

Das andere Gesicht der Hysterie

Hoppe, Birgit

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Hoppe, B. (1987). Das andere Gesicht der Hysterie. *Psychologie und Gesellschaftskritik*, 11(1), 103-114. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-266386>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-ND Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-NC-ND Licence (Attribution-Non Commercial-NoDerivatives). For more information see:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

DAS ANDERE GESICHT DER HYSTERIE

BIRGIT HOPPE

Hysterie - ein Thema von aktuellem Interesse?

Die Hysterie steht seit ca. 2500 Jahren im Licht der Öffentlichkeit. In den letzten Jahrzehnten ist es etwas ruhiger um sie geworden. Ist sie daher im Schwinden begriffen, oder führt sie heute lediglich eine eher verborgene Existenz?

Wenn man die gängige Fachliteratur sichtet, zeigen sich in erster Linie zwei Tendenzen.

Einerseits wird seit einigen Jahren eine Diskussion um die formalen Kriterien für die Diagnose 'Hysterie' geführt. Die Klassifikationseinheit 'Hysterie' soll wieder für die klinisch-psychologische Praxis 'gesellschaftsfähig' werden, indem man sie vom Makel der Unwissenschaftlichkeit zu befreien sucht.

Die andere Richtung zielt in theoriekritischen und vorwiegend historischen Analysen auf die Auseinandersetzung mit den patriarchalen Inhalten der Diagnose. Die Hysterie wird zum Paradigma für den "Machtkampf zwischen Männern und Frauen - hier auf der Ebene der Wissenschaftlichkeit" (Schrenk).

Was allerdings die Diagnose 'Hysterie' heute bedeutet, welche Frauen als hysterisch diagnostiziert werden, wie häufig solche Phänomene sind, diese Diskussion findet vergleichsweise wenig statt.

Die Hysterie in ihrer aktuellen Relevanz zu erfassen, war das Thema einer Studie, die ich in den Jahren 1981/82 mit der Unterstützung verschiedener (psychiatrischer) Kliniken in Berlin und im Bundesgebiet durchgeführt habe. Ihre Ergebnisse sind kürzlich als Buch erschienen.

Ziel der Untersuchung war es, anhand von Interviews zur Lebensgeschichte mit als hysterisch diagnostizierten Frauen Diagnoseinhalte und Theorieansätze aus der Sicht der betroffenen Frauen neu zu reflektieren. Frauen, die diese Diagnose erhalten, kommen damit 'erstmalig' selbst zu Wort. Frauen, die Symptome der Blindheit, Lähmungen, Anästhesien etc. entwickeln und die mit ihrer symbolhaften Körpersprache der Gegenstand von unzähligen Abhandlungen geworden sind. Entweder erscheinen sie dort als Karikatur von Weiblichkeit / als kokette, lästige, herrschsüchtige Frau oder als Rebellin gegen das Patriarchat, die die ihnen auferlegten Rollenzwänge unterlaufen. Jenseits dieser beiden Pole gibt

es wenig Verständnis für das Phänomen der Hysterie. Die Kluft zwischen den Positionen weist zugleich auf die Faszination und das Spektakuläre hin, das die Hysterie von jeher begleitet/e.

Den Frauen, die hysterische Konfliktlösungsstrategien 'wählen', wird - das hat die Untersuchung gezeigt - keine der beiden Sichtweisen gerecht. Zwar heben die Lebensgeschichten die enge Verflechtung von hysterischen Verarbeitungsmechanismen und patriarchal-gesellschaftlichen Geschlechtsrollenzuweisungen für Frauen eindringlich hervor. Aber nur indem die Hysterie auch in ihren Begrenzungen (als neurotische Konfliktlösungsstrategie) verstanden wird, kann auch ihr spezifisches Potential im Hinblick auf einen selbst-bestimmten Lebensentwurf als Frau in einer patriarchalen Gesellschaft sichtbar gemacht werden. Denn die Hysterie bedroht in der Tat die patriarchale Gesellschaft in ihrer möglichen (!) Radikalität. Dies wird noch näher zu erläutern sein.

Seit je hat die Hysterie die Untersucher verwirrt, sie mit den Grenzen ihres Wissens konfrontiert. Nie greifbar (resp. zu bedrohlich) wurde die Hysterie zum Phänomen, dessen man/n sich erwehren muß. Schon Freud insistierte, es "... nicht zuzulassen, daß die Patienten uns unsere wissenschaftliche Meinung über die Ätiologie der Neurose zurechtmachen" (GW I, S. 425). Und daß es "... wünschenswert wäre, es gäbe einen zweiten Weg, zur Ätiologie der Hysterie zu gelangen, auf welchem man sich unabhängiger von den Angaben der Kranken wüßte" (ebd., S. 426).

Die Geschichte der Hysterie ist zahlreich an Versuchen, hysterische Frauen auch mit drakonischen Mitteln unter Kontrolle zu bringen. Ihre Vergangenheit als "Ausdruck und Schutz gegen eine tätige Misogynie" (Fischer-Homberger) ist durch diverse Publikationen in den letzten Jahren einer breiten Leserschaft bekannt geworden.

Sich mit der Hysterie als aktuellem Problem zu beschäftigen, und noch dazu in Form einer empirischen Untersuchung, heißt daher - so möchte ich feststellen -, sich verdächtig zu machen: entweder an der Stigmatisierung von Frauen vermittelt dieser Diagnose mitzuwirken oder die Hysterie als männliches Phantasma entlarven zu wollen. Ein deutliches Mißtrauen, ob nun der eigentliche Forschungs-'gegenstand' die Hysterie oder der Umgang mit ihr darstelle, war entsprechend einer der häufigsten un/ausgesprochenen Gründe für abschlägige Reaktionen von Klinikern auf mein Anliegen, mir bei der Suche nach Interviewpartnerinnen behilflich zu sein.

Die Worte 'Hysterikerin', 'hysterisch' sind so mit Feindseligkeit und Vorurtei-

len behaftet, daß ihre Verwendung eher einem Urteil als einer Diagnose gleicht. Deshalb hat es etliche Bestrebungen gegeben, dem Phänomen einen anderen Namen zu geben und/oder die diagnostischen Kriterien neu zu definieren.

Hier muß erwähnt werden, daß die Diagnose 'Hysterie' selbst nicht mehr (überall) gebräuchlich ist. Unterschieden wird in die Diagnosen 'Hysterische Persönlichkeit' und '(Hysterische) Konversions-/Neurose'. Interessant ist, daß eine 'Veröffentlichung' der Diagnose aus o.a. Gründen meist vermieden wird. Eine Diagnose wie 'Depression' oder 'Magersucht' läßt sich leicht aussprechen und vertreten. Als 'hysterisch' wird eine Patientin eher hinter vorgehaltener Hand diagnostiziert: am besten sagt man, es handele sich um eine 'Konversionsneurose'. Häufig ist auch von 'funktionellen Symptombildungen' die Rede oder von 'Organneurosen'. Das bedeutet, daß ein Großteil der Diagnosen 'Hysterie' unbekannt und/oder unbenannt (!) bleiben. Was aber nicht zugleich heißt, daß sich dahinter auch eine Änderung der Diagnoseinhalte oder der Verbreitung verbirgt.

Das gilt ebenso, wie eine Durchsicht der entsprechenden Literatur zeigt, für Bemühungen, Diagnosekriterien zu präzisieren. Im Zentrum steht eine überwiegend differentialdiagnostische Diskussion, die oft zu einer Aufspaltung der ursprünglichen Hysterieinhalte in eine Fülle kleiner Kategorien führt. Überspitzt formuliert sucht man das Problem der Vieldeutigkeit der Diagnose 'Hysterie' dadurch zu lösen, daß man es auf mehrere neue diagnostische Kategorien verteilt.

Die Frage nach der gegenwärtigen Häufigkeit hysterischer Phänomene ist daher allein aus den genannten Gründen schwer zu beantworten. Hier helfen Statistiken nicht sehr viel weiter. Dazu kommt, daß viele Frauen mit psychischen Konflikten nicht mehr in der Psychiatrie, sondern von ihren Hausärzten behandelt werden, was sich bei den 'somatischen' Symptomen der Hysterie geradezu anbietet. Die wenigen verfügbaren Zahlen (vgl. Bräutigam, Schwidder) deuten in diese Richtung. Hierfür spricht auch die insgesamt zu beobachtende Zunahme in der Verordnung von Psychopharmaka (überwiegend an Frauen) durch psychotherapeutisch nicht ausgebildete Ärzte.

M.E. ist zwar eine Abnahme hysterischer Phänomene bzw. eine Symptomverschiebung hin zum 'leiseren' psychosomatischen Formenkreis zu verzeichnen, aber keineswegs in dem Maß, wie heute oft angenommen wird. Gerade in Bevölkerungsgruppen, die für sich auf keinen Fall eine psychotherapeutische Behandlung in Erwägung ziehen würden, sind hysterische Symptome - so zumindest die Erfahrung aus meiner eigenen Berufspraxis - relativ häufig.

Natürlich muß davon ausgegangen werden, daß ein veränderter gesellschaftlicher Status von Frauen und der damit einhergehende Geschlechtsrollenwandel, wie er sich gegenwärtig vollzieht, zu einer weiteren Abnahme hysterischer Symptomatiken führen wird (resp. zu einer spezifisch anderen Körperbesetzung und damit

Symptom'wahl', wie z.B. bei der Anorexia Nervosa). Allerdings hat sich die Situation von Frauen in unserer patriarchalen Gesellschaft (noch) keineswegs so radikal geändert, wie viele oft lautstark konstatieren.

In Texten zur Hysterie begegnet uns jedenfalls, sobald wir den Nebenschauplatz differentialdiagnostischer Kriterien verlassen, die alte Feindseligkeit und Widersprüchlichkeit, wie sie die Hysterie von jeher umgab. Hier ist die hysterische Frau noch immer gefährliche Simulantin und geschickte Schauspielerin: willenlos (suggestibel) und dominant, triebhaft und frigide, gefühlkalt und übertrieben, und nicht zuletzt erst Opfer, indem sie den Mann zum Täter macht. Die Schuld, die die hysterische Frau an ihrem eigenen Leiden, aber vor allem an dem anderer trägt, ist allgegenwärtig. Man/n wirft ihr vor, daß sie sich nicht anpassen will in ihre Frauen-/Rolle, sich nicht bescheiden kann mit dem, was sie erfährt: sie provoziert! Auf Provokation folgt Strafe: eine Anzahl therapeutischer Hinweise für die Behandlung der Hysterie legen diese Interpretation zumindest nahe. So empfiehlt z.B. Bräutigam bei 'einfachen Menschen' die "Applikation von Schmerzreizen", um sie aus ihrer "hysterischen Regression herauszutreiben", andere warnen ihre Kollegen vor den 'aggressiven Gegenübertragungsreaktionen, die die hysterische Frau hervorrufe und in therapeutischen Gruppen bis zu "Körperverletzungen, Mord und Selbstmord" (Schwigger) eskalieren können ... Extreme? Vielleicht; dennoch nur die Konsequenz aus einer therapeutisch empfohlenen 'Hab-Acht-Position', wie sie sich allenthalben (zwischen den Zeilen) offenbart.

Ausnahmen sind ausgeprägte Frauenfeindlichkeit und 'lückenlose' Schuldzuweisungen in den Beschreibungen hysterischer Frauen, wie ich an anderer Stelle bereits ausführlich gezeigt habe, jedenfalls noch immer nicht.

Variationen des Themas 'gefährliche Simulantin' und 'geschickte Schauspielerin' finden sich gleichfalls in (der Geschichte von) Theorien zur Hysterie. Für die Psychologie bietet es sich an, hier insbesondere das Augenmerk auf die Entwicklung der Psychoanalyse zu richten, die nach Smith-Rosenberg historisch gesehen als das Kind der hysterischen Frau gelten kann.

Bekanntlich hat Freud seine ersten Erkenntnisse, die das Fundament der psychoanalytischen Theorie legten, an hysterischen Patientinnen gewonnen. Ursprünglich sah Freud die Genese der Hysterie in einem tatsächlich erfahrenen Trauma in der frühen Kindheit begründet, dessen drohende Erinnerung die Konversion auslöst. Meist, so erfuhr Freud von seinen Patientinnen, handelte es sich dabei um sexuelle Verführungssituationen von seiten Erwachsener, nicht selten durch den Vater. Diese Entdeckung stellte für ihn die "Auffindung eines 'caput Nili' der Neuro-

pathologie" dar. Er folgerte, daß demnach der "... Grund der Neurose ... im Kindesalter immer von seiten Erwachsener gelegt (würde)" (GW I, S. 445). Freud wurde für seine Auffassung heftig angegriffen, und er verteidigte sie ebenso vehement. Jedoch schon nach relativ kurzer Zeit wendete er sich von seiner 'Verführungstheorie' ab. Er 'berichtigte' seine anfängliche "Überschätzung der Realität" und "Geringschätzung der Phantasie". Die Schilderungen seiner Patientinnen interpretierte er nun als infantile Phantasien, in deren Vordergrund nicht aufgegebene Inzestwünsche gegenüber dem Vater und ein nicht überwundener Penisneid stehen.

Was hat Freud, so müssen wir uns fragen, dazu gebracht, seine Theorie zu widerrufen, deren Richtigkeit er schon durch die Tatsache unzweifelhaft bewiesen fand, daß die Patientinnen "... nur durch den stärksten Zwang der Behandlung bewogen werden, sich in deren Reproduktion einzulassen" (ebd., S. 440). Freud revidierte seine These, so hebt auch Marianne Krüll in ihrer Analyse Freuds hervor, ohne seine eigenen Beweise überzeugend widerlegt zu haben. Krüll vermutet, daß es Freuds eigene Vaterbindung war, die ihn daran hinderte, die Verführungstheorie aufrechtzuerhalten. Bemerkenswert ist jedenfalls, daß Freud nicht einmal den Versuch unternahm, seinen Ansatz zu modifizieren und den Begriff des 'Mißbrauchs' beispielsweise auf den Mißbrauch elterlicher Macht auszuweiten. Freud hatte ja selbst betont, daß auch eine Summe von Partialtraumen ätiologisch wirksam werden können.

M.E. rüttelte Freud mit seiner Theorie nicht nur an seiner eigenen Vaterbindung, sondern an einer der Grundfesten der patriarchalen Gesellschaft, der männlichen Verfügungsgewalt über den weiblichen Körper.

Daß Freud sich wahrscheinlich keineswegs eine 'Überschätzung der Realität' anzulasten hatte, legen nicht zuletzt eine Reihe aktueller Veröffentlichungen über sexuellen Mißbrauch an Mädchen nahe. Schätzungen gehen dahin, daß etwa jede vierte Frau in ihrer Kindheit von ihrem Vater, Onkel, Bruder etc. sexuell mißbraucht wird.

Empörung verursachten wohl weniger Freuds Enthüllungen, als die Tatsache, daß Freud das Schweigen brach. "Erst mit der Triebtheorie bekam er Anhänger, die noch heute in diesem zweiten Schritt Freuds seine große, mutige Leistung sehen" (Miller, S. 202). Mit der Abkehr von der Verführungstheorie war die Schuld für das, was der hysterischen Frau zugefügt wird, erneut an sie zurückverwiesen. Nicht eine spezifische Leidensgeschichte bedingt die Hysterie, sondern ausschließlich eine (neurotische) Unfähigkeit, als Frau unter den gegebenen Bedingungen glücklich zu sein, das hinzunehmen, was 'alle' hinnehmen.

Ein gutes Beispiel ist hier Freuds Patientin Dora, die Köder in einem monströsen sexuellen Tauschhandel zwischen ihrem Vater und dem Ehemann der Geliebten ihres Vaters war. Wider besseres Wissen (!) hielt Freud an der Erforschung ihrer unbewußten Triebwünsche fest und bezichtigte Dora der Übertreibung. Denn schließlich, so soll er sich später einmal geäußert haben, hätte es Dora auch nicht glücklich gemacht, wäre er ihrer Einschätzung der Realität gefolgt.

An dieser Grundstruktur der Argumentation hat sich seit Freud bis auf Ausnahmen nichts Wesentliches geändert. Wenn wir repressive und restriktive Lebensbedingungen für Frauen, wie sie in unserer patriarchalen Gesellschaft herrschen, allerdings nicht als gegeben hinnehmen, so beinhalten hysterische Konfliktlösungsversuche nicht nur ein intraindividuelles Scheitern; sie sind auch Ausdruck einer spezifischen Lebensgeschichte. In ihrem 'Scheitern' liegt folglich auch ein positives Potential.

Aber - sind denn hysterische Ober-Lebensstrategien heute noch auf eine massive alltägliche Repression rückführbar?

Die Frauen, mit denen ich in Interviews über ihre Lebensgeschichten sprach, waren zwischen 21 und 49 Jahren und entstammten den unterschiedlichen Bevölkerungsschichten. Alle hatten während (einer) bestimmten Lebensphase/n klassische Konversionssymptomatiken entwickelt und waren daraufhin in einer psychiatrischen Klinik einmal oder mehrfach behandelt worden.

Zunächst ein kurzer Überblick über die Lebensgeschichten der Frauen: Sie sind, insbesondere Kindheit und Jugend der Frauen, in der Tat in massiver Weise von der Verweigerung jeglicher Autonomie und Selbst-Bestimmung geprägt - weil sie Mädchen waren, wie viele von ihnen es empfanden. Ein Recht auf eigene Bedürfnisse und Wünsche wird den Mädchen nicht zugestanden. Sie fühlen sich ungeliebt und unerwünscht. Lediglich in einer spezifischen Familienkonstellation sind sie von Bedeutung: als Verbündete der Mutter gegen den Vater und als 'Ersatzmutter' für die jüngeren Kinder. Funktionen und Pflichten, die ihnen schon sehr frühzeitig aufgebürdet werden.

Der Großteil der Ehen ist sehr schlecht. Viele Väter prügeln ihre Ehefrauen und/oder Töchter. Die Mütter sind meist streng gegenüber den Töchtern, schwach gegenüber ihren Männern und emotional völlig unberechenbar. Sie verhindern jegliche Autonomiebestrebungen jenseits der familiengebundenen Funktionen sowie Versuche des Vaters, die Tochter zu vereinnahmen. Die Mädchen selbst empfinden den Vater als unangenehm/anzüglich, fühlen sich oft bedroht.

Außerhalb der Familie gibt es kaum Bezugspersonen. Freundinnen oder Freunde

(auch in der Schule) fehlen fast völlig. Die Mädchen dürfen auch niemanden mit nach Hause bringen und haben kaum Zeit oder nicht die Erlaubnis, nach draußen zu gehen. Gefördert werden sie nicht. Was sie tun, ist immer noch viel zu wenig. Sie behalten ständig den Eindruck, daß es nicht reicht, sie nichts richtig tun. Sie fühlen sich schuldig und haben ständig Angst, etwas falsch zu machen.

Nach außen hin bietet die Familie ein Bild der Harmonie, während in der häuslichen Privatheit die Spannungen übergroß sind. In der Öffentlichkeit sollen die Mädchen dieses Spiel mitspielen, die gute, wohlerzogene Tochter sein, das Bild eines braven, bescheidenen, hübschen (kleinen) Mädchens abgeben, das man vorzeigen kann.

Den Töchtern erscheint diese Situation als völlig normal, sie können sich nichts anderes vorstellen. Schließlich sind sie Mädchen, und sie hören allenthalben, daß Mädchen eben für bestimmte Dinge da sind und sich in einer bestimmten Weise zu benehmen haben. Brüdern geht es selbstverständlich anders - die Mädchen nehmen ihre unterschiedliche Situation als geschlechtsgegeben hin.

Allerdings empfinden sie die Perspektive eines Lebens als Frau, das dem der Mutter gleicht, als nicht attraktiv. Aber was bleibt ihnen dann? Etwas berufliche Wünsche werden eingeschränkt. Sie können froh sein, sagen die Eltern, wenn die Töchter so, wie sie sind, später mal einen Mann finden. Alleine trauen sie sich nur wenig zu. Deshalb sehen viele eine schnelle Heirat als bestmögliche Chance, dem Elternhaus zu entkommen. Eine Strategie, die als Mittel der Los-/Lösung zum Scheitern verurteilt ist, nicht zuletzt da sich in den Beziehungen der Frauen zu Männern das Schicksal der Mutter wiederholt.

Auf der Basis eines gestalttheoretisch-psychodynamischen Ansatzes (Anqyal) können die **n e u r o t i s c h e n K o n f l i k t l ö s u n g s v e r s u c h e**, die die Frauen in dieser Situation verfolgten, in ihren Begrenzungen und Potentialen markiert werden. Dazu bedarf es eines kurzen Überblicks über das zugrunde gelegte theoretische Konzept.

Neurosen werden hier in Form bestimmter Lebensbewältigungsmuster verstanden ('patterns of living'), die in eine neurotische Organisation eingebettet sind. Ebenso wie die gesunde Organisation besitzt die neurotische Organisation Tendenzen zur Gestaltschließung und Prägnanz, d.h. zur perfekten Realisierung des Systemprinzips mit analogen Abwehrmechanismen. Die neurotischen Ober-/Lebensstrategien stellen keine starren Kategorien dar, sondern sind als Dimensionen zu verstehen, die in unterschiedlicher Ausprägung auch bei gesunden Menschen vorhanden sind. Sie bilden sich aufgrund i.w.S. negativer Erfahrungen in der frühen Kindheit heraus. Das impliziert - da keine Kindheit negativer Erfahrungen

entbehrt -, daß jede Persönlichkeit sich um zwei Kerne entwickelt, einen gesunden und einen neurotischen Kern, die je nach Erfahrung unterschiedliche Stärke erlangen und entsprechend zur Dominanz des einen oder anderen Systems führen, eventuell in raschem Wechsel.

Für die Hysterie stellt das 'pattern of vicarious living' das Leitmotiv der Lebensbewältigung dar. Das Besondere daran ist, daß es zu einer vollständigen Verdrängung aller genuinen Persönlichkeitsmerkmale kommt, so daß die neurotische Organisation auf Kosten der gesunden Organisation anwächst und sich ein 'falsches Selbst' gegenüber einem 'verkümmerten' 'wahren Selbst' etabliert. Eine Auffassung, die vom Grundsatz her fast alle Konzeptionen zur Hysterie enthält: immer geht es um Spaltung bzw. um die Existenz zweier gegensätzlicher (Bewußtseins-)Seiten und Strebungen bei der Hysterie.

Die 'selbst-mordende' Unterdrückung der eigenen Persönlichkeit resultiert aus einer Summe von Traumatisierungen, die insbesondere durch das Gefühl gekennzeichnet sind, unakzeptabel, wertlos, nichtig zu sein. Die hier skizzierten Lebensgeschichten bestätigen diese Annahme. Das falsche Selbst dient dazu, die eigene 'Wertlosigkeit' gegenüber den anderen um jeden Preis zu verbergen und sich so ein Überleben zu sichern. Für die hysterische Form der Lebensbewältigung bedeutet das, immer so zu sein, wie die anderen es erwarten, den Ansprüchen verzweifelt genügen zu wollen, immer auch in der Hoffnung, darüber ein Minimum an Anerkennung zu erlangen. Insofern schauspielert die hysterische Frau durchaus, aber nicht auf ihrer eigenen Bühne, sondern sie spielt die Stücke der anderen, getrennt von ihren Gefühlen, ohne einen Zugang zu sich selbst, eine Ahnung von eigenen Bedürfnissen und Wünschen.

Eine Interviewpartnerin schildert:

"Es ist so, daß ich für mich selbst sehr wenig gefühlt hatte, das hat jetzt erst langsam angefangen. Deshalb fällt mir das immer ein bißchen schwer, über Kindheit zu reden - weil, ich glaube, daß ich alles, was so gewesen ist, nicht richtig nachempfunden habe, nur einiges. Also besonders die Situation von - also dieses Gefühl, gedemütigt zu sein, dieses Gefühl ist mir sehr stark bewußt."
(Hoppe 1986, S. 78)

Auf der Bühne der anderen zu spielen, bedeutet such, sich der Anerkennung anderer auszuliefern, d.h. eben auch gesellschaftlicher Anerkennung. Die Mädchen leben daher nicht nur infolge ihrer Erziehung geschlechtsrollenkonform, fast stereotyp. Daß die hysterische Frau eine Karikatur von 'Weiblichkeit' verkörpert, trifft damit letztlich zu. Nur nimmt sie die Rolle ohne innere Überzeugung; sie bleibt ihr äußerlich. So gesehen hält die hysterische Frau - ungewollt - der

patriarchalen Gesellschaft einen Spiegel ihrer eigenen verkümmerten Frauenbilder entgegen mit all ihrer paradoxen Widersprüchlichkeit.

Dennoch gibt es einen Ort, an dem stellvertretend ein Stück eigener Stärke und eigener Wünsche umgesetzt werden können, und zwar in der Identifikation mit der Mutter. Hier ist sie, wie bereits erwähnt, Verbündete der Mutter gegen den Vater, den sie selbst meidet und fürchtet. Für die Mutter vermag sie allerdings stark zu sein. Für sie überwindet sie die eigenen Ängste, setzt sich ein und erfährt (Gefühle an) sich selbst.

Ein Beispiel:

"Ich konnte es nicht ertragen, sie leiden zu sehen. Das war immer schlimmer, als wenn ich selbst gelitten habe. Also da hab ich dann wirklich gefühlt ..."

(Hoppe 1986, S. 88)

Auf dem Rücken der Tochter trägt die Mutter ihre eigene Zwiespältigkeit als Frau in einer patriarchalen Gesellschaft aus. Die Tochter erhält den Part der Rebellion und wird gleichzeitig zur Szenerie, auf der sich die Ohnmacht der Mutter wiederholt. Denn die Tochter darf nicht wirklich handlungsfähig sein. Die Mutter gibt ihr den Auftrag, für sie zu 'kämpfen', und entzieht ihn ihr, je nach (ihrem) Bedarf. Die Macht und die Bindung an die Mutter wird durch die Isolation der Töchter erhärtet. Die Identifikation mit der Mutter konstituiert daher den Kern des falschen Selbst. Hier sind die Mädchen von Bedeutung, erhalten ein Minimum an Bestätigung und Zuwendung. Sie glauben an eine Perspektive in der Solidarisierung.

In der Pubertät müssen die Töchter allerdings erfahren, daß sie die Botschaft der Mutter falsch verstanden haben. Die Mutter läßt die Tochter im Stich.

'Mit der Mutter zu sein' bedeutet, das wird der Tochter klar, ein Leben wie die Mutter zu führen. Solidarität ist definiert im Leiden und nicht in seiner Überwindung.

Für die Töchter ist dieser Bruch kaum faßbar: denn das Leben, das die Mutter als Frau führt, ist in den Worten der Mutter unerträglich und glücklos. Mit der Pubertät ist eine/die einzige Perspektive mit der Mutter zerstört. Die Mutter wendet sich von der Tochter ab. Die Tochter muß erkennen, daß sie nur eine passagere Rolle gespielt hat. Daher wird die erste Gelegenheit, der Mutter zu entkommen, ergriffen. In den Partnern, die sie (dann) 'wählen', wiederholen sie die Beziehung der Mutter zu Männern. Die Identifikation mit der Mutter ist ungebrochen.

Indem sie nun das Leben der Mutter führen, können sie für sich selbst nicht (mehr) streiten. Die Zuwendung und Achtung, die sie in ihren Beziehungen erfahren, ist so gering, daß die bisherigen Überlebensstrategien schließlich versagen.

Infolge der intensiven Aktualisierung der Gefühle von Wertlosigkeit und Nichtigkeit wird auch die 'Maske' zunehmend überflüssig. Sie sehen in den Augen des/der anderen immer mehr das, was sie als ihr wahres Selbst befürchten.

Um für einen Mann da zu sein, müssen sie schwach, hilflos, abhängig sein, und damit sein Selbstbewußtsein stützen. Sie sollen ihn so spiegeln, wie er sein möchte, und den Part spielen, den er an sich selbst fürchtet und verabscheut.

Schließlich gibt es nichts mehr, was einen Sinn machen würde; niemanden, über den sich ein Sinn herstellte. Die nun 'erlebte' Leere wird symptomatisch. Eine Frau erzählt:

"Ich hab so naiv gelebt, ich hab immer gedacht, alles hat so ... - irgendwo seinen Sinn ... Ja, ich hab plötzlich gesehen, alle Leute machen alles nur, weil sie Angst haben vor der Leere und weil sie Angst haben vor dem Nichts. ... Und ich hab gemerkt, daß ich alles nur mach' aus Angst ... (Und) ich hatte das Gefühl, daß wirklich was gestorben ist (in dieser Zeit). ... Das Automatische, es ging nichts mehr automatisch. So plötzlich war ich ein kleines Mädchen, was nichts mehr kann. ... Ich konnte nichts mehr einfach so, weil man das so macht. ... War alles weg, nichts mehr war in mir, alles war weg. Ich hab wirklich alles neu gelernt ... Neu gelernt, daß man so und so die Welt sehen kann. ... Auf der anderen Seite war ich so stark und so - ich glaub, ich war nie wieder so klar wie in der Klinik, aber - hilflos." (Hoppe 1986, S. 114/15)

Die Symptome, die die Frauen entwickeln, symbolisieren in sehr anschaulicher Form den Zusammenbruch des falschen Selbst. Ihre Gefühle, versteinert, wie abgestorben zu sein, nicht mehr zu existieren, verschaffen sich in Lähmungen, Anästhesien, partieller Blindheit, der 'Unfähigkeit zu sprechen' Ausdruck oder in z.T. rasch wechselnden körperlichen Sensationen.

Sie fühlen, daß sie wieder ganz am Anfang stehen. Trotz starker Ängste erkennen sie aber auch die Chance eines Neubeginns. Die Symptome verschwinden, je mehr die eigenen Wünsche erkannt und zugelassen werden. Zentral sind hier die Aspekte von Wut und Aggression. Völlig gehemmt im Ausdrücken von direkter Aggression (oft sublimiert in einer ausgeprägten Märtyrerhaltung) fangen die Frauen an, sich wütend gegen Zugriffe von außen zu wehren. Das ist vielleicht ein Aspekt, der hysterische Frauen in therapeutischen Situationen so unberechenbar erscheinen läßt.

Denn mit dem Zusammenbruch des falschen Selbst besteht für die hysterische Frau in der Tat die Chance, ihr (wahres) Selbst neu zu bestimmen. Die Ideale, Geschlechts-/Rollenzuweisungen, Identifizierungen etc., die sie verkörperte, sind nicht Teil ihres wahren Selbst geworden, wurden nicht assimiliert. Sie ist so

frei, sich neu in Bezug zu setzen, in sich das Wissen um eine 'gelebte' Vergangenheit. In der Distanz zu patriarchalen Geschlechts-/Rollenzuweisungen liegt auch die Chance für einen selbst-bestimmten Lebensentwurf als Frau: das Potential, sich als Frau neu zu definieren. Damit rührt sie radikal am Status quo. Und sie vermag aus der neugewonnenen Autonomie ein tieferes Wissen zu erlangen - jenseits gewohnter Denkbarrieren. Wenn sie dahin gelangen kann und dieses (grenzüberschreitende) Potential nicht zugeschüttet wird von ihren eigenen Ängsten und von Zwängen, die unverändert sie umgeben ...

Das ist es wohl, wenn davon gesprochen wird, daß die Hysterie lehrt, irritiert, soeben gewonnenes Wissen wieder umstürzt, nicht greifbar bleibt. Therapeutische Arbeit mit hysterischen Frauen bedeutet daher die Herausforderung und Bereitschaft, alles neu zu überdenken und in jedem Fall die Veränderung von Lebensbedingungen mit einzubeziehen resp. die Ätiologie der Hysterie in ihrer patriarchal-gesellschaftlichen Determiniertheit zu begreifen. Statt eines Versuchs, die 'Hysterikerin' dem eigenen Bild, der eigenen festfügten Vorstellung von 'Normalität' anzugleichen, müßte das, was die hysterische Frau lebt, sagt und vor allem fühlt - wie unecht, widersprüchlich und demonstrativ es auch immer wirkt - (als) 'wahr'genommen werden. So betonte schon Freud, "... daß man unter den Hysterischen die geistig klarsten, willensstärksten, charaktervollsten und kritischsten Menschen finden kann" (GW I, S. 92).

LITERATUR:

- ANGYAL, A.: Neurosis and Treatment, New York 1965
BRAUTIGAM, W.: Reaktionen, Neurosen, Psychopathien, Stuttgart 1969²
FISCHER-HOMBERGER, E.: Krankheit Frau, Bern 1979
FREUD, S.: (1895/1896) Studien über Hysterie; Zur Ätiologie der Hysterie, Ges. Werke, Bd. I, Frankfurt 1950
HOPPE, B.: Das andere Gesicht. Grenzen und Potentiale der Hysterie, Pfaffenweiler 1986
KROLL, M.: Freud und sein Vater. Die Entstehung der Psychoanalyse und Freuds ungelöste Vaterbindung, München 1979
MILLER, A.: Du sollst nicht merken. Variationen über das Paradies-Thema, Frankfurt 1983
SCHRENK, M.: Über Hysterie und Hysterieforscher. In: Praxis der Psychotherapie, 1974, XIX, 250-262
SCHWIDDER, W.: Klinik der Neurosen. In: KISKER, K.P.; MEYER, I.E.; MOLLER, M.; STROMGREN, E. (Hrsg.): Psychiatrie der Gegenwart, Bd. II/1, Berlin/Heidelberg/New York 1972²
Birgit Hoppe
Handjerystr. 90
1000 Berlin