

Ute Rupprecht-Schampera

# Hysterie – ein missglückter Separationsversuch. Eine Zusammenfassung meiner Hysterietheorie

Hysteria – an unsuccessful attempt at reaching separation

Mithilfe einer differenzierenden und kritischen Anwendung von Separations- und Triangulierungskonzepten entwickelt die Autorin ein psychodynamisch einheitliches Modell für die reiche Phänomenologie weiblicher und männlicher Hysterie. Sie bietet eine Erklärung für das Zusammenwirken präödipaler und ödipaler Faktoren bei der Hysterie und geht für die Entstehung der charakteristischen Abwehrformation bei malignen wie benignen Hysterien von einem gleichen ungelösten Entwicklungskonflikt aus: Er besteht darin, dass angesichts gravierender früher Konflikte mit der Mutter und bei gleichzeitig als mangelnd empfundener früh-triangulierender Hilfe durch die Vaterfigur für das Kind die notwendige Entwicklungsaufgabe der Separation/Individuation zu einer unlösbaren Aufgabe wird. Es nimmt deshalb zu einer progressiven Abwehr Zuflucht, in der es die ödipale Triangulierung im Rahmen einer sexualisierten Beziehungsform mit dem gegengeschlechtlichen Elternteil verwendet, um die ursprünglich fehlende (frühe) Triangulierung nun auf der ödipalisierten Beziehungsebene zu erzwingen (weibliche Hysterie) oder sie funktional zu ersetzen (männliche Hysterie). Mit dieser progressiven Abwehrtechnik versucht der Hysteriker, die verschiedensten frühen Konflikte zu überbrücken und schließlich auch die psychische Separation von der Mutter zu erreichen. Dieses theoretische Konzept ermöglicht es, Konversionssymptome in ihrer interaktionellen Funktion zu verstehen, sie aber auch im Gesamtzusammenhang ihrer neurosenspezifischen Bedeutung zu betrachten.

## Schlüsselwörter

einheitliches Modell der Hysterie – hysterische Abwehrtechnik – progressive Abwehr – frühe Triangulierung – ödipale Triangulierung – pseudoödipaler Mythos des Hysterikers

*On the basis of a subtle and critical use of the concepts of triangulation and separation the author develops a psycho-dynamically unified model of the multi-faceted phenomenology of hysteria in both women and men. She offers an explanation for the manner in which pre-oedipal and oedipal factors interact in hysteria, and assumes that the fundamental developmental conflict underlying the characteristic defensive technique of all hysterics – the benign as well as the malignant hysterics – is basically the same: This conflict is deemed to lie both in the presence of substantial early conflicts in the mother-child relationship and in the child's experience of a missing or low capacity of the father figure for early triangulation, both factors making the developmental task of separation/individuation almost unsolvable for the child. Therefore the child attempts to utilise oedipal triangulation in the context of a sexualised form of relationship with the parent of opposite sex, and tries to obtain by force the missing early (pre-oedipal) triangulation (in the case of*

*female hysterics) or to secure a substitute for it (in male hysterics). With this progressive defensive technique the hysteric hopes to cover up all the various early conflicts and to achieve the separation from the mother that could not originally be negotiated. The same theoretical approach makes it possible to understand the interactional function of conversion symptoms, and at the same time to consider their significance for this specific neurotic configuration.*

*Keywords*

*unified model of hysteria – defensive technique of the hysteric – progressive defence – early triangulation – oedipal triangulation – pseudo-oedipal myth of the hysteric*

Ich möchte meinen Überlegungen ein Fallbeispiel voranstellen. Es handelt sich um den Beginn einer Donnerstagsstunde aus der Analyse einer 45-jährigen Patientin:

Heute Nacht habe ich geträumt von einem Mann, mit dem ich schon lange keinen Kontakt mehr hatte. Ich weiß gar nicht, wieso der jetzt aufgetaucht ist?

**Traum:** Ich habe versucht, ihm näherzukommen. Das habe ich auch in der Realität versucht, da ist es aber nichts geworden. Im Traum ist es mir gelungen. Aber dadurch, dass ich sagte, wir sollten das spielerisch angehen. Wir müssen einfach mal sehen, was geht, vielleicht könnten wir einzelne Stunden zusammen sein? Oder auch etwas mehr. Er hat etwas amüsiert reagiert: einzelne Stunden? Er hat das so stehen lassen, aber auch nicht abgewehrt.

Der hat mal eine ganz merkwürdige Rolle in meinem Leben gespielt. Ich weiß gar nicht, warum der auftaucht. Er hieß Michael. Mir geht's gerade nicht so gut, ich frage mich, was der damit zu tun hat?

Damals ging's mir auch nicht gut, ich hatte mich von meinem Freund getrennt, ging aber immer noch in unser Stammlokal. Und dort war dieser Michael. Ich war zusammen mit meiner Freundin Renate, und ich sagte ihr, dass der mir gefällt. Renate hat dann alle Register gezogen, um ihn auf sich aufmerksam zu machen. Die beiden haben mich gar nicht mehr beachtet. Ich bin abgehauen. Statt aufs Klo zu gehen, bin ich nach Hause gegangen und hab das Telefon nicht mehr abgenommen. Am nächsten Tag bekam ich einen wütenden Anruf von ihr, ich hätte sie sitzen lassen mit ihm. Sie hätten mich gesucht. Ich sagte: Wieso, du wolltest den doch? Und: Habt ihr nicht miteinander geschlafen? Sie: Nein, nein! Später hat dieser Michael mich mal abgepasst und mich gefragt, wieso ich ihn denn mit der alleine gelassen hätte? Danach hatte ich den Eindruck, er ist doch hinter mir her, er hat mich etwas ausspioniert, wann ich komme und gehe. Es war so eine Art Umschleichung. Irgendwann habe ich herausgefunden, dass er verheiratet ist. So ist es mir öfter gegangen mit Männern, mal hat mich einer zu einem Eishockeyspiel eingeladen, aber als wir dort waren, hat er mich angeguckt wie eine Eule auf der Stange!

Und ich bin nicht aktiv geworden, das habe ich mich nicht getraut. Es war schon oft so, dass ich von Männern etwas wollte, aber mich nicht getraut habe, mich zu „outen“.

Einer hat mal gesagt, er hätte in gewisser Weise Angst vor mir. Aber damals war ich sehr unsicher, es musste immer jemand neben mir sein. Ich war froh, als ich endlich meinen zweiten Mann kennengelernt habe.

Mit dem Alex B. war ich davor haargenau in die gleiche Situation gekommen, das war mein Abteilungsleiter, der hat sich verführerisch verhalten, extrem sogar! Ich bin darauf eingestiegen, schließlich hat er mich auch in seine Zweitwohnung eingeladen, da hatte er sich so eine Art Liebesnest geschaffen. Er hat mich umarmt und angeschmachtet, aber dann geschah nichts. Es ging auch im Betrieb hin und her, und dann zog er sich wieder zurück. Ich war verliebt, schrieb ihm einen vorwurfsvollen Brief, und irgendwie hat es die Chefin mitbekommen. Anscheinend wurde ihm die Sache zu heiß, denn dann sagte er mir, seine Ex-Frau hätte eine lebensbedrohliche Krankheit, jetzt sei er wieder mit ihr zusammen! Und weg war er! Ich war so abhängig von dem. Er hat es dann doch auf seine Kappe genommen und mit der Chefin gesprochen. Die Chefin sagte mir, ich soll mir klarmachen, der ist ein Schürzenjäger. Ich soll mich nicht weiter verletzen lassen von ihm. Ich habe mir aber gedacht, wenn er ein Schürzenjäger ist! Warum jagt er dann nicht meine Schürze? (Sie spricht jetzt sehr erregt) Er nimmt mich in den Arm und streichelt mich und lässt mich dann abrupt stehen. Habe ich Lepra oder was? Wieso erzähle ich das alles ...?

*Ich breche hier zunächst das Stundenprotokoll ab, auf den Rest der Stunde werde ich später zurückkommen.*

Es fällt nicht schwer, in der Erzählung der Patientin typisches hysterisches Agieren zu entdecken: Verführungsangebote, die wieder zurückgenommen werden – sexuelle Erregung, die von Angst ausgebremst wird – heimliche Verhältnisse – Dreieckskonstellationen, die heißlaufen und frustrierend enden – unangemessene Grenzübertretungen am Arbeitsplatz – und kontrollierende, verbietende oder verfolgende Instanzen wie „die Chefin“, „die Ehefrau“, „die Konkurrentin“. Es ist auch deutlich, dass es hier nicht nur um diese eine hysterische Patientin geht, sondern dass sich in ihren Erzählungen ein ganzes Kaleidoskop von hysterischen Beziehungsstrukturen aufblättert, bei denen auch die hysterischen Männer – aktive und gehemmte „Don Juans“ – kräftig mitmischen. Ist dies alles ödipales Material, das – wie die klassische Psychoanalyse mit und nach Freud annahm – eine ödipale Fixierung der Protagonisten illustriert und „beweist“? Meine Patientin ist allerdings nicht in einer triumphierenden Stimmung, sie fragt sich sogar, warum sie ausgerechnet diesen Traum geträumt habe, wo es ihr doch im Moment „gerad’ nicht so gut“ gehe? Und warum füllt sie dennoch einen ziemlich großen Teil der Stunde mit diesen Erinnerungen aus? Wir können uns natürlich nach dem Abwehraspekt des so temperamentvoll und bilderreich vorgebrachten Materials fragen. Wenn dies aber zuträfe, was wehrt es ab? Wehrt es genau das Erleben ab, dessentwegen es der Patientin derzeit „nicht so gut geht“? Und, warum eignet sich gerade ödipales Material – das heißt in diesem Fallbeispiel konkret: die ödipal gefärbten erotischen Aktionen mit realen Männern – um damit ein inneres Unbehagen oder Unglück in Schach zu halten?

Dies alles sind Fragen, die mich bei der Behandlung von hysterischen Patientinnen und Patienten schon seit den frühen 1980er Jahren beschäftigt haben, als ich mich verwirrt davon fühlte, dass sich überraschend und scheinbar immer wieder abwechselnd prä-

ödipale, dann wieder ödipale Aspekte in diesen Behandlungen in den Vordergrund des Geschehens drängten. Die schrillsten hysterischen Symptome und die auffälligsten regressiven Zustände zeigten Borderline-Patienten, die sich mit diesem Wechselspiel einem therapeutischen Zugriff immer wieder zu entziehen verstanden. Gab es dahinter eine psychodynamische Logik? Konnte man diese verschiedenen Phänomene in einem Erklärungsmodell unterbringen?

Ich habe dann in Behandlungen ein Erklärungsmodell entwickelt und erprobt, das ich schließlich ab 1991 einer größeren Öffentlichkeit zur Diskussion vorgestellt habe. Daraus resultierte mein Konzept eines einheitlichen Modells der Hysterie (Rupprecht-Schampera, 1997a), das ich Ihnen hier in seinen wesentlichen Zügen vorstellen werde.

Den Fortgang des oben aufgeführten Stundenprotokolls und meine Kommentare dazu will ich Ihnen nicht vorenthalten, ich werde das Beispiel später im Text wieder aufnehmen, wenn Ihnen meine theoretischen Überlegungen vertrauter geworden sind. Einige weitere Fall-Illustrationen finden sich in den Fußnoten, die am Ende des Textes aufgelistet sind.

## Ziele einer neuen Modellbildung

Das von mir vorgeschlagene Modell hat *nicht* die Absicht, eine neue *Phänomenologie* der Hysterie zu entwickeln. Die von Chodoff und Lyons (1958) und Lazare und Klermann (1968) vorgeschlagenen *phänomenologischen Definitionen* der hysterischen Persönlichkeit können auch heute noch als gültig betrachtet werden: Sie haben betont, dass Hysteriker eine übertriebene Emotionalität einsetzen, die verführerisch, aber auch unecht wirkt und die Verwirrung und Verwicklungen hinterlässt. Diese Form der Kommunikation, verbunden mit einer starken Neigung zum Agieren, produziert beim Arzt oder Psychotherapeuten ein typisches Gegenübertagungs-Gefühl, das so genannte Hysteriegefühl (Haas, 1987), das diagnostisch ganz gut verwendbar ist und das auch im Rahmen meiner theoretischen Überlegungen seinen Platz hat. Mentzos (1980) hatte bereits von einem „hysterischen Modus der Konfliktverarbeitung“ gesprochen, bei dem sich der Hysteriker in einen Zustand versetze, „der ihn *sich selbst quasi anders erleben* und in den Augen der umgebenden Personen *anders, als er ist, erscheinen lässt*“ (Hervorhebungen vom Autor). Es gehe dabei um die „neurotische Entlastung von einem intrapsychischen Konflikt“ (1980, S.75). Dabei hatte er ebenfalls die Unechtheit der Kommunikation und die (Selbst-) Täuschung in den Mittelpunkt gerückt, jedoch keine spezifische psychodynamische Begründung für die Ausbildung eines solchen Abwehrstils angeboten.

Mentzos' Formulierungen kann ich gut nachvollziehen, sie passen im Sinne einer globalen Betrachtungsweise der hysterischen Kommunikation durchaus zu meinen eigenen Überlegungen. Ich versuche allerdings, eine spezifische *psychodynamische Erklärung* für all die bekannten Phänomene der Hysterie zu liefern. Mit ihr soll es möglich werden, die *innere Begründung* für die vielfältigen neurotischen Phänomene der Hysterien zu erkennen und darüber hinaus auch den „*gemeinsamen Nenner*“ für die so verschieden daherkommenden Erscheinungsbilder der Hysterie zu erfassen: Es geht dabei um männliche und weibliche Hysterie, um die neurotische Hysterie und um die Borderline-Hysterie. Nicht zuletzt

geht es auch darum, warum bei Hysterien Körpersymptome eine so hohe Prävalenz haben und was ihre intra- und interpsychische Funktion ist. Alle diese Störungsbilder bringe ich in einem gemeinsamen Erklärungsmodell unter, zeige aber auch, was die inneren Entstehungsbedingungen für die Auffächerung in phänomenologisch unterschiedlich erscheinende Unterarten sind.

Die interessante Frage, ob die Hysterie überhaupt eine nosologische Kategorie darstellt und – wenn ja – ob sie auch als eine nosologische Einheit mit einer gemeinsamen und von anderen Störungsformen abgrenzbaren Abwehrdynamik zu beschreiben sei, beantworte ich aus der Sicht meines Modells klar bejahend und gehe bei phänomenologisch ähnlichen hysterischen Zuständen mit klinisch sehr ungleich günstigen Prognosen nicht von völlig unterschiedlichen Genesen aus, was immer wieder, z. B. auf dem „Panel On Hysteria Today“ (Laplanche, 1974) kontrovers diskutiert worden war. Was Freud ursprünglich im Sinn hatte und die theoretischen Vertreter der klassischen Psychoanalyse bis in die Dreißiger Jahre (z. B. durch Fenichel 1931) scheinbar vollendet hatten, nämlich die Genese aller neurotischen Störungen auf der Basis des Konzepts der „ödüpale Phase“ als Zentrum und Knotenpunkt für neurotische Entwicklungen zu beschreiben und dabei aus einer allgemeinen auch eine spezifische Genese abzuleiten, das war spätestens seit Beginn der Dreißiger Jahre mit der Erkenntnis der „frühen Störungen“ als eigenständigem Ausgangspunkt für Neurosen, z. B. durch Wittels (1931), Zetzel (1974), Khan (1990), Hoffmann (1979), Loch (1985), grundlegend infrage gestellt worden. Hoffmann (1979/1984, S. 258) hatte dieses ungelöste Theorieproblem für die Hysterie als ein Paradoxon formuliert und die Möglichkeit ganz unterschiedlicher Genesen offengelassen: „Die Patienten, die als am deutlichsten hysterisch erscheinen, sind es nicht eigentlich, und jene, die am wenigsten so aussehen, sind die wahren hysterischen Persönlichkeiten.“

Ich konnte aber nicht sehen, dass das Bedürfnis, nach einem gemeinsamen genetischen Modell zu suchen, obsolet geworden wäre, wenn sich die beschriebenen Störungsformen doch eines so ähnlichen Abwehrverhaltens bedienen und auch ähnliche Übertragungs-Gegenübertragungs-Konstellationen produzieren. Es bestand meiner Ansicht nach weiterhin die Notwendigkeit, nach einer besseren theoretischen Lösung zu suchen. Da aber eine einfache Integration von präödüpal begründeten genetischen Hypothesen über die Hysterie in das klassische Konzept Freuds zuvor nicht befriedigend gelungen war und wohl auch nicht gelingen kann, musste ein anderer theoretischer Bezugs- und Blickpunkt gewählt werden, von dem aus verschiedene historische Ansätze und nachhaltig bestehende Kontroversen vermittelt und miteinander verbunden werden konnten.

Dieser neue Blick auf die Psychodynamik der Hysterie ist mir möglich geworden, weil ich davon ausging, dass es eine notwendige logische Verknüpfung von früherer Störung und ödüpaler Phänomenologie geben müsse. Er ergab sich aber auch, weil ich die ständige Verstrickung hysterischer Patienten in Dreiecksverhältnissen als ein Leitsymptom ernst genommen habe: Ich habe mich gefragt, ob das auffällige Agieren der Hysteriker mit ödüpale Beziehungen-Dreiecken ein Problem mit solchen Dreiecks-Konstellationen lösen sollte, die einer anderen, vermutlich einer früheren, psychisch noch basaleren Entwicklungsphase angehören. Soll das „ödüpale Dreieck“ also vielleicht das „frühe Dreieck“ reparieren? Warum sollten aber Beziehungs-Dreiecke schon so früh wichtig

sein? Gewinnt das Kind nicht überhaupt erst in der „ödipalen Phase“ eine trianguläre psychische Funktionsweise?

Solche Fragestellungen haben mir den Blick dafür geschärft, dass psychische Organisation überhaupt in triangulären Strukturen stattfindet und dass trianguläres psychisches Funktionieren *nicht erst* über das trianguläre Eingreifen einer Erziehungsperson oder zeitlich erst in der frühen ödipalen Phase *entsteht*. Trianguläre Strukturen sind bereits für alles psychische Leben von Anfang an funktional bedeutsam. Die volle und *unabhängige* trianguläre psychische Funktionsfähigkeit eines Individuums wird allerdings erst über die Bewältigung der ödipalen Phase erreicht, davor bedarf sie der *Unterstützung* und des Schutzes durch die Pflegeperson(en). Im basalen Prozess der Separation-Individuation (vgl. Mahler, Pine & Bergman (1975) von der Geburt bis in die ödipale Phase benötigt das Kind für seine Entwicklungsaufgabe die besonders sorgfältige trianguläre Unterstützung durch die Eltern. Jeder Erwachsene ist ständig gefragt, mit dem noch unreifen Kind aus einer innerlich gut triangulär verankerten Beziehungsstruktur zu interagieren und auf diese Weise einen basalen Halt für das Kind zu bieten, während es Frustrationen und Schrecknisse zu verarbeiten hat. Im Konfliktfall zwischen Kind und Mutter in der frühen Zeit ist der Vater als besonders wichtiger triangulärer Beziehungspartner für die Mutter-Kind-Beziehung<sup>1</sup> gefragt. Er sollte gerade da ein „hilfreicher Dritter“ sein können, damit dem Kind eine ausreichend stabile Separation von der Mutter möglich wird, die wiederum eine gesunde Identitätsbildung begünstigt.

## Die psychische Ausgangslage für die Entstehung einer Hysterie

Der forcierte Gebrauch ödipaler Dreiecks-Konstellationen in der Abwehr des Hysterikers ist demnach nicht zufällig, er stellt eine progressive Ersatzlösung mit *späteren* Formen der Triangulärität dar, um Ersatz für eine als fehlend oder als mangelhaft empfundene, aber dringend gebrauchte trianguläre väterliche Unterstützung für frühe Konfliktkonstellationen mit der Mutter zu finden. Das Agieren mit ödipalen triangulären Beziehungsformen soll beim Hysteriker die mangelnde *frühe* trianguläre Hilfe ersetzen und den Entwicklungsprozess hin zu einer psychischen Separation reparieren und absichern.

Die Ausgangssituation ist also, dass das Kind, das später eine hysterische Entwicklung nehmen wird, in einer bereits stark konflikthaft gewordenen frühen Mutter-Kind-Beziehung steckt und den Vater in seiner triangulären Hilfsfunktion nicht ausreichend zur Verfügung hat oder ihn als nicht ausreichend verfügbar erlebt, so dass die Separation von der Mutter und damit der ganze Separations-Individuationsvorgang als kaum lösbare Entwicklungsaufgabe erscheint. Deshalb nimmt das Kind (in einer progressiven Abwehrbewegung) Zuflucht zu einem *forcierten und verfrühten Werben um den ödipalen Dritten, also zu einem erotisierten Umwerben des gegengeschlechtlichen Elternteils, um dessen Interesse, Zuwendung und Wertschätzung zu sichern und um sich auf dieser Basis der notwendigen Entwicklungsaufgabe stellen zu können, psychische Eigenständigkeit und Getrenntheit von der (frühen) Mutterbeziehung herzustellen und ertragen zu können*. Ich werde im Einzelnen darauf eingehen.

Was macht also die hysterische Neurose aus? Was ist ihr gemeinsamer Nenner? Um es gleich vorwegzunehmen: Die speziellen Traumen und Dramen der frühen Mutterbeziehung sind es nicht, obwohl sie vielfältig und belastend sein können<sup>2</sup>. Diese schwierigen Erfahrungen des kleinen Kindes sind zwar prägend und beeinträchtigend, wenn sie aber mit einer *wirksamen Abwehr* in ihrer innerpsychischen Störfunktion eingedämmt und aus dem Bewusstsein ferngehalten werden können, sind sie zunächst einmal in ihrer noxischen Wirkung gebannt: *Es ist immer die spezifische Abwehrkonfiguration, die uns sichtbar entgegentritt und die den Stil und die Erscheinungsform einer Neurose, also auch der hysterischen Neurose, ausmacht*. Nur wenn man die *Abwehrdynamik* eines Patienten in ihrem Sinn und im Rhythmus ihres Auftretens versteht und sie deuten kann, werden die darunterliegenden abgewehrten Konflikte sichtbar, nur dann können sie wieder und wieder aufgespürt, aufgedeckt und schließlich verändert werden.

Es ist also immens wichtig, entscheiden zu können, ob ein bestimmtes Material des Patienten (z. B. ödipale Phantasien und Wünsche) zu diesem Zeitpunkt einen Neuanfang oder eine Abwehrbewegung darstellt. Wenn Abwehrstrategien erkannt und nicht verwechselt werden mit Traumen oder mit genuinen Entwicklungsschritten, dann lässt Verwirrung und Ohnmacht bei Therapeut und Patient nach, dann stößt ihre gemeinsame Arbeit zuverlässig in die Sphären der frühen Dramen und Konflikte des Patienten vor. Diese frühen Störungen prägen den Menschen stark, und ihre Intensität und Komplexität beeinflussen insbesondere das strukturelle Niveau, das ein Patient aufweist. Die pathologischen Varianten einer schon früh konflikthaft gewordenen Mutter-Kind-Beziehung spielen auch inhaltlich für das Verstehen des Patienten eine bedeutsame Rolle. Sie nehmen in der Behandlung auf jeden Fall einen großen Raum ein, aber diese Behandlung gelingt nicht, wenn die Abwehraktivität des Patienten nicht verstanden und nicht verringert oder wesentlich verändert wird. In dieser Arbeit werde ich also die *Abwehrdynamik* des Hysterikers beschreiben und zeigen, dass sie bei allen Hysterikern Gemeinsamkeiten aufweist<sup>3</sup>.

## Die zentrale Abwehrdynamik bei der Hysterie

Hat ein Kind in einer frühen Konfliktlage einen zwischen den Bedürfnissen des Kindes und der Mutter vermittelnden, d. h. einen genügend gut triangulär fungierenden Vater, vielleicht auch eine andere entlastende Beziehungsperson, oder kann die Mutter aus eigener Kraft die einschränkenden Probleme erkennen und sich um eine Lösung bemühen, so muss aus den frühen Beziehungsproblemen zwischen Mutter und Kind nicht eine dauerhaft pathologische Situation entstehen, das Kind kann die anstehenden Entwicklungsschritte der Loslösung und Individuation durchlaufen.

Kompliziert wird es, wenn sich zwischen Mutter und Kind eine hoch konflikthafte Situation entwickelt hat, die Mutter ihrerseits für das Kind nicht verständnisvoll-triangulär fungieren kann und wenn auch noch der Vater als triangulierender Partner für Mutter und Kind ausfällt. Steht er dafür nicht genügend zur Verfügung, oder erlebt es das Kind so,<sup>4</sup> dann fühlt es sich mit der Mutter auf unlösbar erscheinende Weise verwickelt und unentrinnbar an sie gebunden. Das Kind steht dann zwar unter einem verschärften Druck,

sich zu separieren und eigene Positionen zu finden, muss diese Entwicklungsaufgabe dann aber quasi alleine lösen.

Um sich unter solchen erschwerten Bedingungen psychisch loslösen und individualisieren zu können, muss es notwendigerweise versuchen, die bedrohliche Beziehung mit der Mutter zu entschärfen und zu regulieren. Dies könnte auf ganz verschiedene Weise geschehen, zum Beispiel dadurch, dass das Kind regrediert, sich in eine anklammernde Beziehung zur Mutter flüchtet und auf den Versuch verzichtet, sich aktiv zu separieren. Diese regressive Lösungsform führt allerdings nicht zur Ausprägung einer Hysterie. Andere Lösungsformen sind ebenfalls denkbar: Ein forciertes schizoider Rückzug auf Unabhängigkeit und narzisstische Selbstfürsorge oder eine massive psychosomatische Reaktionsneigung, die das Objekt ersetzt und den Körper als Objektersatz gebraucht, wären zwei weitere Lösungsformen.

Das später als Hysteriker imponierende Kind findet jedoch einen anderen Ausweg: Es versucht, einen *progressiven* Weg zu gehen, indem es sich bemüht, einen Ersatz für den mangelnden „frühen“ Vater zu finden und gleichzeitig die frühe Beziehung zur Mutter auf eine andere Beziehungsebene – auf die ödipalisierte Ebene – zu heben. Beziehungsmodalitäten der Ödipalität, einer eigentlich „späteren“ Entwicklungsphase oder, korrekter gesagt, einer anderen Entwicklungslinie (Stern, 1985) werden nun verwendet, um die konflikthafte oder gar bedrohliche frühe Beziehungssituation mit der Mutter zu entschärfen und zu verändern:

Das Mädchen wirbt in diesem Fall aktiv und verführerisch um den Vater oder um andere idealisierte Ersatzväter, um ihr Interesse und ihre Zuwendung zu gewinnen. Sie werden psychisch als stabilisierende, Wert und Orientierung vermittelnde innere Objekte gesucht und internalisiert, nicht eigentlich als Sexualobjekte. Das Mädchen versucht, über die Orientierung auf eine idealisierte, erotisch umworbene Vaterfigur eine Sicherheit gegenüber der Mutter und letztendlich eine psychische Loslösung von ihr zu schaffen.

Auch der Junge kann die Ödipalität als Abwehr verwenden.<sup>5</sup> Für ihn ist die gleiche Lösungsform allerdings komplizierter. Ich werde später ausführlich darauf eingehen.

Ich nehme also an, dass das Kind, wenn es bemerkt, dass es als erotisch attraktives Wesen die Aufmerksamkeit des gegengeschlechtlichen Elternteils gewinnen und steuern kann, diese Beziehungsmodalität als eine progressive Abwehrform weiterentwickelt. Das hysterische Kind verwendet dann die ödipale (erotisierte) Triangulierung, um die präödipale (frühe) Triangulierung zu ersetzen und um damit letztlich die Separation von der Mutter zu erreichen. Aus dieser Abwehrlösung entsteht jedoch eine doppelte Konfliktsituation: Das Kind verwickelt sich verfrüht in ödipale Triebkonflikte, während es noch auf der Suche nach der Lösung eines präödipalen Konfliktes ist.

Ich habe mit diesen Formulierungen zunächst bewusst nur das Abwehrgeschehen von der Seite des Kindes beleuchtet. Es ist aber klar, dass sich eine solche Lösungsform nur anbietet und auf jeden Fall auch nur dann dauerhaft etablieren kann, wenn der Vater



oder – im Fall des Jungen die Mutter – dem Kind erotisiert antwortet oder gar bereits von vorneherein eigene ungelöste sexuelle Konflikte in die Beziehung zum Kind einbringt.<sup>6</sup>

Man kann immer davon ausgehen, dass die neurotischen Konstellationen der Eltern bestimmte Abwehrformationen bei ihren Kindern begünstigen oder sogar erzwingen und dass grundsätzlich jede Abwehrbildung vor dem Hintergrund eines bestimmten begünstigenden familiären Klimas entsteht. Umgekehrt gilt auch, dass sich keine Hysterie entwickeln würde, wenn das kleine Mädchen mit erotisiertem Werben keinen Erfolg hätte oder es den Vater sogar als bedrohlichen Angreifer erlebte und wenn der Junge bei der Mutter mit seinem Werben gar nicht ankäme. Die Hysterie lebt von der – zumindest partiellen – Wirksamkeit des sexualisierten Lösungsversuches. Innerhalb eines erotisierten Arrangements zwischen Kind und Elternteil können sich allerdings unterschiedlich pathologische oder gar traumatisierende Konstellationen für das Kind ergeben.

Reagiert ein Vater – ich spreche zunächst zur besseren Übersicht über die Beziehungsperspektive des Mädchens – auf eine nur leicht erotisierte Weise seiner Tochter gegenüber, ohne dass das Kind dabei traumatisierende Erfahrungen macht, so kann er im Erleben des Kindes nachträglich doch noch (in gewissem Umfang) die Funktion des dritten Objektes übernehmen. Die zunächst bedrohlich geschlossene Beziehungssituation mit der Mutter wird sich entschärfen, und die ödipale Entwicklung wird nur in geringem Maße belastet sein. Schlägt jedoch das passive oder uninteressierte Nicht-zur-Verfügung-Stehen des Vaters um in eine vielleicht höchst intensive Begegnung, in der die Generationengrenzen verwischt werden und eine Konfrontation mit erwachsener Sexualität stattfindet, so wird die Annäherung, die als ein „selbstreparativer Versuch vonseiten des Kindes“ gedacht war, unter Umständen zu einer weiteren traumatisierenden Erfahrung, in der Übergriffe erlebt und Affektstürme und schwere Schuldgefühle in einem hoch angeheizten Triebgeschehen ausgelöst werden. Das Kind hat den Vater zwar als ödipales inzestuöses Objekt gewonnen mit allen damit verbundenen Befriedigungen und Größenphantasien, der Vater versagt jedoch erneut als drittes Objekt

Das typische hysterische Persönlichkeitsbild ergibt sich nach meiner Überzeugung dann, wenn das Mädchen bei dem Versuch, den Vater auf erotisierte Weise als frühes trianguläres Objekt zu gewinnen, noch einmal eine belastende Erfahrung mit ihm, das heißt eine Enttäuschung von ihm erfährt und diese nun das psychische Gefüge des Kindes zusätzlich bedroht. Es ist deshalb gezwungen, sich mit der so verschärften Konfliktlage auseinanderzusetzen und weitere für die Hysterie bekannte Abwehrschritte vorzunehmen.

## Schichten der Abwehr

Die in der Literatur zur Hysterie außer der Sexualisierung (1.) immer wieder geschilderten Abwehrformen, vornehmlich die Verdrängung (2.), Verleugnung (3.), Dissoziation (4.) und Rückzug auf Kindlichkeit (5.) verstehe ich als für die Hysterikerin notwendige innere Bearbeitungsformen der gescheiterten Suche nach dem triangulären Vater.

Ich verstehe das Vorherrschen von *Verdrängung* bei der Hysterie als den Versuch, das erotisierte Geschehen (unter Umständen das traumatische Erleben) aus dem Bewusstsein fernzuhalten, da sowohl das inzestuöse Agieren als auch die schweren Schuld- und Schamgefühle die Integration des Selbst bedrohen.

Die *Verleugnung* ist notwendig, um die Enttäuschung über den Vater, die eine schwere Desillusionierung in Bezug auf die idealisierten Elternimages darstellt, aus dem Bewusstsein fernzuhalten. Die Enttäuschung muss verleugnet werden, weil das Mädchen auf den Vater als Symbol der Triangulierung und in diesem Sinn auf seine Idealisierung nicht verzichten kann. Verleugnung stützt die *Idealisierung des Vaters* und die Schuldzuweisung an die Mutter und hilft so, die ursprünglich traumatische Situation zu einem ödipalen Mythos umzudeuten. Die Suche der Hysterikerin nach idealisierten Ersatzvätern ist nur scheinbar eine direkte Folge des Ödipuskomplexes. In Wirklichkeit ist sie die Folge der aus Abwehrzwecken hoch nötigen Verleugnung der Enttäuschung am Vater als drittem Objekt und seiner nachfolgenden Idealisierung.

Zwar scheinen Denkstörungen bei der Hysterie allgemein als Folge des exzessiven Gebrauchs von Idealisierung, Verleugnung und Verdrängung aufzutreten, *Desorientiertheit* und *Dissoziationserscheinungen* bei schwer gestörten Patienten entspringen meiner Ansicht nach jedoch einer direkteren Abwehr im Sinne einer Manipulation des eigenen Wahrnehmungsapparates oder gar eines destruktiven Angriffs auf die eigenen Wahrnehmungsfunktionen, wenn das traumatische Geschehen überwältigend war<sup>7</sup>. Das Mädchen versucht, das Erlebte als unverständlich verrücktes eigenes Erleben zu interpretieren und so die idealisierte Beziehung zu beiden Eltern zu retten. Auf diese Weise entsteht eine *sekundäre Bearbeitung des traumatischen Geschehens*, aber auch eine *sekundäre Verstärkung der Schuldgefühle*, durch die die idealisierten Elternimages geschützt werden sollen. In Analysen hysterischer Patienten taucht die Angst, verrückt zu sein oder bald verrückt zu werden, häufig kurz vor der Entschlüsselung von traumatischen Szenen auf, oder es werden erschreckende, Angst machende Zusammenhänge, besonders solche mit inzestuöser Thematik, oft beantwortet mit der Reaktion: „Das kann doch nicht wahr sein!“ oder: „Ich muss ja verrückt sein, wenn ich so etwas annehme!“.

Eine weitere Abwehrbewegung wird nötig, die darauf beruht, dass das Kind ein unerträglich böses Selbstbild von scheinbar ungezügelter Triebhaftigkeit, schwerer ödipaler Schuld und Verrücktheit eindämmen muss: Es *verzichtet auf weitere Individuationsmöglichkeiten*, d. h., es muss sich zurückziehen in eine regressive Identität der Kindlichkeit, die dazu führt, dass Hysteriker große Angst davor haben, älter zu werden oder Verantwortung für sich und andere übernehmen zu müssen. Dieser *Rückzug in Kindlichkeit* erscheint als der einzige Ausweg vor den doppelten Schuldgefühlen und einer befürchteten Beschuldigung als die allein verantwortliche Täterin für das inzestuöse Geschehen. Die abwehrbedingte Position des ewigen Kindes konfrontiert das Subjekt jedoch unweigerlich wieder mit den Ängsten aus der frühen Mutterbeziehung und wirft die Person zurück auf den Zustand des Nicht-separiert-Seins. Ein neurotischer Kreislauf hat sich so geschlossen.

Alle Hysteriker erschaffen so für sich eine *phantasierte ödipale Szenerie*, die, oberflächlich gesehen, dem normalen Ödipuskonflikt ähnelt, die jedoch das Produkt komplizierter Abwehrbewegungen ist und sich dafür eignet, die tatsächlichen Traumata mit Mutter und

Vater zu verbergen und zu verleugnen. Durch Sexualisierung, Verdrängung, Verleugnung, Veränderung der Wahrnehmung und Modifikation des Selbstbildes nach innen und über das entsprechende ödipalisierte *Agieren mit Personen oder mit dem eigenen Körper* (ich komme darauf zurück) wird ein labiles, ständig bedrohtes Abwehrsystem aufgerichtet.

Dadurch wird keine stabile Separation erreicht, der Hysteriker kann sich damit höchstens eine *pseudoseparierte Identität*<sup>8</sup> schaffen, weil damit das psychische Funktionieren nur leidlich garantiert ist und letztlich alle diese Abwehrbewegungen wieder dorthin zurückführen, wo sich der Hysteriker bedrohlich abhängig von einer übermächtigen Mutter erlebt hat. Unter dem Gewand der „normalen“ ödipalen Phantasie, nämlich, dass man als Tochter, die den idealen Vater begehrt, diesen ja nie ganz haben kann und dass die Mutter eine Rivalin um diesen Vater ist (oder, wie ich noch zeigen werde, dass man als geliebter Sohn und Partnerersatz für die Mutter notwendigerweise in eine rivalisierende Position mit dem verachteten, schwachen Vater kommen muss, aber man die Mutter letztlich ja immer dem Vater überlassen muss), verbirgt sich bei den Hysterikern das Gegenteil: Der gegengeschlechtliche Elternteil ist als ödipaler Partner quasi „zu haben gewesen“, aber er war enttäuschend, während unter der scheinbaren ödipalen Rivalität mit der Mutter (Mädchen) oder der beflügelnden Beziehung mit ihr (beim Jungen) der bedrohliche Zustand des Ungetrenntseins von ihr persistiert.

Diese komplexe Abwehrformation habe ich den „pseudoödipalen Mythos“ genannt (vgl. Rupprecht-Schampera, 1997a, S. 648, und 1999, S. 180-187). Er hat die innerpsychische Funktion, die Illusion einer normalen Entwicklungsgeschichte zu errichten und die Erinnerung an unerträgliche Erlebnisse abzuwehren. Er kann jedoch, wie gesagt, keine dauerhafte Lösung des Separationsproblems darstellen und zwingt die Hysteriker deswegen immer wieder – auf der Basis dieser pseudoödipalen Phantasie – zu neuen Separationsbewegungen. Das in der Literatur häufig beschriebene, ins Auge springende und die Gegenübertragung bestimmende „*Agieren der Hysterikerinnen*“ interpretiere ich als genau diesen Vorgang: Durch verführerische, Aufmerksamkeit heischende, scheinbar sexuelle Hinwendung zu Männern und durch übertriebene Affekte versucht die Hysterikerin tatsächlich, ideale Väter auf sich aufmerksam zu machen, sie an sich zu binden und sie als trianguläre Partner für ihre Mutterkonflikte zu gewinnen. Analog will der männliche Hysteriker bei Frauen nur mit der erotisierten Beziehungsschiene zu tun haben, während er solche Erlebensqualitäten, die ihn an die frühe Mutter erinnern könnten, jedoch fürchtet und meidet.

Will ein hysterischer Patient sein Leiden durchbrechen, seine traumatische Geschichte verstehen und eine eigene stabile Separation erreichen, dann geht es für ihn nicht primär um einen Verzicht auf seine ödipalen inzestuösen Wunschphantasien, wie z. B. Zetzel (1974) oder Kohon (1984) meinen, sondern um einen schmerzhaften Verzicht auf die allgegenwärtige Abwehrformation der Erotisierung und die der Idealisierung der ödipalisierten Beziehungsmuster. Er muss es auch ertragen können, wenn die darunter verborgenen vielfältigen Ebenen von Enttäuschung an den frühen und ödipalen Eltern im Erleben auftauchen. Dies heißt z. B. für die hysterische Frau, dass sie sich erst dann einer eigenen Identitätsbildung zuwenden kann, wenn sie versteht, dass sie die idealisierten Väter sucht, um ihre ungesicherte Identität und ihre unsichere Abgrenzungsfähigkeit zu

vertuschen. Dann wird sie auf die krasse Idealisierung des Vaters und auf das extreme Feindbild der ödipalen Mutter verzichten können. Sie wird auch – entgegen der früheren Idealisierung – ihre verborgene Enttäuschung am Vater spüren, der nicht zur Verfügung stand, als er dringend als Helfer für die schwierige Mutterbeziehung benötigt und gesucht war. Darüber wird sie zu der Dramatik der Ängste und Konflikte aus der frühen Mutterbeziehung vorstoßen, und dann erst wird der Weg frei zur Trauer über die ungeschützte und fragile Entwicklung ihres Selbst. Ähnlich muss der männliche hysterische Patient erst mit Mühe seine (frühkindliche) Angst vor der Frau und Mutter entdecken, derentwegen er seine charmanten oder auch brutalen Formen des erotischen Werbens entwickeln musste. Er wird seine sexuellen Funktionsstörungen zuerst mit dieser Angst in Verbindung bringen müssen, bevor ihm eine erfüllte Sexualität möglich wird und er Frauen nicht mehr abwerten muss. Eigene Schritte auf diesem Wege werden schließlich die *Fixierung auf den sexualisierten pseudoödipalen Lösungsversuch* überflüssig machen.

Hysteriker sind nicht einfach „fixiert“ auf der normalen Entwicklungsstufe der Ödipalität und deswegen angesichts von Konflikten auf solche Funktionsweisen „regrediert“, wie die klassische psychoanalytische Theorie annahm. Sie haben eine normale ödipale Entwicklung noch gar nicht erreicht und sie auch nicht durchlaufen. Man kann höchstens sagen, sie seien auf den Gebrauch von sexualisierten, ödipalisierten Beziehungsformen „fixiert“.

Die hysterische „Abwehrtechnik“<sup>49</sup> ist also zentral definiert durch die abwehrbedingte Verwendung von *positiv*-ödipalisierter Sexualität, durch die Idealisierung des gegengeschlechtlichen ödipalen Elternteils und durch das Agieren mit triangulären Beziehungskonstellationen, sie kann auf jedem strukturellen Niveau der psychischen Organisation angewendet werden. Die Unterschiede von Borderline- und neurotischer Hysterie und Fragen der differentialdiagnostischen Abgrenzung habe ich an anderer Stelle diskutiert (Rupprecht-Schampera, 2003b). Die hysterische Abwehrtechnik hat für beide Geschlechter die gleiche äußere Erscheinungsform, d. h. vergleichbare Verhaltensstile und die gleiche innere Funktion, sie sieht jedoch im Detail beim weiblichen und beim männlichen Hysteriker aufgrund der unterschiedlichen Geschlechtssituation anders aus.

## Fallbeispiel

Zur Illustration für hysterisches Agieren füge ich hier das Verlaufsprotokoll eines sich über mehrere Behandlungsstunden hinweg entfaltenden Abwehrgagierens einer weiblichen hysterischen Patientin ein, das ich im Anschluss kurz kommentieren werde. Dieses Fallbeispiel habe ich meiner ersten Arbeit zur Hysterie entnommen (Rupprecht-Schampera, 1997a).

Etwa um die 70. Stunde ihrer Analyse beginnt eine 33-jährige Patientin darüber nachzudenken, wie es wohl wäre, eine 5. Analysenstunde zu haben, da sie mich zunehmend als jemanden erfahre, der ihr zuhöre, der sie verstehe und dem gegenüber sie sich mehr gehen lassen könne. Sie phantasiert darüber, wie sie mein Analysenzimmer für sich selbst noch schöner herrichten könnte, erschrickt dann jedoch und fürchtet, dass dies wohl auf einen Kampf hinauslaufen würde. Man müsse dann sehen, wer die Stärkere sei. Sie ist verblüfft, dass ich bei solchen Äußerungen nicht aufspringe, sie anschreie und ihr sage, „dass es so nicht weitergehen kann“. Sie scheint sich einen Moment an

mich anlehnen zu wollen und im nächsten schon wieder mit mir zu konkurrieren. Das Bild ist für mich ziemlich verwirrend, denn obwohl sie manchmal zu erkennen gibt, dass sie sich dagegen wehrt, „ihrer Traurigkeit nachzugeben“, überwiegt phasenweise ausgesprochen ödipales Material. So beneidet sie mich um meinen Mann oder träumt, dass sie liebevoll, wenn auch beschämt, mit dem Mann ihrer besten Freundin schmust. Einmal „ertappt“ sie sich bei der Vorstellung, sie wolle mehr von mir als nur „Trostpflaster“, sie wolle von mir „versorgt und mit Spaghetti gefüttert“ werden. Doch sofort danach entwickelt sie Pläne, ihren Beruf zu wechseln oder sogar ins Ausland zu gehen, so realistisch, dass ich die Fortführung der Analyse gefährdet sehe und diese Sorge auch in eine Deutung einfließen lasse. Da empfindet sie mich als streng, sie festhaltend und kontrollierend und sagt: „Sie haben mir so viel Raum gegeben, und jetzt ziehen Sie die Leine wieder kurz, aber so was kenne ich ja von zu Hause.“ Durch einen Traum wird deutlich, warum sie vor mir fliehen will: Sie erlebt sich in einem kugelförmigen, oben abschließbaren Schwimmbassin und würde gern darin selbstvergessen schwimmen und untertauchen. Sie kann sich aber nur gestatten, an der Oberfläche herumzupaddeln aus Angst, dass eine Frau am Wasserrand, die die ganze Apparatur in der Hand hat, den Deckel schließen und sie nicht mehr herauslassen würde. Dann müsste sie elend im Wasser umkommen. Die Patientin versteht und formuliert, dass sie damit wohl mich und die Analyse meint, dass sie Angst hat, sich bei mir gehen zu lassen, obwohl sie es dringend wünscht. Sie sagt, es gehe letztlich um Lebensbedrohung. Nach einem kurzen Moment der Erleichterung bekommt sie von neuem Angst: „Misstrauen wird mir verübelt. Wenn ich Ihnen sage, dass ich Angst habe vor Ihnen, werden Sie vielleicht erst recht wütend und werfen mich aus der Analyse. Ich müsste für meine eigene Sicherheit eigentlich mein Misstrauen wegstecken, wenigstens nach außen hin.“ Die nächste Stunde beginnt mit zwanzigminütigem Schweigen und verläuft bis zum Schluss in einer gereizten Widerstandsstimmung. Erst in der übernächsten Stunde „gesteht“ sie, dass sie am Abend nach der Traumstunde tatsächlich mit dem Ehemann einer engen Freundin, die gerade ein Baby geboren hat, „herumgeschmust“ habe. Sie habe zunächst, fast wie unter einem Zwang, ausprobieren müssen, ob er auf sie „anspringe“, und das sei nicht besonders schwierig gewesen. Ihr anfängliches Vergnügen daran habe sich aber in Scham und miese Gefühle verwandelt, sie sei wohl „zu triebhaft“ und offensichtlich „destruktiv“. Nun fürchte sie meine völlige Missbilligung. In einer weiteren Stunde schwärmt die Patientin von einer besonderen Solidarität mit einer bestimmten Kollegin beim Kämpfen mit der gemeinsamen Chefin. Doch in der darauffolgenden Stunde fällt sie in eine noch schlechtere Stimmung, nachdem sie von der eigenen Schwester zu hören bekommen hat, sie sei mit ihr (auch) nicht solidarisch gewesen, sondern habe sich wie eine dritte Elternperson (aus einem anderen Zusammenhang wird deutlich: wie Vaters bessere Frau) verhalten. Sie fühlt sich schuldig, empfindet sich als schmutzig und fürchtet, dass „noch mehr Chaotisches aus mir herauskrachen“ könnte. „Dieses Schlechtigkeitsgefühl! Ich bin so beschäftigt, diesen Morast, der da hochkommt, wieder einzudämmen! Als ob man eine Tür aufmacht, und da kommt einem lauter Schlamm entgegen, und man kriegt die Tür niemals zu. Mir geht langsam die Kraft aus, dass ich die Tür so weit zuhalten kann, dass nur so viel herauskommt, dass man’s immer wegräumen kann. Ich habe Angst, der Schlamm überschwemmt mich.“ Als ich sage, das sei ja ein Bild wie Durchfall, ist sie verdutzt und meint, den habe sie seit zwei Tagen ganz schlimm.

Diese Patientin kam wegen Eklampsie der Mutter durch Kaiserschnitt als Frühgeburt zur Welt und war damals (wie auch die Mutter) in höchster Lebensgefahr. Die ersten drei Lebensmonate verbrachte sie im Brutkasten. Die Mutter war um sie bemüht, aber streng und moralisch unerbittlich und wohl auch überfordert, weil der Vater viele Jahre, unter der Woche abwesend, im Ausland arbeitete. Wenn sich die Tochter später in Vaters Werkstatt „verschanzte“, holte sie sie heraus und „kommandierte sie ab zum Stricken“.

Wenn ich mein Hysterie-Modell auf diese Stundensequenz anwende, so ergibt sich folgendes Verständnis:

Das Beispiel setzt ein, als der Patientin ihre regressiven Wünsche bewusst werden. Phantasien, von mir Versorgung zu fordern oder es sich bei mir endlich einmal für sich selbst stimmig einzurichten, führen zu Verfolgungs- und Bestrafungsängsten und sofort danach zu der progressiven Abwehrphantasie eines ödipalen Konkurrenzkampfes. Der ödipale Dritte wird in diesen Tagen häufig in der Phantasie oder in Träumen eingeführt, während regressive Vorstellungen und Wünsche immer drängender werden. Schließlich erscheint eine aktive Identifikation mit dem abwesenden Vater (Berufswechsel, männlicher Beruf oder Auslandsaufenthalt) geeignet zu sein, mir als der gefürchteten und sie überwältigenden Mutter Widerstand entgegenzusetzen. Sie inszeniert jedoch mit den Phantasien über den Auslandsaufenthalt mit mir die alte Erfahrung, dass die Mutter genau dann die Zügel kurz zieht, wenn sie sich dem Vater zuwenden will und muss. Dennoch scheint sie meine als streng empfundene Äußerung auch als ein Einhalten des analytischen Rahmens und als eine Stütze gegen ihre Ängste empfunden zu haben, denn sie kann danach das abgewehrte frühe Trauma (eingeschlossen im Uterus der todkranken Mutter, dann im Inkubator) in ihrem Traum darstellen. Ein regressiver Zustand, wie im Bauch der Mutter, ist für die Patientin äußerst gefährlich. Für sie ist die frühe Mutter unbewusst mit dem Tod verknüpft. Die Patientin kann diese Zusammenhänge mithilfe der Analytikerin erkennen und aussprechen, sie wagt sogar einen Separationsschritt, indem sie sich offen zu ihrem tiefen Misstrauen ihr gegenüber bekennt. Sie verletzt damit aber ein Tabu des Status quo mit ihrer Mutter, denn diese darf als „gute Mutter“ nicht infrage gestellt werden, sonst droht erneut ein Abbruch der Beziehung. In dieser Stunde hat die Patientin also doppelt mit Bedrohung durch Vernichtung und Objektverlust zu kämpfen, so dass sie sich schließlich Verstärkung, Rückendeckung und einen ödipalen Triumph in der nun real agierten abendlichen Szenerie mit dem Mann ihrer Freundin holen muss. Der Mann aus der realen triangulären Situation am Abend ist auch in der nächsten Stunde während des Schweigens in ihren Gedanken ständig als Dritter anwesend. Die Patientin ist also in ihrer Phantasie nicht mehr mit mir allein. Allerdings ist dieses Agieren nicht geeignet, sie wirklich zu beruhigen. Die alten Schuldgefühle, die Angst und der Hass aus ihrer Kindheitsgeschichte drohen nun völlig durchzubrechen. Die Patientin versucht, dem zunächst noch mit einer Attacke auf sich selbst zuvorzukommen, allerdings hat die Abwehrhandlung auch ihre Ängste, dass die Analytikerin (Mutter) die Beziehung abbrechen könnte, nun zum dritten Mal verstärkt. Ein dann folgender Versuch einer nicht sexuellen, gleichgeschlechtlichen Triangulation – in der Phantasie mit der Kollegin und real mit der Schwester – scheitert, weil die Schwester mit ihren Vorwürfen sie wieder an die mit Schuldgefühl beladene, ödipal aufgeheizte Beziehung zum Vater erinnert. Sämtliche Versuche einer triangulären Konstellation mit realen oder phantasierten Personen sind gescheitert, es bleibt ihr anscheinend nur noch der Weg in das Körpersymptom. Sie

bekommt Durchfall. Auf die Bedeutung von Körpersymptomen bei der Hysterie werde ich später zurückkommen.

## Ein vergleichender Blick auf die weibliche und die männliche Hysterie

Auch für den männlichen Hysteriker nehme ich das Bestehen einer wie immer gearteten bedrohlichen Frühbeziehung mit der Mutter, das ungelöste Entwicklungsproblem Separation und einen als früh-triangularen Partner nicht genügend verfügbaren Vater an.<sup>10</sup> Und auch für das männliche Kind eignet sich die Entdeckung der Ödipalität als eine mögliche Lösung<sup>11</sup> für seine konflikthafte Beziehung zur Mutter: Er kann versuchen, mit erotisiertem Werben die zuvor bedrohliche oder gleichgültige Mutter zu seiner begeisterten „Geliebten“ zu machen und so mit dem Einsatz eines *anderen Teils seines eigenen Verhaltensrepertoires* eine entlastende Konstellation zu schaffen. Die sexualisierte Beziehung zur Mutter, also die andere Beziehungsmodalität, ist nun das trianguläre Element, das entweder die Zuwendung der frühen Mutter gewinnen und garantieren oder die bedrohlichen Aspekte dieser Beziehung ausschalten soll. Die erotisierte, pseudoödipale Beziehungsebene soll die bedrohliche frühe Beziehungsebene überlagern, verdecken, abspalten, mindestens aber entschärfen.

Man kann sagen, dass über die umfassende Sexualisierung beim hysterischen Jungen der *idolisierte Phallus* als Ersatz für den als abwesend empfundenen Dritten, den Vater, fungiert. Er kann sich dadurch in seinem subjektiven Erleben gestärkt fühlen, bleibt aber objektiv weiterhin mit der Mutter allein. Deshalb macht eine sexuelle Traumatisierung im Rahmen eines erotisierten Werbens um die Mutter die Lage des hysterischen Jungen sehr kompliziert: Es würde sich dann eine *zweite Ebene von Traumatisierung mit dem gleichen Objekt* herstellen.<sup>12</sup> Bei wiederholter Traumatisierung müssen Männer unter Umständen Zuflucht zu solchen sexualisierten Lösungen suchen, die das Objekt als ganzes Objekt schließlich ausschalten. Perverse Symptomatiken können als Dekompensationsform einer malignen männlichen Hysterie auftreten.<sup>13</sup> Jedenfalls ist das *Mutterbild des männlichen Hysterikers aufgespalten in ein bewusstes, idealisiertes, erotisiertes Bild der ödipalen Mutter und ein ins Unbewusste abgedrängtes Bild der frühen, als bedrohlich, verlassend oder verfolgend und kastrierend erlebten Mutter*. Das Mutterbild der hysterischen Frau ist demgegenüber durchgängig negativ besetzt und abgewertet, dies ist aber eine psychisch ökonomischere Konstellation, die mit der Idealisierung des Vaters in gewissem Maß ausbalanciert wird.<sup>14</sup>

## Der hysterische Mann braucht noch einen weiteren Abwehrschritt

Die Beziehung zur frühen Mutter gilt also beiden Geschlechtern als bedrohlich, sie soll grundsätzlich mit der hysterischen Abwehr entschärft werden. Während die hysterische Frau aber phantasmatisch über die Idealisierung des ödipalen *Vaters* einen Ersatz für den frühen Vater schaffen kann und sie in der Phantasie zudem eine Allianz mit dem ödipalen Vater gegen die frühe und die ödipale Mutter schmieden kann, gerät der hysterische Mann durch die ödipalisierte Lösung zunächst unausweichlich in eine schärfere Konkurrenzsituation mit dem Vater, die zudem vor dem Hintergrund eines psychisch als abwesend

empfundenen frühen Vaters entstanden ist. Mit einem solcher Art verschärften Konfliktpotenzial in Vater- und Mutterbeziehung könnte der hysterische Mann auf Dauer keine stabile Abwehrlösung erreichen, er muss irgendwie noch eine neue Balance für sich finden.

Wenn aber meine Hypothese stimmt, dass für *alle* Hysteriker die spezifische Abwehrlösung der Hysterie darin besteht, dass sie die als fehlend empfundene früh-triangularäre Funktion des Vaters kompensatorisch ersetzen und reparieren soll, dann muss diese Abwehrschichtung für *beide* Geschlechter auf irgendeiner Ebene die Beziehung zum frühen und zum ödipalen Vater zumindest phantasmatisch wiederherstellen! Dem hysterischen Mann gelingt dies schließlich über einen weiteren Abwehrschritt:

Zwar wird der ödipale Vater in Bezug auf die erotisierte Beziehung zur ödipalen Mutter als Verfolger und Rächer erlebt, soweit aber das unbewusste, dämonisierte Bild der bedrohlichen frühen Mutter anklingt, kann der gleiche starke ödipale Vater in der Phantasie zu demjenigen werden, der nicht nur den rivalisierenden Sohn kastrieren könnte, sondern der allein in der Lage wäre, die phantasmatische frühe Mutter „in Schach zu halten“ und sie ihrerseits symbolisch zu kastrieren (vgl. Rupprecht-Schampera, 1999, S. 176-180). *Der männliche Hysteriker unterwirft sich in der Phantasie dem sadistisch rächenden Vater, dem Aggressor, und identifiziert sich mit ihm.*

Diese Abwehrkonstellation darf nicht mit der Bewältigung des normalen Ödipuskonflikts beim Jungen verwechselt werden, die eine phantasmatische Unterwerfung unter den *gesetzgebenden* ödipalen Vater und eine daraus folgende Abschwächung der Idealisierung der ödipalen Mutter beinhalten würde. Der männliche Hysteriker kann aber wegen der sistierenden frühen Mutterkonflikte und der mangelnden Abgegrenztheit die *abwehrbedingte* Idealisierung der ödipalen Mutter und den forcierten ödipalisierten Umgang mit ihr (als Don Juan) nicht aufgeben – es ist seine Art, sich agierend abzugrenzen und die Mutter zu kontrollieren und unschädlich zu machen. Deshalb ist ein einfacher Verzicht auf die erotisierte Mutterbeziehung und eine daraus folgende Anerkennung des ödipalen Vaters als rechtmäßigen Partner der Mutter – eine Entwicklung, wie sie die klassische Psychoanalyse als notwendigen inneren Weg zur Überwindung des Ödipuskomplexes versteht – für ihn keine „gangbare“ Lösung.

Je bedrohlicher und verwickelter der männliche Hysteriker die Mutterbeziehung auf der frühen Ebene erlebt hat, desto destabilisierender werden sich Gefühle von Abhängigkeit, ohnmächtiger Wut, Hass und Schuld auf die Funktionsfähigkeit seines Selbst auswirken, und umso notwendiger bleibt die Abspaltung dieser Formen des bedrängten frühen Selbsterlebens. Dem immer wieder von Fragmentierung und von Durchbrüchen des Abgewehrten bedrohten Selbst kann der hysterische Mann jedoch mit einem weiteren Abwehrschritt Phantasien von aggressiver Überlegenheit entgegensetzen: In der Identifikation mit dem sadistisch-aggressiven Vaterbild kann er sich nun endlich den Müttern überlegen fühlen: Frauen sind unwert und schlecht und machen Männern das Leben schwer!

Psychodynamisch bietet sich die Erklärung, dass unter der Identifikation mit dem Vater als Aggressor die Enttäuschung über den frühen Vater verleugnet werden kann und an-



dererseits die auf das Selbst gerichtete, gefürchtete Aggression des ödipalen Vaters auf die Mutter verschoben wird. Über die Identifikation mit der phantasmatischen Figur eines machtvoll-aggressiven Vaters, der jederzeit über die (nun abgewerteten) Frauen zu triumphieren in der Lage scheint, und in der identifikatorischen Aneignung seiner Potenz hat der Hysteriker wohl nun selbst auch endlich Macht über die bedrohlichen Aspekte der Frau und Mutter bekommen. Damit ist nun auch endlich wieder eine positive Verbindung zur väterlichen Sphäre hergestellt! Es ist allerdings der *sadistische Aspekt des ödipalen Vaterbildes*, mit dem der männliche Hysteriker sich identifiziert, nicht der väterliche Aspekt des „Gesetzgebers und Lehrers“, wie ihn Loch (1974) ausgeführt hat.

Der männliche Hysteriker kann also mithilfe der Identifikation mit dem sadistischen Vater nicht nur, wie es Freud für die gelungene Überwindung des Ödipuskomplexes beschrieb, sein Begehren nach der ödipalen Mutter zügeln, sondern er muss damit vor allem die Sehnsucht nach und die Angst vor der frühen Mutter kontrollieren. Das bedrohliche Mütterliche der frühen Zeit wird nun als das Schwache, Kastrierte, Verrückte abgewertet, obwohl das Weibliche auf der ödipal-erotischen Ebene weiterhin idealisiert wird. Die ursprünglich frustrierte frühe Vatersehnsucht des Sohnes wird nun heimlich auf der Ebene der sadistischen Männerkumpaneie erfüllt. Man kann auch sagen, dass ein sadistisches, archaisches Vaterbild introjiziert wird und an die Stelle des früh-triangularen Vaterintrojekts tritt. Die Unterwerfung unter den sadistisch-strafenden Vater wird für den hysterischen Mann also nicht allein durch das Inzestverbot erzwungen, sondern ist im Gegenteil vor allem von der Notwendigkeit diktiert, einen Schutz gegen die übermächtige Nähe der Mutter zu finden, mit der er sowohl auf der frühen als auch auf der erotisierten Ebene bedrohlich verwickelt ist.<sup>15</sup>

Beide Geschlechter finden so schließlich im Rahmen ihrer jeweiligen Abwehrformation in der *Idealisierung des ödipalen Vaters* einen phantasmatischen *Ersatz* für die ursprüngliche Mangelbefahrung eines fehlenden frühen Vaters, auch wenn dies mit unterschiedlicher inhaltlicher Akzentuierung und beim Mann über wesentlich kompliziertere Wege und auf unterschiedlichen Schichten der Abwehrformation geschieht.

Mit den von mir geschilderten Abwehrschichtungen erschafft sich der weibliche wie der männliche Hysteriker eine vielschichtige Selbst-Container-Abwehr-Phantasie, den „pseudoödipalen Mythos“, mit dessen Hilfe innere idealisierende Bilder einer scheinbar normalen Urszene errichtet werden: Der gegengeschlechtliche Elternteil ist begehrenswert und ideal gut, aber wegen der Rivalität mit dem gleichgeschlechtlichen leider nicht zu haben, während in Wirklichkeit das Gegenteil zutrifft: Der ödipale Elternteil ist kindheitsgeschichtlich quasi „zu haben“ gewesen, aber er war enttäuschend, oder er ist grenzüberschreitend viel zu nahegekommen. Die frühe Mutter gilt beiden Geschlechtern eigentlich als bedrohlich, der ödipale Vater wird unbewusst für eine Allianz gegen sie gesucht. Eine solche Selbst-Container-Phantasie ist ein nach innen und außen fungierender phantasierter Schutzschild, der die erlittenen Traumata tilgen und erlebten Mängel phantasmatisch korrigieren soll.

Mein Modell für die männliche Hysterie ist in den Grundgedanken dasselbe wie für die weibliche. Die dort beschriebenen übrigen Abwehrbewegungen schließen sich analog

an. Durch die unterschiedliche Geschlechtssituation ergibt sich aber für den männlichen Hysteriker, wenn er vorzeitig das ödipale Beziehungsmuster zur Lösung seines Separationskonfliktes gebraucht, eine viel direktere Konfrontation mit dem bedrohlichen frühen Objekt, die nicht gesichert ist durch die trianguläre Anwesenheit einer dritten Person. So ist die hysterische Lösung bereits in ihrem Ansatz für den Mann immer eine schwierigere und bedrohlichere Lösung als für die Frau.

## Zur Funktion der Körpersymptome bei der Hysterie

Seit Freud wurden viele Erklärungsmodelle über die Bedeutung der Konversion erarbeitet, deren theoretische und klinische Bedeutung unbestritten ist. Dennoch konnte die Frage, warum gerade die Hysterie sich solcher körperlichen Symptome bedient, und umgekehrt, welche Funktion Konversionssymptome im Rahmen des hysterischen neurotischen Geschehens haben, nicht befriedigend beantwortet werden. Ich kann hier nicht die schwierige theoretische Diskussion um die Abgrenzung von Konversionssymptomen und funktionellen körperlichen Symptomen darstellen. Insgesamt schließe ich mich Rangells (1969) Definition an, dass „von eigentlicher Konversion erst gesprochen werden kann, wenn es zu einer Regression, einer Entstellung, einer sekundären Rückkehr zum Soma von einer vorher versuchten oder phantasierten ‚psychischen‘ Lösung gekommen ist“. Über die Frage, welche funktionelle, d. h. interaktionelle Bedeutung das Körpersymptom für den Hysteriker hat, erschließt sich mir durch die Anwendung meines Konzepts von Separation und früher Triangulation ein neues Verständnis der Konversion: Durch die Vergrößerungslupe der analytischen Arbeit betrachtet, fällt auf, dass Konversionssymptome in bestimmten Beziehungssituationen häufiger auftreten als in anderen. Es sind dies meist Situationen, in denen die Nähe zum Objekt bedrohlich wird oder sich das Subjekt hilflos dem Objekt ausgeliefert fühlt.

So unangenehm ein körperliches Symptom in dieser Situation für den Patienten sein mag, so ist es ihm doch auf paradoxe Weise nützlich: Es lenkt die Aufmerksamkeit des Patienten und des Analytikers ab von der Innenwelt des eigenen Erlebens und von der als bedrohlich erlebten inneren Welt des Analytikers hin zum Körper. Dies scheint besonders dann zu geschehen, wenn der Analytiker wegen einer sich intensivierenden Übertragung nicht mehr genügend in seiner triangulären Funktion des analytischen Verstehens wahrgenommen werden kann oder wenn er diese Funktion zeitweise nicht genügend ausüben kann.

Körpergefühle können z. B. angesichts von Fragmentierungsängsten dazu dienen, dass sich der Patient seiner Intaktheit versichert, dass er sich spürt und als noch vorhanden erlebt. Sie können jederzeit zwar unbewusst, aber doch unbeeinflusst von außen manipuliert werden, da es sich um Einpersonengefühle handelt. Interaktive Gefühle, also Gefühlserleben, das aus den Objektbeziehungen des Hysterikers stammt, sind wesentlich bedrohlicher und machen ihn wesentlich hilfloser als solche, die aus seinem eigenen Körper kommen. Insofern kann der Hysteriker mit dem Gebrauch des Körpers auch seine Unabhängigkeit von realen Personen und paradoxerweise auch eine Unverletzbarkeit gegenüber gefühlsmäßig verletzenden Erfahrungen demonstrieren.

Ein realer Dritter und dessen Hilfe ist nicht immer dann verfügbar, wenn man ihn dringend braucht. Der Körper ist immer vorhanden. Mit seiner Hilfe versichert sich der Hysteriker einer verzweifelten körperlichen Handlungsfähigkeit, die ihn wegführt aus dem bedrohlichen Erleben von Hilflosigkeit in der Beziehung. Der Körper hat nun für ihn eine triangulierende Funktion übernommen. Zur Verdeutlichung der triangulären Funktion eines Konversionssymptoms hier die folgende klinische Vignette:

Die Patientin, die 4- bis 5-jährig vermutlich mehrere Erlebnisse in einem versteckten Gartenhäuschen hatte, bei denen sie ihren Vater masturbieren sollte, machte sich gegen Ende ihrer Analyse vor einer Stunde Gedanken, was sie von ihrem Vater und diesen Geschehnissen denken soll. Sie kommt zu dem Schluss: „So etwas darf man doch nicht denken, wenn man keine objektiven Beweise hat.“ Als ich sie frage, was es für sie bedeute, sich möglicherweise ohne objektive Beweise doch klarzumachen, dass ihr auch etwas angetan wurde, sagt sie: „Das ist, wie wenn man eine heilige Kuh schlachtet.“ Sie ist überrascht über das Bild, das ihr einfällt, aber versteht relativ schnell, dass sie sich bisher immer wieder dagegen gewehrt hat, sich das ganze Ausmaß ihrer Enttäuschung an ihrem Vater einzugestehen, weil sie ihn so dringend für ihre psychische Stabilität brauchte (ihre Mutter war eine Borderline-Persönlichkeit mit psychotischen Episoden). Während sie spricht, verkrampft sie sich mehr und mehr, und schließlich sagt sie, sie habe jetzt plötzlich rasende Kopfschmerzen. Obwohl die Inhalte ihrer Überlegungen dramatisch genug sind, beschließe ich doch, sie darauf anzusprechen, dass das Kopfweh möglicherweise sie und mich ablenke von etwas, was jetzt zwischen uns sei. Sie sagt: „Während ich gesprochen habe und die Augen zu hatte, hatte ich das Gefühl, dass Sie nahe da sind. Ich hatte Angst vor dem Thema und gedacht, für Sie müsste das alles doch ermüdend, abstoßend, langweilig sein. Wie machen Sie das, immer wieder das Gleiche mit mir durchzuüberlegen, wird es Ihnen nicht bald zu blöd? Andererseits habe ich mich Ihnen sehr nahe gefühlt, ich liege hier, habe Angst und weiß nicht, ob ich weitermachen soll, ob ich diese Kuh jetzt schlachten soll. Sie waren aber hinter mir und haben mich aufgefangen durch das, was Sie sagten. Nein, vielleicht nicht so sehr, was Sie sagten, sondern dass Sie das wieder und wieder mit mir überlegen. Vielleicht kann ich mir gar nicht eingestehen, wie groß meine Sehnsucht ist, aufgefangen zu werden.“ Der Kopfschmerz lässt an dieser Stelle nach. Aber erst als sie mir sagen kann, dass sie Angst hat, dass sie dann, wenn sie ihren Vater innerlich aufgibt, ganz auf mich angewiesen sein wird, und dass sie noch mehr Angst hat, möglicherweise ins Bodenlose zu fallen, wenn ich sie nicht auffange, verschwindet der Kopfschmerz ganz.

Ich stelle hier ein Beispiel mit spontan auftretenden Kopfschmerzen dar, es wären viele ähnliche Szenen mit heftigem spontanem Harndrang, Übelkeit oder einem Herzanfall mitten in der Stunde hinzuzufügen.

Natürlich sind Körpersymptome immer mehrfach determiniert, und ihr Inhalt muss sorgfältig auf den verschiedenen Ebenen analysiert werden. Sie sind jedoch oft erstaunlich schnell durch Deutung auflösbar, wenn ihre trianguläre Funktion angesprochen und verstanden wird. Teilweise ist auffällig, dass Patienten zunächst trianguläre Konstellationen mit realen Personen oder in der Phantasie herzustellen versuchen und dass ein Scheitern dieses abwehrenden triangulären Agierens dann ein Konversionssymptom nach sich zieht.

Deshalb vermute ich, dass Konversionssymptome dort auftauchen, wo höher organisierte psychische Triangulierungsformen zusammenbrechen. Der Körper ist für den Hysteriker immer ein Medium, über das er alleine verfügt und das er im Notfall als einen Ersatz für das frühe dritte Objekt zwischen sich und den anderen (Analytiker) schieben kann.

## Unterschiedliche Funktion der Körpersymptome bei Hysterie und Hypochondrie

Konversionssymptome als aktuelle, revidierbare Veränderungen des Körper selbst und der Körperwahrnehmungen treten vor allem bei der Hysterie auf, sie können jedoch auch im Rahmen einer Hypochondrie auftreten, wie die typische Herzangst-Symptomatik – besser: „Herz-Hypochondrie“ nach Bräutigam (1956) – zeigt. Der Unterschied ist in Bezug auf den Gebrauch von Angst zu erkennen. Die *Hypochondrie* (vgl. Rupprecht-Schampera, 2003a) verwendet alltägliche funktionelle körperliche Abweichungen oder Konversionssymptome, um daraus intensiv emotional aufgeladene Phantasien über eine latente Todesbedrohung zu entwickeln, mit denen eine expansive Bewegung(!) jäh unterbrochen wird und mit deren Hilfe tendenziell eine masochistische Unterwerfung unter das Objekt, phänomenologisch zunächst jedenfalls eine Anklammerung an das Objekt stattfindet. Der *Hypochonder* verknüpft also typischerweise die funktionelle Störung mit angstvollen Phantasien über Krankheit und Tod, während der Hysteriker die Funktionsstörung nicht zur Anklammerung, sondern (manchmal sogar triumphierend) zur Ablenkung, zur Verwirrung und als Bollwerk zwischen sich und dem Anderen nutzt. Der *Hysteriker* zeigt darüber keine Angst, im Gegenteil, der Analytiker sieht sich beim hysterischen Körpersymptom oft mit einer „belle indifférence“ konfrontiert!

Man kann zwar sagen, dass beide, Hysteriker und Hypochonder, ihren Körper symbolisch an die Stelle des fehlenden personalen Dritten (des Vaters) setzen. Der Hysteriker führt den Körper jedoch zur Distanzierung und „triumphierend“ ein, worin die Idealisierung des Vaters aufscheint, während der Hypochonder den Körper als bedroht und tödlich geschwächt beklagt, sich an den Analytiker anklammert und damit tendenziell das Dreieck „zusammenfallen lässt“. Dies passt ganz allgemein zu der Angststörung als einer Störung, die die Dyade idealisiert und den Dritten ausschließt bzw. das Dritte, auch die ganze Welt, als bedrohlich definiert. Der „hilfreiche Dritte“ erscheint in der pseudodyadischen Lösung der Angststörung als geschwächt und beschädigt. Wenn aber bei Patienten mit aktuellen Schmerzsymptomen oder aktuellen Funktionsstörungen Angst *keine* wichtige Rolle spielt, sondern über das Körpersymptom vorwiegend Ärger, Ohnmacht oder Verwirrung hervorgerufen wird, dann handelt es sich vermutlich nicht um eine Hypochondrie, sondern um eine Konversionshysterie.

## Zurück zum Stundenprotokoll vom Anfang

Das Stundenprotokoll soll nun doch noch komplettiert werden. Ich füge es meiner theoretisch gehaltenen Arbeit vor allem deshalb an, weil ich in diesem Artikel nur wenig über die Behandlungstechnik sagen konnte, wie sie sich aus meinem Verständnis der Hysterie ergibt. Ich denke, dass dieses Stundenbeispiel aber recht deutlich zeigen kann, wie sich

das Theoriemodell auf meine Interventionsentscheidungen und auf die Formulierung meiner Deutungen auswirkt. Darüber hinaus ist auch gut erkennbar, wie mein Verständnis, dass dieses (pseudo-)ödpale Material eine hysterische Abwehr darstellen muss, bei mir Suchbewegungen nach möglicherweise Abgewehrtem auslöst. Die Deutung der dann gefundenen Zusammenhänge befördert schließlich in mir (!) und dann auch bei der Patientin neues Material an die Bewusstseinsoberfläche, das zuvor abgespalten war. Es handelt sich, wie schon gesagt, um eine 45-jährige Patientin und um eine Donnerstags-Stunde:

Patientin: Heute Nacht habe ich geträumt von einem Mann, mit dem ich schon lange keinen Kontakt mehr hatte. Ich weiß gar nicht, wieso der jetzt aufgetaucht ist.

**Traum:** Ich habe versucht, ihm näherzukommen. Das habe ich auch in der Realität versucht, da ist es aber nichts geworden. Im Traum ist es mir gelungen. Aber dadurch, dass ich sagte, wir sollten das spielerisch angehen. Wir müssen einfach mal sehen, was geht, vielleicht könnten wir einzelne Stunden zusammen sein? Oder auch etwas mehr. Er hat etwas amüsiert reagiert: Einzelne Stunden? Er hat das so stehen lassen, aber auch nicht abgewehrt.

Der hat mal eine ganz merkwürdige Rolle in meinem Leben gespielt. Ich weiß gar nicht, warum der auftaucht. Der hieß Michael. Mir geht's gerade nicht so gut, ich frage mich, was der damit zu tun hat?

Damals ging's mir auch nicht gut, ich hatte mich von meinem Freund getrennt, ging aber immer noch in unser Stammlokal. Und dort war dieser Michael. Ich war zusammen mit meiner Freundin Renate, und ich sagte ihr, dass der mir gefällt. Renate hat dann alle Register gezogen, um ihn auf sich aufmerksam zu machen. Die beiden haben mich gar nicht mehr beachtet. Ich bin abgehauen. Statt aufs Klo zu gehen, bin ich nach Hause gegangen und hab das Telefon nicht mehr abgenommen. Am nächsten Tag bekam ich einen wütenden Anruf von ihr, ich hätte sie sitzen lassen mit ihm. Sie hätten mich gesucht. Ich sagte, wieso, du wolltest den doch? Und: Habt ihr nicht miteinander geschlafen? Sie: Nein, nein! Später hat dieser Michael mich mal abgepasst und mich gefragt, wieso ich ihn denn mit der alleine gelassen hätte? Danach hatte ich den Eindruck, er ist doch hinter mir her, er hat mich etwas ausspioniert, wann ich komme und gehe. Es war so eine Art Umschleichung. Irgendwann habe ich herausgefunden, dass er verheiratet ist. So ist es mir öfter gegangen mit Männern, mal hat mich einer zu einem Eishockeyspiel eingeladen, aber als wir dort waren, hat er mich angeguckt wie eine Eule auf der Stange.

Und ich bin nicht aktiv geworden, das habe ich mich nicht getraut. Es war schon oft so, dass ich von Männern etwas wollte, aber mich nicht getraut habe, mich zu „outen“. Einer hat mal gesagt, er hätte in gewisser Weise Angst vor mir. Aber damals war ich sehr unsicher, es musste immer jemand neben mir sein. Ich war froh, als ich endlich meinen zweiten Mann kennengelernt habe.

Mit dem Alex B. war ich davor haargenau in die gleiche Situation gekommen, das war mein Abteilungsleiter, der hat sich verführerisch verhalten, extrem sogar! Ich bin darauf eingestiegen, schließlich hat er mich auch in seine Zweitwohnung eingeladen, da hatte er sich so eine Art Liebesnest geschaffen. Er hat mich umarmt und angeschnitten,

aber dann geschah nichts. Es ging auch im Betrieb hin und her, und dann zog er sich wieder zurück. Ich war verliebt, schrieb ihm einen vorwurfsvollen Brief, und irgendwie hat es die Chefin mitbekommen. Anscheinend wurde ihm die Sache zu heiß, denn dann sagte er mir, seine Ex-Frau hätte eine lebensbedrohliche Krankheit, jetzt sei er wieder mit ihr zusammen! Und weg war er! Ich war so abhängig von dem. Er hat es dann doch auf seine Kappe genommen und mit der Chefin gesprochen. Die Chefin sagte mir, ich soll mir klarmachen, der ist ein Schürzenjäger. Ich soll mich nicht weiter verletzen lassen von ihm. Ich habe mir aber gedacht, wenn er ein Schürzenjäger ist, warum jagt er dann nicht meine Schürze? (*Sie spricht jetzt sehr erregt*) Er nimmt mich in den Arm, streichelt mich und lässt mich dann abrupt stehen. Habe ich Lepra oder was? Wieso erzähle ich das alles?

Analytikerin: Ihnen fallen heute gleich mehrere Geschichten ein, in denen Sie etwas von einem Mann wollten, aber nicht zum Ziel gekommen sind. Gestern ging es in einem anderen **Traum** darum, dass Sie sich in mein Zimmer hineingetraut haben, dass Sie etwas von mir wollten, aber gar nicht sicher waren, *ob es mit uns gut geht?*

Patientin: Wenn ich mein Begehren raus halte aus Männerbeziehungen, dann interessieren sich Männer für mich. Aber wenn mein Begehren reinkommt, dann kriegen die Männer Angst vor mir, und dann klappt es nicht mehr. Was ist an mir so falsch oder so komisch, dass die Männer mich dann nicht mehr wollen? Mit dem Alex dachte ich zuerst, ich bin nicht attraktiv genug. Aber das kann nicht stimmen. Ich glaube, ich bin nicht forsch genug. Ich habe das Begehren, aber das Begehren kann ich nicht ausreichend artikulieren. Vielleicht kommt aber auch ein Druck von mir rüber, und weil ich mich nicht wirklich annähern kann, muss es der Mann machen?

Analytikerin: Vielleicht hat der Mann, der auf eine Affäre aus war, noch etwas anderes gespürt – dass Sie ziemlich bedürftig waren und dass es schwierig sein würde, sich wieder zu entfernen?

Patientin: Natürlich. Ganz klar, ich hatte eine sehr große Bedürftigkeit. Ja, das wäre schwierig für ihn gewesen, sich wieder zu entfernen. Ich war ja auch in der Firma.

Analytikerin: Sie haben sich vorher gefragt, warum Ihnen heute unglückliche Beispiele einfallen, und das ausgerechnet, nachdem Sie im **Traum** von heute Nacht doch ganz erfolgreich waren bei dem Mann! Jetzt wird deutlicher, dass es unter dem erotischen Begehren noch um etwas Schmerzhaftes geht: Wir wissen schon seit einiger Zeit, dass Sie denken, wenn Sie bedürftig sind, dann sind Sie abstoßend. Vielleicht trifft das nicht nur auf Männer zu: Sie sagten neulich, ich halte Sie wohl für nervig und Sie seien mir wahrscheinlich viel zu schwierig.

Patientin: Mhm ... (*schweigt lange*)

(*Erst jetzt (!) fällt mir plötzlich ein, in welcher besonderen Stunde wir uns heute befinden!*)

Analytikerin: Vielleicht gibt es noch einen anderen Grund, warum Ihnen diese Männergeschichten genau heute einfallen. Heute ist Donnerstag, dann kommt das Wochenende, dann kommt nur noch eine Stunde am Montag und dann bin ich weg, in den Ferien. Ziemlich lange. Da kann man gar nicht so leicht draufkommen, wenn wir Ihre Männergeschichten anschauen und uns darauf konzentrieren! Immerhin, der Mann im Traum wollte Sie haben! ... Vielleicht haben Sie das Gefühl, ich will Sie im Moment gar nicht mehr haben?

(*Patientin schweigt*)

Patientin: Ja, ich weiß, das stimmt! Jetzt kommt noch eine Stunde und dann die Pause.

Analytikerin: Wir haben auch verabredet, dass Sie nach den Ferien viermal in jeder Woche kommen.

Patientin: O je! ... (*stöhnt*) ... Die vier Stunden! Da bin ich noch vielmehr ausgeliefert! Noch abhängiger. Dann wird das noch schlimmer. Vielleicht ist es jetzt schon so, dass ich es spüre, ... dass jetzt eine lange Lücke kommen wird. Und dann stellt sich die Frage, wie fülle ich die Lücke aus? Das hat mir sehr geholfen, dass ich hier über meine Katze sprechen konnte. Und was das alles für mich bedeutet. (Ihre Katze ist vor wenigen Wochen gestorben, sie war sehr verzweifelt.) So hab ich das bisher erstmal relativ gut ausgehalten, sonst wäre ich in ein tiefes Loch gefallen. Jetzt merke ich, wie ich die Angst schon wieder auf den Hund richte, hoffentlich lebt er noch eine Weile!

(*Sie schweigt lange*)

Analytikerin: Entsteht jetzt hier so ein Loch zwischen uns?

Patientin: Ja!

Analytikerin: Sie spüren das Loch jetzt, weil diesmal ich weggehe! Diesmal ist es vielleicht sogar doppelt schwierig: erst das Wochenende, dann nur noch eine Stunde und dann die Ferien?

Patientin: Ach nein, eine Stunde ist besser als gar keine.

(*Sie schweigt*)

Oh, im Moment ist es mir plötzlich ganz unangenehm ... es ist sehr unbequem, hier zu liegen. Es tut mir was weh.

Analytikerin: Wo tut's Ihnen denn weh?

Patientin: Ach, da ... am Rücken.

Analytikerin: Sie sagten gerade, eine Stunde sei besser als gar keine. Aber dann bekommen Sie plötzlich einen Schmerz, hinten, am Rücken! ... Vielleicht denken Sie, es ist *hinterlistig* von mir, Sie noch zu einer Stunde kommen zu lassen, und dann zu verschwinden?

Patientin: Hm ... kann schon sein! Das gibt so ein trauriges Gefühl. Aber Ärger spüre ich nicht ... na, vielleicht ein bisschen. Aber die Leere macht mir Angst.

*Es ist Zeit, die Stunde zu beenden, wir verabschieden uns.*

*Erst nach der Stunde fällt mir auf, dass sie mit ihrem Traum schon zu Beginn der Stunde (!) eigentlich vorgeschlagen hatte, dass man die Sache (zwischen uns) doch lieber nicht so ernst nehmen sollte, sondern sie spielerisch angehen und nur einzelne Stunden zusammen sein könnte...!*

Was meine Interventionen anbelangt, so ist zu erkennen, dass ich offenbar während ihres langen Monologs beginne, mir zu überlegen, was die akute Übertragungssituation zwischen der Patientin und mir sein könnte, erst dann steigt die letzte Stunde mit dem dort erzählten Traum in mir auf und nun werde ich erstmals inhaltlich fündig: In diesem Traum ging es um ihre Annäherung an mich und um ihre Angst, dies könne vielleicht nicht gut gehen. Zu dieser Erkenntnis gesellt sich in mir etwas später die Erinnerung an den bereits erarbeiteten Zusammenhang: Wenn sie bedürftig ist, fürchtet die Patientin, abgelehnt zu werden. Aber erst als die Patientin diesen Zusammenhang in meiner Deutung nicht zurückweist und darüber länger schweigt, kann in mir wieder das Wissen um die besondere Realität dieser Stunde aufsteigen, das bis dahin abgespalten geblieben war: Es ist eine vorletzte Stunde, nach der noch eine ungewöhnliche einzelne Stunde und danach die Ferien kommen werden. Von dort ist es für mich nicht mehr schwierig, mir vorzustellen, welche Ängste die Patientin abwehrt: Die lange Ferientrennung empfindet sie vermutlich nicht nur als Weggehen, sondern als Abweisung, die ungewöhnliche ein-

zelne Stunde nach der Wochenendunterbrechung und vor den Ferien wirkt (vor ihrem familiären Erfahrungshintergrund) wie eine besonders sadistische Zumutung, und der Frequenzwechsel droht eine gesteigerte Form der Abhängigkeit zu werden. Die Patientin kann die dann gegebene Deutung annehmen, kommt dadurch aber mehr in Kontakt mit Depression, Leere und Verzweiflung und zieht sich zurück. Mit meinem aktiven Aufgreifen ihres Schweigens lasse ich allerdings nicht zu, dass sie komplett abdriftet. Sie bestätigt, was einerseits eine Wiederholung eines traumatischen Erlebens mit ihrem Primärobjekt darstellt, andererseits aber auch ihren Rückzug markiert, versucht dann zwar noch eine Verleugnung ihrer Affekte („Eine Stunde ist besser als gar keine!“), die aber nicht ausreicht, dass sie die massiven negativen Übertragungsgefühle in den Griff bekommen könnte, und muss deshalb Zuflucht zu einem Körpersymptom nehmen, dem Konversionssymptom des Rückenschmerzes. Ich verstehe dieses Körpersymptom als Ausdruck einer für sie bedrohlich intensiv empfundenen Beziehungssituation mit mir und deute diese dann direkt: Sie fühlt sich von mir doch hintergangen oder „in den Rücken getreten“. Erst als ich diesen Zusammenhang ausgesprochen und damit anerkannt habe, kann sie über ihre Wut, ihre Trauer und ihre Verzweiflung sprechen. Faszinierend ist, was ich erst im Nachhinein erkenne: dass bereits im Traum, der zunächst als ödipal gefärbtes Material imponiert, die Übertragungssituation und die Problematik der ihr willkürlich erscheinenden einzelnen Stunde enthalten ist, allerdings in einer Wendung von Passiv zu Aktiv:

Ich habe versucht, ihm näherzukommen. Das habe ich auch in der Realität versucht, da ist es aber nichts geworden. Im Traum ist es mir gelungen. Aber dadurch, dass ich sagte, wir sollten das spielerisch angehen. Wir müssen einfach mal sehen, was geht, vielleicht könnten wir einzelne Stunden zusammen sein? Oder auch etwas mehr. Er hat etwas amüsiert reagiert: Einzelne Stunden? Er hat das so stehen lassen, aber auch nicht abgewehrt.

Auf der Objektebene sagt der manifeste Traum: „Mit Männern ist es einfacher als mit Ihnen (einer Mutter, die mich abweist und alleine lässt). Jetzt würde ich mir auch zutrauen, mit Männern spielerisch zu sein, man trifft sich, und es kann wenigstens amüsant werden! Auf der Subjektebene und in der Mutter-Übertragungsperspektive gelesen kann der gleiche Traum aber auch heißen:

Ich habe versucht, (*Ihnen*) näherzukommen. Das habe ich auch in der Realität versucht, da ist es aber nichts geworden. Im Traum ist es mir gelungen. Aber dadurch, dass ich sagte, wir (*Sie und ich*) sollten das spielerisch angehen. Wir müssen einfach mal sehen, was geht, vielleicht könnten wir einzelne Stunden zusammen sein? Oder auch etwas mehr (*4 Stunden?*). (*Ich möchte lieber*) amüsiert *reagieren*: Einzelne Stunden? (*Was ich aber immer noch fürchte, ist, Sie lassen mich stehen und weisen mich wieder ab!*)



## Zusammenfassung meines Hysteriemodells

1. Die Ödipalität ist bei der Hysterie nicht deswegen so auffällig, weil es sich bei ihr um eine einfache Fixierung in der Entwicklungsphase des normalen Ödipuskomplexes handelt, sondern um eine *Fixierung an den progressiven sexualisierten positiv-ödipalen Lösungsversuch*, für den die ödipalen Interaktions-Formen gebraucht werden. Das ödipale Dreieck soll das frühe Dreieck reparieren.
2. Mithilfe der geschilderten Abwehrschichtungen von Verleugnung, Verdrängung und ödipalem Agieren erschafft sich der weibliche wie der männliche Hysteriker durch trianguläres Agieren eine *pseudoseparierte Identität*, die ihn wie eine im normalen Ödipus „fixierte“ Person erscheinen lässt, in Wirklichkeit hat er aber die ödipale Entwicklungsstufe gar nicht erreicht. Über den manipulativen Gebrauch von Personen oder Körpersymptomen (vgl. Rupprecht-Schampera, 1997a), die als Drittes in eine als bedrohlich erlebte Beziehungssituation eingeführt werden, entsteht eine *agierte Scheinseparation*, die allerdings geeignet ist, den zugrunde liegenden Zustand der Ungetrenntheit und das psychische Funktionieren auf der Basis von Teilobjektbeziehungen nach außen hin zu verschleiern.
3. Die Funktion der Phantasie ist bei der Hysterie wie bei jeder Neurosenentstehung zentral. Es handelt sich jedoch nicht um normale ödipale Wunscherfüllungsphantasien, die da agiert werden. Agiert werden die Elemente eines pseudoödipalen Abwehrmythos, der nach innen und außen die Illusion normaler familiärer ödipaler Verhältnisse mit einem intakten Urszenen-Paar vorspielen soll, wo sie auf dramatische Weise genau so nicht vorlagen.
4. Hysterie ist eine Strategie unter vielen möglichen anderen, mit der unter schwierigen Bedingungen doch noch eine agierte Separation vom Objekt erreicht werden soll. Sie kann deswegen auch nach Fairbairn als eine spezifische „*Abwehrtechnik*“ verstanden werden. Andere Abwehrtechniken, z. B. die phobische, die paranoide oder die zwanghafte, verwenden inhaltlich andere Strategien: Während z. B. die phobische Abwehrtechnik der inhaltlichen Gestaltung nach durch die Anklammerung an das Primärobjekt (oder an sein Substitut) und den *ausschließenden Umgang mit dem Dritten* (und der Welt) eine regressive Technik ist, stellt die hysterische Abwehrtechnik eine progressive Abwehrform dar, da sie eine scheinbar „reifere“ Objektverwendung, nämlich die der *Einbindung des Dritten*, vorspielt. Da es sich aber um eine Flucht zum Dritten handelt, sollte dieser Abwehrstil nicht verwechselt werden mit echter psychischer Progression und einem reifen triangulären Funktionsniveau.
5. Jede neurotische Abwehrtechnik kann auf ganz *unterschiedlichen strukturellen Niveaus* funktionieren. Es gibt deshalb Hysterien auf neurotischem, auf Borderline- und auch auf psychotischem Funktionsniveau. Die Unterschiede von Borderline- und neurotischer Hysterie und Fragen der differentialdiagnostischen Abgrenzung habe ich an anderer Stelle ausführlicher diskutiert (Rupprecht-Schampera, 2003b). Umgekehrt heißt dies, dass Hysterien nicht automatisch auf einem *neurotischen* Funktionsniveau angesiedelt sind.

6. Im Rahmen von Familiendynamiken mit sexualisierten Umgangs- und Abwehrformen können spezifische sexuelle Traumata geschehen, es muss aber nicht dazu kommen. *Nicht jeder Hysteriker hat also auch eine manifeste sexuelle Verführung erlebt.* Umgekehrt führt eine sexuelle Traumatisierung (innerhalb oder außerhalb der Familie) nicht automatisch zu einer hysterischen Neurose, aber möglicherweise zu einer anderen erheblichen Form der Störung. Wo aber eine hysterische Abwehrstrategie, die durch positiv-ödpale Sexualisierung charakterisiert ist, zusätzlich durch eine sexuelle Traumatisierung kompliziert wird, entwickelt sich häufig eine klinisch auffällige Form der Hysterie, oft auch mit einer *malignen* Ausprägung und mit den strukturellen Merkmalen einer Borderline-Störung.
7. *Die nosologische Kategorie „Hysterie“* hat als gemeinsamen Nenner die Abwehrtechnik: die forcierte Suche nach Separation, das hysterische trianguläre Agieren auf der Basis von positiv-ödpaler Erotisierung, die Konversionssymptome und aufseiten des Gegenübers die typische Gegenübertragungsreaktion des sogenannten „Hysteriegefühls“ (Haas, 1987). Eine nosologische Kategorie umfasst alle klinischen Ausprägungen einer Störungsform, auch diejenigen, die durch die verschiedenen Strukturniveaus oder die unterschiedliche Geschlechtssituation bedingt sind.

## Fußnoten

- 1 Diese Notwendigkeit väterlicher Triangulation für die frühe Mutter-Kind-Beziehung ist im Konzept der sogenannten frühen Triangulierung erstmals durch Abelin (1971 und 1975) und Rotmann (1978 und 1981) ausgearbeitet worden, sie betonen allerdings, dass das Kind zunächst in einer symbiotischen Abhängigkeit von der Mutter steht und der Erwerb des triangulären psychischen Funktionierens erst über die Erfahrung der triangulären Funktion des Vaters gelingt. Ich habe dies in meiner ersten Arbeit zur Hysterie (dt. 1997a) kritisch diskutiert.
- 2 Beispiele von Mutter-Kind-Konflikten aus der frühen Kindheitsgeschichte einiger meiner hysterischen Patienten sind: Frühgeburt, monatelanger Aufenthalt im Brutkasten, generelles Unerwünschtsein, Abgelehntwerden aufgrund des Geschlechts, schwere Depressivität der Mutter in der Neugeborenenphase, Geborenwerden als Folge einer nicht geglückten Abtreibung, Gebrauchtwerden als narzisstische Ich-Erweiterung der Mutter und das Dominiertwerden durch eine intrusive Mutter usw. So unterschiedlich die Bedingungen, so hatten diese Patienten doch alle eine gemeinsame Schwierigkeit: Wie sollten sie die Entwicklungsaufgabe der Selbstwerdung und Abgrenzung von der Mutter „schaffen“ angesichts dieser besonderen Belastungen. („Separation-Individuation“, ein Begriff von Margaret Mahler 1975)
- 3 Ich gehe in dieser Arbeit tatsächlich nicht so ausführlich auf angetroffene Varianten der frühen Mutter-Kind-Beziehung bei Hysterikern ein, obwohl diese bei einer in meinem Sinn korrekten Durchführung der Abwehranalyse in der fortlaufenden Behandlung faktisch wieder einen großen Raum einnehmen können. Ich konzentriere mich hier auf das Verständnis der spezifischen hysterischen Abwehrynamik, die sich gegen das Auftauchen der frühen Konfliktkonstellationen richtet.
- 4 Als Beispiele für die Väter meiner hysterischen Patienten fallen mir ein: Ein Vater war über mehrere Jahre in der Kindheit der Patientin beruflich im Ausland tätig. Vater und Mutter führten eine symbiotische Ehe „ohne Streit“. Ein Vater war durch die Mutter stark abgewertet und galt als Versager.

Ein Vater war im Krieg. Ein Vater war mit einer Zwangsneurose und starken psychosomatischen Beschwerden beschäftigt und teils zu Krankenhausaufenthalten und Kuren abwesend.

- 5 Das bekannteste Beziehungsagieren von hysterischen Männern ist das eines „Don Juan“, sexuelle Funktionsstörungen sind jedoch ebenfalls oft Ausdruck einer hysterischen Konfliktlage.
- 6 Dazu fallen mir verschiedene Patienten mit unterschiedlichen Erfahrungen ein: Der Vater einer hysterischen Patientin ohne spezifische sexuelle Traumatisierung galt ihr immer als eine Stütze, er ließ allerdings auch immer spüren, dass er mit ihr und nicht mit der Mutter bestimmte gefühlsmäßige Erlebensweisen und Gemeinsamkeiten habe, was die Schuldgefühle der Patientin über ihre ödipale Verwicklung stark intensivierte.  
Eine andere schwer gestörte hysterische Patientin, deren Mutter als ausagierende Hysterikerin mit Borderline-Struktur bezeichnet werden muss, die zeitweise psychotische Episoden hatte, empfand den Vater immer als ihre „Rettung“. Sie erinnerte sich zunächst an ihn nur als weichen, fürsorglichen, eher unmännlichen Mann, der für sie in vieler Hinsicht ein Mutterersatz war. Über lange Zeit in der Behandlung war ihr jedoch nicht bewusst, dass sie offenbar zwischen 4 und 5 Jahren mehrere Erlebnisse hatte, bei denen sie ihn in einem versteckten Gartenhäuschen masturbieren sollte, obwohl sie immer wieder verstörende Träume hatte, in denen diese Erlebnisse verschlüsselt auftauchten.
- 7 Eine meiner Patientinnen hatte, obwohl hochintelligent, über mehrere Versuche die Führerscheinprüfung nicht geschafft. Sie war über einfache Zusammenhänge verwirrt, verirrte sich mehrfach in der ihr an sich bekannten Stadt und war überzeugt, Auskünfte nicht selbst erfragen zu können. Sie wollte, seitdem sie 15 war, nicht älter werden, und sie versuchte über lange Zeit in der Analyse, jede eigene Entscheidung zu vermeiden.
- 8 Ich kann hier an zwei banalen Beispielen zeigen, was ich unter pseudosepariertem Funktionieren des Hysterikers verstehe: Eine Patientin lebt in einer Dreierkonstellation mit einem verheirateten Mann, eine andere Patientin unterhält ein geheimes Verhältnis mit einem katholischen Priester. Beide Frauen beuten damit eine scheinbar „normale“ ödipale Konstellation für ihre vielfältigen Abwehrbedürfnisse aus. Im bewussten Erleben liegt für sie eine gewisse Tragik darin, dass dieser Mann nicht ganz zu haben ist, seine Nichtverfügbarkeit ist aber in Wirklichkeit unbewusst genau eine Bedingung für die eigene relative psychische Stabilität. Der „Dritte“ (die Frau oder die Kirche) ist in der Phantasie ständig vorhanden, auf den „Dritten“ werden auch die verbietenden, die ernsten und bedrückenden Aspekte der Beziehung projiziert, während das geheime Tun in einem eingeschränkten, aber scheinbar verantwortungsfreien Raum stattfindet und teilweise fast rauschhafte Qualität annehmen kann. Die Frau (die Kirche) wird so zu einem Regulativ, zu einer Art drittem Objekt für die Nähe und Distanz in der Beziehung zum Mann, der ja in einer intimen Beziehung für jede Frau auch wiederum Züge der Mutter-Erfahrung annehmen würde. So wird situativ gegenüber dem Mutter- und dem Vaterbild eine Art stabil-instabiler Scheinseparation geschaffen, d. h., die Hysterika muss sich nicht selbst abgrenzen, sondern grenzt sich agierend und durch die Beziehungsmodalitäten zwischen den beteiligten Personen ab.
- 9 Ich übernehme diesen Begriff von Fairbairn (1941/1952, S. 30), dessen zentrale Positionen in der Auseinandersetzung mit dem klassischen triebtheoretischen Modell ich im Wesentlichen teile, wie sich auch insgesamt mein Hysteriemodell in manchen Teilen mit seinen Überlegungen zur Hysterie trifft. Eine vergleichende Diskussion findet sich in Rupprecht-Schampera (2006).
- 10 Der Vater eines Patienten war zwischen seinem 3. und 10. Lebensjahr in Krieg und Gefangenschaft abwesend. Der Patient musste sich mit den Tendenzen seiner Mutter, ihn als Mädchen zu behandeln, auseinandersetzen und darüber hinaus mit ihrer ausgeprägten Depressivität.  
Ein zweiter Patient wurde geboren, nachdem die Ehe der Eltern bereits als zerrüttet gelten konnte. Die Mutter betonte immer wieder – und verhielt sich vermutlich auch so, dass der Sohn ihrem Leben

wieder Sinn gegeben habe, gleichzeitig stellte er für sie einen Triumph und ein Faustpfand gegenüber dem sie betrügenden und vernachlässigenden Vater dar.

Die Mutter eines dritten, später schwer gestörten hysterischen Patienten mit perverser Symptomatik, war in der zweiten Hälfte seines ersten Lebensjahres für mehrere Monate wegen Kinderlähmung nicht in der Lage, ihn zu betreuen, und auch danach habe sie ihn wegen ihrer körperlichen Gebrechlichkeit über lange Jahre „nicht auf den Arm nehmen“ können. Diese Mutter war für den Patienten aber vor allem gefühlsmäßig nicht zugänglich. Er empfand sie wie hinter einer gläsernen Wand, und wenn sie Gefühle äußerte, empfand er sie als forciert, gekünstelt und unecht. Der Vater dieses Patienten war anwesend, er ist bei der Mutter allerdings schwer entwertet, und er sei, nach Aussagen des Patienten, der Mutter nicht gewachsen gewesen.

- 11 Andere Konfliktlösungen, wie z. B. die manifest homosexuelle Suche nach einem Vaterersatz, sind natürlich möglich, stellen aber keine hysterische Lösung dar.
- 12 Die Mutter des ersten Patienten ließ ihn während der Kriegsabsenheit des Vaters bei sich im Ehebett schlafen, und als bei ihm eine Phimose festgestellt wurde, masturbierte sie ihn täglich abends zur Dehnung der Vorhaut.

Der zweite Patient zeigte keine spezifische sexuelle Traumatisierung, aber Unsicherheit hinsichtlich seiner männlichen Rolle, eine extreme Anpassung an die Erwartungen seiner Mutter und seiner Freundin, Depressivität und Arbeitsstörungen.

Die Mutter des dritten Patienten weihte ihn seit Kinderzeit in ihre sexuellen Sorgen und Sehnsüchte ein. Sie erzählte ihm damals, und auch noch als Erwachsenen, über außereheliche Erlebnisse mit Männern, vorrangig aber darüber, dass sie sich unbefriedigt und unglücklich fühle. Dieser Patient, dessen Mutter in seiner frühen Kindheit (also als Erwachsene) an Kinderlähmung erkrankte und deswegen abwesend war, die aber auch sonst als körperlich starr und abweisend von ihm beschrieben wurde, konnte sich nur an lustvolle Körperkontakte mit der Mutter erinnern in Situationen, in denen sie in der Kinderzeit immer wieder seinen Anus auf das Vorhandensein von Würmern hin untersuchte.

- 13 Der zuletzt genannte Patient offenbarte erst in der Analyse, dass er Exhibitionist war. Wir konnten im Verlauf einer langen Analyse verstehen, dass er in depressiver Stimmung oder anstelle einer aufkommenden Depression auf der Straße exhibieren musste. Dabei spielte auch die Phantasie eine Rolle, dass er so Frauen zwingen konnte, ihn anzusehen, dass er aber ihren Blick auf den von ihm einzig intakt empfundenen Phallus lenkte und nicht auf sein depressives Gesicht.
- 14 Eine sexuelle Traumatisierung bei einer Hysterikerin, die Väter idealisiert und dabei traumatisiert wird, wiederholt nicht in direkter Weise die frühe Traumatisierung mit der Mutter, die Patientin ist damit einer zweiten, anderen Traumatisierung ausgesetzt. Bei sexueller Traumatisierung einer Frau durch die Mutter(!) entsteht aber aus dem gleichen Grund einer doppelten Traumatisierung ebenfalls ein komplexes malignes, oft perverses Störungsbild.
- 15 Wenn Don Giovanni in Mozarts Oper überraschend vom Geist des von ihm getöteten Komtur „geholt“ wird – eine Szene, die dramaturgisch unvorbereitet und in ihrer handlungstechnischen Primitivität zunächst verstörend und frustrierend wirkt – so fungiert diese plötzliche Wendung im dramaturgischen Sinn zwar als eine Bestrafungsszene, mit der das überbordende schuldbeladene Agieren beendet und die moralische (ödipale) Ordnung wiederhergestellt wird, es entspricht im psychodynamischen Sinn (d.h. im Unbewussten) aber auch genau dem Gegenteil, nämlich einer Erfüllung des primärprozesshaften Wunsches nach dem reidealisierten (pseudo-)ödipalen Vater, der machtvoll auftritt und seinen Sohn in sein Reich zurückholt und von der Macht der Frauen befreit. Auf dieser Ebene sind es die Geliebten/frühen Mütter, die begrenzt, alleine gelassen und bestraft werden.

## Literatur

- Abelin, E.L. (1971). Role of the father in the separation-individuation process. In J.B. McDevitt & C.F. Settlage (Eds.), *Separation – Individuation. Essays in Honour of Margaret S. Mahler*. New York: Int. Univ. Pr.
- Abelin, E.L. (1975). Some further observations and comments on the earliest role of the father. *International Journal of Psychoanalysis*, 56, 293-302.
- Bräutigam, W. (1956). Analyse der hypochondrischen Selbstbeobachtung. *Der Nervenarzt*, 27, 409-418.
- Chodoff, P. & Lyons, H. (1958). Hysteria, the hysterical personality and hysterical conversion. *American Journal of Psychiatry*, 114, 734-740.
- Fairbairn, W.R.D. (1941) (2000): Eine revidierte Psychopathologie der Psychosen und Psychoneurosen. In B.F. Hensel & R. Rehberger (Hrsg.), W.R.D. Fairbairn: *Das Selbst und die inneren Objektbeziehungen* (S. 57-88). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Fairbairn, W.R.D. (1944) (2000). Darstellung der Endopsychischen Struktur auf der Grundlage der Objektbeziehungspsychologie (S. 115-170). a. a. O.
- Fairbairn, W.R.D. (1952). *Psychoanalytic studies of the personality*. London: Tavistock Publications, Routledge & Kegan.
- Fairbairn, W.R.D. (1954) (2000). Über den Charakter hysterischer Zustände (S. 205-236). a. a. O.
- Fenichel, O. (1931). *Hysterien und Zwangsneurosen*. Wien, Darmstadt: Wiss. Buchges., 1993.
- Freud, S. (1924): *Studien über Hysterie*. Frühe Schriften zur Neurosenlehre G.W. I.
- Haas, J.P. (1987). Bemerkungen zum sogenannten „Hysterie-Gefühl“. *Der Nervenarzt*, 59, 92-98.
- Hoffmann, S.O. (1979). *Charakter und Neurose*. Frankfurt: Suhrkamp, TB-Ausgabe 1984.
- Khan, M.M. (1990). Der Mißmut des Hysterikers. In M.M. Khan (Hrsg.), *Erfahrungen im Möglichkeitsraum*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Kohon, G. (1984). Reflections on Dora: The case of hysteria. *International Journal of Psychoanalysis*, 65, 73-84.
- Laplanche, J. (1974). (Rep.). Panel on „hysteria today“. *International Journal of Psychoanalysis*, 55, 459-469.
- Lazare, A. & Klerman, G.L. (1968). Hysteria and depression: the frequency and significance of hysterical personality features in hospitalized depressed women. *American Journal of Psychiatry*, 124, 48-56.
- Loch, W. (1974). Der Analytiker als Gesetzgeber und Lehrer. *Psyche XXVII*, 431-60.
- Loch, W. (1985). Anmerkungen zur Pathogenese und Psychodynamik der Hysterie. *Jahrbuch der Psychoanalyse*, 17, 135-174.
- Mahler, M.S., Pine, F. & Bergman, A. (1975). *Die psychische Geburt des Menschen. Symbiose und Individuation*. Frankfurt: Fischer.
- Mentzos, S. (1980). *Hysterie. Zur Psychodynamik unbewusster Inszenierungen*. München: Kindler.
- Rangell, L. (1969). *Psyche*, 23, 121-147.
- Rotmann, M. (1978). Über die Bedeutung des Vaters in der »Wiederannäherungs-Phase«. *Psyche*, 32, 1105-1147.
- Rotmann, M. (1981). Der Vater der frühen Kindheit – ein strukturbildendes drittes Objekt. In G. Bittner (Hrsg.), *Selbstwerden des Kindes*. Fellbach: Bonz.
- Rupprecht-Schampera, U. (1997a). Das Konzept der „frühen Triangulierung“ als Schlüssel zu einem einheitlichen Modell der Hysterie. *Psyche*, 51, 637-664.
- Rupprecht-Schampera, U. (1999). „Hysterie“ – ödipal oder pseudo-ödipal? In E. Brech, K. Bell & C. Marahrens-Schürg (Hrsg.), *Weiblicher und männlicher Ödipuskomplex* (S. 169-188). Göttingen: Vandenhoeck & Rupprecht.

- Rupprecht-Schampera, U. (2003a). Woran leidet der Hypochonder? In B. Nissen (Hrsg.), *Hypochondrie. Eine psychoanalytische Bestandsaufnahme*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Rupprecht-Schampera, U. (2003b). Ein gemeinsames Modell für neurotische und Borderline-Hysterien. *Forum der Psychoanalyse*, 19, 70-81.
- Rupprecht-Schampera, U. (2006). Wie aktuell sind Fairbairns Ideen zur Hysterie heute? In B.F. Hensel, D.E. Scharff & E. Vorspohl (Hrsg.), *W.R.D. Fairbairns Bedeutung für die moderne Objektbeziehungstheorie (237-256)*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Stern, D. (1985). *The interpersonal world of the infant*. New York: Basic Books.
- Wittels, F. (1931). Der hysterische Charakter. *Psychoanalytische Bewegung*, 3, 138-165.
- Zetzel, E. (1974). Der sogenannte gute Hysteriker. In E. Zetzel (Hrsg.), *Die Fähigkeit zu emotionalem Wachstum*. Stuttgart: Ernst-Klett-Verlag.

## Korrespondenzadresse

Ute Rupprecht-Schampera  
Dipl. Psychologin, Psychoanalytikerin (DPV/IPV)  
Schönbuchstraße 10 | 72074 Tübingen  
Telefon 07071-27253 | Telefax 07071-689503  
ute.rupprecht-schampera@dpv-mail.de