemianästhesie bei einem hysterischen Manne«, in: Wiener medizinische Wochenschrift, 36, 1886, Sp. 1633–1638, 1647–1676; Freud, Werke, wie Anm. 4, Nachtragsband, S. 57–64.

7 Wieder abgedruckt in Freud, Werke, wie Anm. 4, Nachtragsband, S. 72–90.

8 Psyche, 7 (9), 1953, S. 486–500.

9 Sigmund Freud, »Quelques considérations pour une étude comparative des paralysies motrices organiques et hystériques«, in: Archives de Neurologie, 26, 1893, S. 29–43; Freud, Werke, wie Anm. 4, Bd. 1, S. 37–55.

10 Sigmund Freud, »Einige Betrachtungen zu einer vergleichenden Studie über organische und hysterische motorische Lähmungen«, in: Jahrbuch der Psychoanalyse, 39, 1997, S. 9–26.

11 »...aus dem eine zur Aufnahme in die ›Archives de Neurologie‹ bestimmte Arbeit hervorging, welche als ›Vergleichung der hysterischen mit der organischen Symptomatologie‹ bezeichnet ist«, S. 41 des »Bericht über meine mit Universitäts-Jubiläums-Reisestipendium unternommene Studienreise nach Paris und Berlin Oktober 1885–Ende März 1886«, in: Freud, Werke, wie Anm. 4, Nachtragsband, S. 34–44. Warum Jones die Abfassung dieses Aufsatzes in den Mai 1888 verlegt, hinter die Verwendung der entsprechenden Argumentation in einer Vorlesung von 1887, ist unklar. Bei Gay wird vom Aufsatz nichts erwähnt, obwohl sich in ihm die erste zusammenhängende Deutung der Hysterie durch Freud nach der Charcot-Konversion findet und darin sich der Übergang zur Psychoanalyse vollzieht. Daß sie erst sieben Jahre später erscheint, kurz vor Charcots Tod, kann ich mir nur so zurecht legen, daß Freud oder andere vor allem mit dem letzten Kapitel, der entscheidenden Wendung zu einer psychologischen Erklärung der Hysterie, erhebliche Schwierigkeiten hatten, weil sie doch sehr revolutionär war und vor allem auch mit Charcots Standpunkt der hereditären Konstitution der Hysterie radikal brach.

- 12 Ebd., S. 18.
- 13 Ebd., S. 23.
- 14 Ebd., S. 23
- 15 Ebd., S. 24.
- 16 Mechthilde Küttemeyer, »Die Verbindung dieser Hand mit der Idee des Königs...«, in: Jahrbuch der Psychoanalyse, 39, 1997, S. 40.
- 17 Sigmund Freud, »Psychische Behandlung (Seelenbehandlung)«, in: ders., Gesammelte Werke, Bd. 5, Frankfurt am Main 1968 (4. Auflage), S. 287–315.
- 18 Sigmund Freud, »Ein Fall von hypnotischer Heilung, nebst Bemerkungen über die Entstehung hysterischer Symptome durch den ›Gegenwillen‹«, in: ders., Werke, wie Anm. 17, Bd. 1, S. 3–17.
- 19 Freud, Fall, wie Anm. 18, S. 6.
- 20 Ebd., S. 7.
- 21 Dadurch konnte das ärztliche Behandlungsmodell konsequent auf die Psychopathologien übertragen werden, mit der Folge, daß diese nunmehr nicht mehr nur im »Maschine-Kaputt« Modell einer bis heute weiter wirkenden naturwissenschaftlichen Psychiatrie kombiniert mit der Unterbringung der Patienten in einer totalen Institution, in der ein Arbeitsbündnis sich nur bedingt aufrechterhalten läßt, erklärt, sondern zusätzlich als sinnlogisch in einer Traumatisierungsgeschichte motiviert gedeutet werden.