



2.1 Einleitung

Seit den Anfängen der Psychoanalyse, die ins Ende des 19. Jahrhunderts zurückreichen, existiert eine Vielzahl von Weiterentwicklungen sowohl in der Theoriebildung als auch im grundlegenden Therapieverständnis, die auch innerhalb der Psychoanalyse zu heftigen Kontroversen führte. Heute lässt sich die Psychoanalyse als ein lockerer Verbund von unterschiedlichen Theoriefragmenten beschreiben, deren letzte Gemeinsamkeit die Bezugnahme auf Freud ist (vgl. Mertens 2010). Während die eine Gruppe auf die Kraft der konfrontativen Deutung setzt (z. B. Otto Kernberg), betonen andere die korrigierende Beziehungserfahrung (Michael Balint, Donald Winnicott) und wiederum andere die unbedingte Empathie (Heinz Kohut, Robert Stolorow). Auch wenn die Kontroversen noch nicht abgeklungen sind, scheinen sich diese unterschiedlichen Strömungen zunehmend zu konsolidieren. So kann heute von einem breiten Spektrum verschiedener psychodynamisch begründeter Ansätze gesprochen werden, die gerade vor dem Hintergrund der Vielfalt der existierenden Störungsbilder als gegenseitige Ergänzungen zu verstehen sind.

Um im Rahmen dieser Übersicht die wichtigsten psychodynamischen Strömungen darzustellen, lohnt der Versuch, das jeweils unterschiedliche ätiologische und davon abgeleitete auch therapeutische Verständnis mit einer historischen Perspektive zu verknüpfen. Ein solches Vorgehen bietet sich auch deshalb an, da Freud selbst keinesfalls seine Theorie allein aufgrund theoretischer Überlegungen entwickelt hat, sondern ständig von den Erfahrungen mit seinen Psychotherapiepatienten geleitet wurde, die ihn immer wieder aufs Neue dazu inspirierten, ursprüngliche

Annahmen zu verwerfen, um neue zu konzipieren und so seine Theorie weiterzuentwickeln. Ziel dieses Kapitels ist es u. a., die vier zentralen Säulen der psychodynamischen Therapie, nämlich die Triebtheorie, die Ich-Psychologie, die Objektbeziehungstheorie und die Selbstpsychologie darzustellen. In der heutigen Praxis der psychodynamischen Therapie schließen sich diese vier Orientierungen keinesfalls aus, sondern stellen wichtige sich ergänzende Perspektiven dar. Je nach vorliegendem Fall rückt mal die eine und mal die andere Orientierung in den Vordergrund.

2.2 Verführungstheorie – Traumatheorie – Das Kathartische Verfahren

Bevor Freud im Jahre 1886 in der Veröffentlichung „Zur Ätiologie der Hysterie“ erstmals den Begriff „Psychoanalyse“ erwähnte, war er bereits zehn Jahre in seiner Privatpraxis als Neurologe tätig.

Zunächst ging er von der Annahme aus, dass die psychischen Störungen seiner Patienten auf schwere, meist sexuelle Traumatisierungen in der Kindheit zurückgingen, die nicht mehr erinnert werden konnten. Diese dramatischen Erlebnisse waren zwar vergessen, deren Wirkung aber, so die ätiologische Vorstellung, dauerte in Form sehr unterschiedlicher Symptome wie etwa Ängste, Krampfanfälle und Lähmungen an. Eine Heilung konnte entsprechend dieser Annahme nur dann erreicht werden, wenn sich die Patienten wieder an ihre traumatischen Erlebnisse erinnern können. Hierfür übernahm Freud den bereits von Josef Breuer entwickelten therapeutischen Ansatz und nutzte die Hypnose – eine Technik, deren therapeutischer Nutzen zu dieser Zeit (Ende des 20. Jh.) gerade erst entdeckt wurde. Im Zustand der Hypnose war es den Patienten möglich, das vergessene traumatische Erlebnis zu erinnern. Dies wurde von heftigen emotionalen Reaktionen begleitet, die Freud als Reinigung und Befreiung (griech.: Katharsis) von dem bis dahin unterdrückten Affekt interpretierte. Aufgrund dieser Beobachtungen ging er zunächst davon aus, dass seine Patienten durch das Abreagieren des aus der Vergangenheit stammenden Affekts nun für immer geheilt seien. Diese erste von Freud verwendete therapeutische Behandlungsform ging unter dem Begriff „Kathartisches Verfahren“ in die Geschichte ein.

Der Kerngedanke, der diesem Behandlungsansatz zugrunde liegt, ist die Annahme, dass die Patienten reale Traumatisierungen in ihrer Kindheit erfahren haben, die emotionale Bewältigung aber nicht erfolgen konnte, da diese Erfahrungen wegen ihrer zu hohen Intensität verdrängt werden mussten. Der zu diesem verdrängten Erlebnis gehörende Affekt suchte sich nun über die unterschiedlichen Symptome andere Wege, um zum Ausdruck gebracht zu werden. Der einzige Weg

der Heilung bestand darin, über die Hypnose zu diesem Ereignis zurückzukehren und dann im Zustand des Erinnerns die dazugehörigen Emotionen neu und vollständig zu durchleben. In diesem Sinne sah Freud das vorrangige therapeutische Ziel im Erinnern und Abreagieren (Freud 1914).

In weiten Teilen zeigt die kathartische Behandlungsmethode deutliche Parallelen zu der heute etablierten Traumatherapie, was letztlich auch nicht verwundert, da sowohl Freud als auch die heute praktizierenden Traumatherapeuten Patienten behandeln, die aufgrund dramatischer Erlebnisse, die emotional nicht adäquat verarbeitet werden konnten, psychische Störungen entwickelten. Sowohl in der Traumatherapie als auch in dem von Freud praktizierten Verfahren steht die Konfrontation mit dem traumatischen Ereignis im Sinne einer Traumaexposition im Vordergrund.

In der Folge machte Freud nun aber häufiger die Erfahrung, dass weder die Symptome durch Anwendung der kathartischen Behandlung für immer verschwanden noch dass sich die von den Patienten berichteten frühen sexuellen Missbrauchserlebnisse alle so zugetragen haben konnten. Vielmehr schienen in vielen Fällen weniger die realen Erfahrungen, sondern eher Erlebnisse, die stark mit eigenen Fantasien durchmischt waren, die Ursache für die Entstehung von psychischen Störungen zu sein. So revidierte er seine erste ätiologische Vorstellung und vermutete nun, dass die Störung seltener in einem objektiv fassbaren traumatischen Ereignis begründet war, sondern vielmehr auf als zu bedrohlich erlebte konflikthafte frühkindliche Fantasien und Wünsche zurückging. Dieser grundlegende Wechsel in der Ätiologievorstellung machte nun die Patienten, die vorher noch im Sinne der Verführungstheorie als Opfer der meist sexuellen Übergriffe verstanden wurden, zu vermeintlichen Tätern, die in ihren sexuellen Fantasien die Eltern verführen oder gar beseitigen wollten. So wurden von nun an Erzählungen von Patienten, die von sexuellen Missbrauchserfahrungen in ihrer Kindheit handelten, als sog. hysterische Lügen verstanden.

Die Folgen dieses radikalen Wechsels waren dramatisch: Es kam nicht nur zu einer deutlichen Unterschätzung traumabedingter Störungen, sondern vor allem das Vorhandensein sexuellen Missbrauchs insbesondere in der Kindheit wurde systematisch unterschätzt bzw. verleugnet, was Freud bis heute viel Kritik eingebracht hat. Es war vor allem Sandor Ferenczi (1873–1933), ein Schüler Freuds, der schon Anfang der 1930er-Jahren wiederholt auf diesen Missstand hingewiesen hat, indem er die vielen Patienten erwähnte, die von realen sexuellen Missbrauchserlebnissen zu berichten wussten. Weder Freud noch seine Kollegen schenkten diesen Mitteilungen jedoch große Aufmerksamkeit (Ferenczi 1939).

Als zentrale konfliktreiche entwicklungspsychologische Hürde, die nach Freuds Verständnis jeder Mensch zu nehmen hat, rückte mit diesem neuen Ätiologiever-

ständnis nun der ödipale Konflikt, der an späterer Stelle in diesem Kapitel ausführlicher dargestellt werden wird, in den Mittelpunkt (vgl. Abschn. 2.3.1.3).

Während Freud das störungsauslösende traumatische Ereignis im Sinne der Verführungstheorie zunächst ontogenetisch verortete, wurde es nun, mit der Konzipierung des ödipalen Konflikts, in die Phylogenese verlagert. Dieser Wechsel in den ätiologischen Vorstellungen zog konsequenterweise auch einen grundlegenden Wandel in der Behandlungstechnik nach sich und bedeutet gleichzeitig den Beginn der Psychoanalyse.

2.3 Die zentralen Säulen der psychodynamischen Verfahren

2.3.1 Triebtheorie

Der Fokus war nun nicht mehr darauf ausgerichtet, die Patienten mit ihren vergessenen realen traumatischen Erlebnissen in Kontakt zu bringen, sondern vielmehr sie an ihre frühen Fantasien und Vorstellungen, die den Patienten zum Teil zu keinem Zeitpunkt ihres Lebens bewusst waren, heranzuführen. Es ging also nicht mehr, wie zuvor im kathartischen Verfahren, um ein Abreagieren eingeklemmter Affekte, sondern darum, tiefe, nicht bewusste und in der psychischen Verarbeitung überfordernde Vorstellungsinhalte zutage zu fördern.

Um dieses Ziel zu erreichen, musste Freud sich von der bisher praktizierten Hypnose verabschieden, da sich nun die Patienten über die Technik der freien Assoziation aktiv an dem therapeutischen Geschehen beteiligen sollten. Die Aufgabe der Patienten war es, während sie auf der Couch lagen, dem Psychoanalytiker möglichst alles zu sagen, was ihnen gerade in den Sinn kam. So wurden die Patienten in einen Modus versetzt, der ihnen und auch dem Therapeuten einen Zugang zu den unbewussten Inhalten ermöglichte.

Freud, der neben seiner psychotherapeutischen Tätigkeit auch immer um ein wissenschaftliches Verständnis bemüht war, richtete sein Interesse zunehmend auf die Phänomene unbewusster Prozesse, insbesondere auf den Vorgang der Verdrängung. Im Zuge dieser Beschäftigung entwickelte er im Jahre 1900 das sog. topografische Modell, das auch unter dem Begriff „Eisbergmodell“ bekannt geworden ist (Freud 1900). So wie eine topografische Landkarte die Oberflächenstrukturen eines Gebietes aufzeigt, um z. B. Höhenunterschiede und Besonderheiten der Vegetation erkennbar zu machen, entwickelte Freud eine Topografie des Unbewussten, die im Folgenden näher beschrieben werden soll.

2.3.1.1 Das topografische Modell

Dieses Modell lässt sich anhand einer kleinen Übung erklären: Hören Sie doch kurz auf zu lesen, blicken Sie mal von diesem Buch auf und erinnern Sie sich an einen schönen Moment in Ihrem letzten Urlaub. Vielleicht war es, als Sie nach einer beschwerlichen Wanderung den Gipfel bestiegen und bei einer wunderschönen Aussicht Rast gemacht haben oder wie Sie am Meer in der Sonne liegend entspannt und zufrieden dem Rauschen der Wellen zuhörten. Diese Vorstellung ist nun, wo Sie sich gedanklich damit befassen, in Ihrem Bewusstsein gegenwärtig. Im nächsten Augenblick kann sie jedoch verschwinden, da Sie sich wieder voll und ganz auf diesen Text konzentrieren. Es wäre aber jederzeit möglich, diese Vorstellung wieder auftauchen zu lassen. Sie ist also die ganze Zeit latent vorhanden (vgl. Freud 1912). Für solche latenten Vorstellungen, die jederzeit bewusst werden können, führte Freud den Begriff „Vorbewusstsein“ ein.

Es ist keineswegs so, dass das Handeln ausschließlich bewusst gesteuert und geregelt wird, vielmehr können viele Motivationen oder auch Intentionen von Handlungen unbewusst sein. Diese Annahme Freuds war damals revolutionär, da in der wissenschaftlichen Gemeinschaft die Meinung vorherrschte, dass nur Bewusstes auch psychisch sein könne. Als Gegenbeweis erwähnt Freud die sog. posthypnotische Suggestion, die er in Frankreich bei Bernheim intensiv studiert hatte. Dem Patienten wird unter Hypnose ein bestimmter Auftrag erteilt, den er, nachdem er aus der Hypnose aufgewacht ist, ausführen soll. Wenn dieser Auftrag von dem Patienten nun tatsächlich ausgeführt wird, er sich aber nicht an die Hypnosesitzung, in der ihm der Hypnotiseur diesen Auftrag erteilt hatte, erinnern kann, ist ihm die eigentliche Ursache seiner Handlung nicht bewusst, sie ist also unbewusst. Aber dieses Unbewusste ist im Handeln dieses Patienten wirksam (vgl. Freud 1912).

Genauso versteht Freud die Symptome seiner Patienten: Die Ursache einer neurotischen Angst ist genau wie die posthypnotische Suggestion unbewusst, im aktuellen Handeln und Erleben ist sie aber wirksam. So muss der Patient mit einem Waschzwang aus Angst vor Infektionen regelmäßig seine Hände waschen. Er selbst erlebt diese Handlungen zwar als übertrieben und unangemessen, also als ich-dyston, muss sie aber dennoch ausführen, da die Angst ansonsten unerträglich würde. Der wahre Grund dieses Waschzwangs ist dem Patienten nicht bewusst.

Auch der sog. Versprecher bzw. die Freud'sche Fehlleistung ist ein weiteres Beispiel dafür, wie Unbewusstes das tägliche Handeln bestimmen kann. In einer Rede der damaligen Bundeskanzlerin Angela Merkel am 01.12.2008 spricht sie den Hessischen Ministerpräsidenten und stellvertretenden CDU-Vorsitzenden Roland Koch mit „Lieber Roland Kotz“ an. Aus psychodynamischer Sicht würde man den Versprecher dahingehend interpretieren, dass hier unbewusst eine tiefe Antipa-

thie gehegt wird, die aber so heftig und bedrohlich ist, dass sie nicht bewusst werden darf. Durch eine kurze Unaufmerksamkeit oder auch Unkonzentriertheit verlor die Rednerin die volle Kontrolle über ihr Handeln, so dass Teile ihres Unbewussten Einfluss auf ihr reales Handeln nehmen konnten.

Freud geht davon aus, dass der Mensch grundsätzlich darum bemüht ist und hierfür auch ständig Energie aufwenden muss, Inhalte des Bewussten bzw. Vorbewussten von denen des Unbewussten getrennt zu halten. Diese Kräfte zeigen sich in Form von Widerstand oder Abwehr. Widerstand bedeutet, dass ein Mensch konkrete Handlungen unternimmt, um die Bewusstwerdung unangenehmer Inhalte zu verhindern. Dies kann z. B. beharrliches Schweigen in der Therapie oder systematisches Zuspätkommen zu den Therapiesitzungen sein. Unter Abwehr wird dagegen ein nicht beobachtbarer innerpsychischer Prozess verstanden, der einen Menschen daran hindert, bewussten Zugang zu bestimmten Erinnerungen oder Gefühlen zu erhalten. In der Psychoanalyse sind eine große Anzahl an unterschiedlichen Abwehrmechanismen beschrieben worden, auf die an späterer Stelle in diesem Kapitel nochmals eingegangen werden wird (siehe Abschn. 2.3.2).

Je größer die Bedeutung unbewusster Inhalte ist, umso stärker ist ihr Bestreben, bewusst zu werden. Umso mehr Energie muss also aufgewendet werden, diese Inhalte vom Bewusstsein fernzuhalten. Da diese Energie z. B. im Schlaf nicht bereitgehalten werden kann, können Träume unbewusste Inhalte, allerdings in verzerrter Form, zutage fördern. Ebenso bedeutet das Liegen auf der Couch kombiniert mit der Aufforderung, frei zu assoziieren, eine Schwächung der Kontrolle bzw. des Ichs, so dass hier ein Rahmen geschaffen wird, in dem Unbewusstes nur schwer vom Bewusstsein ferngehalten werden kann. In dieser frühen Phase der Psychoanalyse ging es also in erster Linie darum, Zugang zum Unbewussten zu erhalten.

Jede psychische Aktivität ist zunächst unbewusst. Je nachdem, wie stark diese abgewehrt werden muss, entscheidet sich dann, ob diese bewusst bzw. vorbewusst werden kann oder unbewusst bleiben soll. Aus dieser Vorstellung erklärt sich, warum das topografische Modell auch als Eisbergmodell bezeichnet wird, da wie beim Eisberg, bei dem nur ein sehr kleiner Teil über die Wasseroberfläche ragt, auch nur ein sehr kleiner Teil der psychischen Aktivitäten bewusst werden kann. Freud vergleicht diesen Vorgang mit der Fotografie. Alle Fotos liegen zunächst als Negative vor. Nun wird ausgewählt, welche dieser Negative zu Fotos weiterentwickelt werden sollen (Freud 1912).

2.3.1.2 Lebenstrieb und Todestrieb

Während die bisherigen Ausführungen zur Psychoanalyse auf die Dynamik der bewussten, vorbewussten und unbewussten Inhalte fokussierten, wird mit der nun zu beschreibenden Triebtheorie eine zentrale Ergänzung vorgenommen, die allerdings

inhaltlich eng an dem topografischen Modell angelehnt ist, d. h. in das topografische Modell integriert werden kann. Im Jahr 1924 schrieb Freud: „Die Trieblehre ist das bedeutsamste, aber auch das unfertigste Stück der psychoanalytischen Theorie“ (Freud 1905, Zusatz 1924, S. 77). Entsprechend dieser Feststellung befand sich Freud auf der Suche, dieses komplexe Phänomen adäquat fassen zu können. Als Ausdruck dieser Suche lässt sich auch die Tatsache verstehen, dass Freud insgesamt drei verschiedene Triebtheorien entwickelte. Im Folgenden soll ausschließlich seine letzte Version der Triebtheorie, nämlich der Todes- und der Lebenstrieb berücksichtigt werden.

Freud sieht den Trieb als eine Unterkategorie der Gruppe der Reize, die alle in der einen oder anderen Form Auswirkungen auf psychisches Erleben haben. Er unterscheidet die sog. äußeren von den inneren Reizen. Als Beispiel für einen äußeren Reiz nennt Freud einen starken Lichtstrahl, der auf das Auge fällt und sich in der einen oder anderen Form auch im psychischen Erleben niederschlägt. So kann das helle Licht als sehr unangenehm erlebt werden, da man sich geblendet fühlt. Möglicherweise wird man irritiert die Augen schließen oder den Kopf vom Lichtstrahl wegbewegen. Während ein solcher Lichtstrahl zu den physiologischen, also von außen kommenden Reizen zählt und der Körper durch entsprechende motorische Aktivitäten den Einfluss dieses Reizes regulieren kann, existiert nach Freud daneben eine völlig andere Gruppe von Reizen, nämlich die aus dem Inneren kommen und daher in ihrer psychischen Repräsentanz eine völlig andere Qualität besitzen. Diese inneren Triebreize tauchen nicht wie ein Lichtstrahl plötzlich auf und lassen sich auch nicht so einfach über motorische Aktivitäten regulieren, sondern bilden eine konstante Kraft, die sich mal in größerer und mal in kleinerer Intensität zeigt. Triebe sind ausschließlich biologisch begründet und verschließen sich zunächst einer bewussten Wahrnehmung. Bewusst sind nur die Vorstellungen oder emotionalen Zustände, die diese Triebe im Menschen auslösen. So bildet für Freud der Trieb das Bindeglied zwischen dem Somatischen und dem Psychischen (vgl. Freud 1915a). Die psychische Repräsentanz des Triebs, die im Gegensatz zum Trieb selbst grundsätzlich bewusst werden kann, wird Triebabkömmling genannt. So könnte ein innerer körperlicher Zustand als Ausdruck von Hunger interpretiert und somit bewusst werden. Dies könnte dann dazu führen, dass man in die Küche geht und sich genuss- und auch lustvoll Essen einverleibt. Dieser Trieb wird nun beim Vorgang des Essens durch das Erleben der oralen Befriedigung als Triebabkömmling bewusst erfahrbar.

Ausgehend von dem obigen Beispiel ist es nicht weiter erstaunlich, dass Freud vorschlägt, den Triebreiz „Bedürfnis“ und die Aufhebung dieses Triebreizes „Befriedigung“ zu nennen (vgl. Freud 1915a).

Die Merkmale eines Triebes umschreibt Freud mit den vier Begriffen „Drang“, „Ziel“, „Objekt“ und „Quelle“ (Freud 1915b). Mit „Drang“ beschreibt er das motorische, spannungsvolle Moment des Triebes. Dies könnte das Körpergefühl sein, das sich einstellt, wenn gerade die Lieblingsspeise auf den Teller gefüllt wird und man den drängenden Impuls verspürt, sich mit großer Hast und Lust dieses Essen einzuverleiben. Das Ziel ist immer die Befriedigung des Triebes, um den spannungsvollen Zustand zu reduzieren. Dies kann beispielsweise die erlebte anale Lust beim Stuhlgang, die orale Befriedigung beim Rauchen einer Zigarette oder auch die genitale Lust beim Geschlechtsverkehr sein. Hier klingt schon an, dass die Objekte der Triebbefriedigung sehr unterschiedlich sein können. Nach Freud stellen die Objekte das Variabelste am Trieb da. Sie sind keineswegs ursprünglich mit dem Trieb verknüpft, sondern werden vor allem deshalb gewählt, weil sie aktuell eine Triebbefriedigung ermöglichen. So lässt sich bei Rauchern nicht selten beobachten, dass eine Zigarette geraucht wird, statt den Hunger durch Aufnahme von Nahrung zu reduzieren. Die Quelle verweist auf den körperlichen Ursprung, also die jeweilige erogene Zone. „Auf dem Weg von der Quelle zum Ziel wird der Trieb psychisch wirksam“ (Freud 1933, S. 103).

Heute lehrt uns die Biologie, dass alle höhere Organismen, so auch der Mensch, eingebaute Mechanismen haben, die Alterungsprozesse einleiten, welche letztlich den Tod herbeiführen. Im Gegensatz hierzu lassen sich die einzelligen Lebewesen, die sich durch Zellteilung vermehren, als potenziell unsterblich betrachten. Somit ist die Endlichkeit des menschlichen Lebens in der Natur des Menschen selbst angelegt. Über Umwege kam Freud zu genau dieser Erkenntnis, die zur Neuformulierung seiner Triebtheorie führte. Es gibt also einerseits eine zentrale Kraft, die danach strebt, etwas Neues zu schaffen, der Lebenstrieb. Und diametral entgegen steht eine Kraft, die den Tod herbeiführt. „Das Ziel alles Lebens ist der Tod“ (Freud 1920, S. 40). Aus ganz unterschiedlichen Beobachtungen, bei denen seine bisherige Theorie als Erklärungsansatz versagte, wurde er sukzessive zu der Annahme des Todestriebs hingeführt.

Konkret waren es die Träume von durch Eisenbahnunfälle traumatisierten Menschen oder auch heimgekehrten Soldaten aus dem Ersten Weltkrieg, die wiederkehrend ihre schrecklichen Erlebnisse zum Trauminhalt hatten. Freud ging ursprünglich, wie bereits dargestellt, davon aus, dass die Lustbefriedigung der zentrale Antrieb menschlicher Aktivitäten sei. In diesem Sinne verstand er auch die Träume, die irgendwo im Verborgenen immer eine Form der Wunscherfüllung darstellten. Die wiederholte Beobachtung aber, dass traumatisierte Menschen in ihren Träumen immer wieder Schreckliches erleben müssen, stand in klarem Widerspruch zu dieser Annahme. Wie kann es sein, dass hier ein Mechanismus greift,

der aus dem Unbewussten den Traum mit Inhalten anreichert, die konträr zum Lustprinzip stehen?

Ferner waren es die Erfahrungen in den psychoanalytischen Behandlungen von Patienten, die, anstatt die leidvollen Momente ihrer Vergangenheit zu erinnern und durcharbeiten, diese in irgendeiner Form aufs Neue wiederholen und durchleben mussten.

Diesem Phänomen gab er die Bezeichnung „Wiederholungszwang“ und verstand darunter Dynamiken, wenn sich z. B. die Tochter eines alkoholkranken Vaters mit einem alkoholabhängigen Mann verheiratet und mit ihm ganz ähnliches Leid durchleben muss, wie sie es bereits in ihrer Kindheit mit ihrem Vater erfahren hat. Wie kann es sein, dass ein Mann, der als Kind nie Anerkennung bei seinen Eltern finden konnte, sich nun mit einer leistungs- und karriereorientierten Frau liiert, um an ihrer Seite in dem ständigen Gefühl der Minderwertigkeit das in der Kindheit erfahrene Leid noch einmal durchleben zu müssen? Auch hier scheiterte die Annahme des Lustprinzips als das einzige und zentrale Motiv menschlichen Handelns. Freud kam zum Schluss, dass es einen Wiederholungszwang geben müsse, der sich über das Lustprinzip hinwegsetzt (vgl. Freud 1920).

Aufgrund dieser unterschiedlichen Beobachtungen ging Freud einen Schritt weiter und nahm nun einen innewohnenden Drang an, der zum Ziel hat, einen früheren Zustand wiederherzustellen. In seinen Ausführungen in „Jenseits des Lustprinzips“ spricht Freud zunächst von einem *konservativen* Trieb, den er dann später als Todestrieb bezeichnet. Dieser konservative Trieb oder eben auch Todestrieb, der einen zuvor erlebten Zustand anstrebt, ist die zentrale Kraft, die den Menschen auch in den Zustand der Regression bringt.

Mit Regression wird der Vorgang bezeichnet, wenn ein Mensch ein bereits erreichtes psychisches Funktionsniveau verlässt und zu einem lebensgeschichtlichen früheren Niveau des Denkens, Handelns und Fühlens zurückkehrt. Auch wenn der Begriff eine zentrale Rolle für das pathologische Verständnis spielt, gibt es auch gesunde regressive Momente, z. B. wenn ein Liebespaar eng umschlungen die gemeinsame Nähe genießt oder man sich nach und nach von den aktiven Gedanken und Vorstellungen verabschiedet, um sich schließlich in den Schlaf zu begeben.

Während also das Ziel des Todestriebs darin besteht, die bestehenden Zusammenhänge aufzulösen, strebt der Lebenstrieb danach, größere Einheiten herzustellen und zu erhalten. In diesem neuen energetischen Konzept lässt sich menschliches Handeln und Erleben immer aus einer Mischung oder auch Entmischung dieser beiden Triebe verstehen, d. h. in Reinform lassen sich diese Triebe nie beobachten. So ist z. B. der Sexualakt eine Aggression mit der Absicht der innigsten Vereinigung. „Ein stärkerer Zusatz der sexuellen Aggression führt den Liebhaber

zum Lustmörder, eine starke Herabsetzung des aggressiven Faktors macht ihn scheu oder impotent“ (Freud 1940, S. 71).

Um als Individuum leben zu können, muss der Todestrieb, der den früheren anorganischen Zustand herstellen möchte, nach außen gerichtet werden. Auf Basis dieses Vorgangs erklärt Freud die aggressiven Tendenzen, die einem jeden Menschen innewohnen.

Mit der Ausbildung des Über-Ichs (vgl. Abschn. 2.3.1.4) werden große Teile des Aggressionstrieb im Inneren des Ichs fixiert und wirken dort selbstzerstörend. Dies zeigt sich z. B. im Sinne der Wendung gegen die eigene Person, wenn sich jemand im Wutanfall die Haare rauft oder mit den Fäusten gegen eine Wand schlägt.

2.3.1.3 Die psychosexuellen Phasen

Mit der Entwicklung der hier vorgestellten Phasentheorie beschreibt Freud, orientiert an der Entwicklung des Sexualtriebs, ein Modell, das nicht nur im Hinblick auf das subjektive kindliche Erleben revolutionär war, sondern auch die zentrale Basis bildete, um die Entstehung von psychischen Störungen zu beschreiben. Auch wenn dieser Ansatz enorme Erweiterungen und auch Ergänzungen erfahren hat, war es vor allem Freuds Verdienst, den Lustgewinn des Kindes, der sich entwicklungsabhängig an den verschiedenen Körperzonen ausrichtet, zu beschreiben. Während Freud die unterschiedlichen Entwicklungsphasen vor allem triebtheoretisch dachte, sind diese heute um Ich-psychologische, objektbeziehungstheoretische sowie selbstpsychologische Perspektiven erweitert worden.

Das sexuelle Leben beginnt nach Freud bereits nach der Geburt und hat zunächst nur mit Lust und nichts mit den Genitalien zu tun. Allgemein umfasst das Sexualleben die Funktion der Lustgewinnung aus den verschiedenen Körperzonen. Freud nimmt einen zweiseitigen Ansatz des Sexuallebens an. Die eine Seite fokussiert auf die vorpubertäre Zeit, die ihren Höhepunkt im Alter von fünf Jahren erreicht und dann in die Latenzzeit übergeht. Diese infantile Sexualäußerung ist nach Freud durch die folgenden drei Charakteristika gekennzeichnet: 1) Sie entsteht in Anlehnung an eine wichtige Körperfunktion. 2) Sie ist autoerotisch, d. h. es existiert noch kein Sexualobjekt. 3) Das Ziel der Befriedigung steht unter der Herrschaft der für die Phase spezifischen erogenen Zone (vgl. Freud 1905). Der Sexualtrieb zeigt sich hier in Form der jeweils für die entsprechende psychosexuelle Phase typischen Partialtriebe.

Der zweite Teil, die sog. genital geprägte Sexualität, nimmt seinen Anfang erst mit Eintritt in die Pubertät, also der Geschlechtsreife. Hier werden die Partialtriebe idealerweise in den einen Sexualtrieb integriert und in den Dienst der Fortpflanzung gestellt.

<https://www.springer.com/9783662587119>

Psychotherapie

Helle, M. 2019, IX, 204 S. Mit Online-
Extras, Softcover ISBN:

978-3-662-58711-9