

Zur Genealogie des psychoanalytischen Settings

In seinem Buch *Lehrjahre auf der Couch*, das in den 1970er Jahren großes Aufsehen erregte, versucht der Psychoanalytiker Tilmann Moser an seinem eigenen Fall das Funktionieren des psychoanalytischen Settings aus der Innenperspektive zu beschreiben. Der Text, der sich fast ausschließlich mit der intersubjektiven Dynamik zwischen Analysand und Analytiker befasst, schwenkt in einer kurzen Sequenz unerwartet auf das für die Psychoanalyse emblematische Möbelstück:

»Seine Couch war am Kopfende in der Höhe verstellbar. Ich hatte mich an eine mittlere Einstellung gewöhnt, also: Gestänge unten an der Couch in der ersten oder zweiten Ritze, dazu ein Kissen. Eines Tages kam ich zu einer anderen Zeit, und irgendein Idiot von Mitpatient, offensichtlich mit einem ganz verdrehten Hals, der vor mir dagewesen war, hatte die Couch und somit die Höhe verstellt; außerdem war das Kissen weg. Ich lag also völlig flach, und siehe da: ich bekam eine Panik. Es begann sich in meinem Kopf zu drehen, es fiel mir das Bild eines Kipplastwagens ein, auf dem ich lag und der sich langsam hob, die Ladefläche war die Couch, Beine langsam nach oben, immer höher, bald würde ich kopfüber in seinen Schoß kippen. Ich hielt das Ganze in hemmungsloser Projektion für eine perfide Veranstaltung des Teufels, mit dem ich den Analytiker ohnehin oft im Bunde glaubte, und fing an zu stöhnen.«¹

Die Ironie dieser erstaunlichen Passage liegt darin, dass die materielle Grundlage der Behandlung erst dann thematisiert werden kann, wenn sie nicht mehr in der gewohnten Weise funktioniert: eine geringfügige Veränderung und die Couch erscheint dem Analysanden nur noch als tückische Teufelsmaschine, der er sich allein nach und nach durch die Zuhilfenahme weiterer Kissen entwinden kann. Weder dieser noch andere Berichte aus der Praxis halten sich jedoch länger bei den materiellen Gegebenheiten des psychoanalytischen Settings auf. Die Couch ist das mythische Emblem der Psychoanalyse geworden: Ihre konkrete Rolle und ihre Geschichte sind jedoch bisher noch nicht genauer untersucht worden.² Das psychoanalytische Setting gilt heute in westlichen Gesellschaften als ein vertrautes Ritual, ein Set von Konventionen, das, wenn nicht aus eigener Erfahrung, so doch aus Darstellungen in Romanen und Filmen hinlänglich bekannt ist. Die Populärkultur scheint hier die Elemente zu einer Reflexion bereitzustellen, die von historischen, soziologischen oder ethnologischen Arbeiten über Psychoanalyse bisher ausgespart blieb.³

Das Grundproblem für einen distanzierten Zugang zur analytischen Praxis liegt zunächst in ihrer prinzipiellen Unzugänglichkeit. Sie findet in einem Raum statt, zu dem nur zwei Personen Zutritt haben, der behandelnde Psychoanalytiker und der

zahlende Patient, dessen Privatsphäre geschützt werden muss. Was sich in diesem geschlossenen Raum abspielt, kann man Freud zufolge nur durch »Hörensagen« erfahren.⁴ Die Psychoanalyse stellt damit einerseits historisch eine besondere Ausprägung der am Ende des 19. Jahrhunderts stattfindenden Privatisierung psychotherapeutischer Behandlung dar, in der Individuen isoliert als Fälle betrachtet werden. Andererseits jedoch reklamierten Freud und seine Anhänger auch, mithilfe eines neuen Arrangements einen wissenschaftlichen Zugriff auf das psychisch Unbewusste gewonnen zu haben. Eine psychoanalytische Behandlung, die im wesentlichen aus einem Austausch von Worten besteht, hätte demnach immer auch den Charakter einer experimentellen Situation. Mit diesem Anspruch beerbte die Psychoanalyse den Hypnotismus, der im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts als ein aussichtsreicher Kandidat für eine neue Laborwissenschaft galt. Die historischen Ausprägungen dieser zwei miteinander verbundenen Prozesse – die Privatisierung und Isolierung von Patienten und die Erfindung von neuen experimentellen Arrangements – werden im Folgenden genauer betrachtet. Das Verhältnis zwischen den diversen Laboratorien des Hypnotismus und dem psychoanalytischen Setting wird dabei nicht als ein teleologisches, sondern als ein genealogisches aufgefasst. Nach der programmatischen Formulierung Foucaults widersetzt sich die Genealogie der Suche nach dem »Ursprung«: Sie will »die Singularität der Ereignisse festhalten, fern von jeder monotonen Finalität; ihnen dort auflauern, wo man sie am wenigsten erwartet und in dem, was am wenigsten eine Geschichte zu haben scheint (...); ihre Wiederkehr fassen, nicht um die langsame Kurve einer Entwicklung zu zeichnen, sondern um die verschiedenen Szenen wiederzufinden, in denen sie verschiedene Rollen gespielt haben«.⁵

Der genealogische Gang ›in die Niederungen‹ setzt zunächst voraus, die diversen Ursprungsmythen der Psychoanalyse zu verabschieden. Wenn etwa die Annahme eines epistemologischen Bruchs zwischen Hypnotismus und Psychoanalyse aufgehoben wird, dann lässt sich Freuds Praxis als Hypnose-Arzt nicht mehr als bloßes Vorspiel zur ›Entdeckung des Unbewussten‹ in seiner zum psychoanalytischen Gründungsakt stilisierten Selbstanalyse behandeln.⁶ Was der historischen Analyse verbleibt, sind nunmehr die Konvergenzen und Divergenzen verschiedener Techniken zur Bearbeitung ein- und desselben Bereichs in unterschiedlichen Wissenskulturen. Das Ziel einer Genealogie des psychoanalytischen Settings kann sich folglich nicht in der Enthüllung von Irrtümern oder Täuschungsmanövern Freuds erschöpfen. Das hieße nochmals jener personalistischen Verkürzung zu erliegen, die die Taten einzelner Akteure als Ursachen weittragender historischer Prozesse ansieht.⁷ Was »am wenigsten eine Geschichte zu haben scheint«, sind nicht die Patienten und die sie behandelnden Psychoanalytiker, ist das Um- und Weiterschreiben ihrer Geschichte doch der Gegenstand einer umfangreichen Literatur. Es ist vielmehr die sie umgebende und rahmende Objektwelt, die jeglicher Historizität zu entbehren scheint. Der Umstand, dass die Freudsche Technik – und bereits zuvor die Hypnose – mit der Zergliederung der Psyche und dem Aufdecken von ›inneren‹ Objekten be-

fasst ist, hat die Aufmerksamkeit von den variablen materiellen Settings hin zu den scheinbar jeder spezifischen Lokalität enthobenen Fallgeschichten gelenkt.⁸ Das räumliche Arrangement von Patient und Arzt sowie der Einsatz von verschiedenen materiellen Komponenten sind daher parallel zu der sozialen Konfiguration der jeweiligen hypnotischen und psychoanalytischen Behandlungsszenarios zu rekonstruieren.

Effekte der Sichtbarkeit: Experimentalkulturen des französischen Hypnotismus zwischen Klinik, Bühne und Labor

Wenn eine Genealogie des psychoanalytischen Settings zwar nicht von einem Ursprungsmodell ausgehen kann, muss sie dennoch eine bestimmte historische Szenerie zum Ausgangspunkt nehmen. Diese Szenerie entfaltet sich in der vielgestaltigen Forschungslandschaft, in der sich Philosophen, Neurologen, Psychiater und Physiologen in der zweiten Hälfte des neunzehnten Jahrhunderts um ein Verständnis der in Verbindung mit hypnotischen Zuständen auftretenden Phänomene bemühten. Das in den 1870er Jahren rasch ansteigende Interesse an der Hypnose war bereits von einer populären Deutungskultur solcher Phänomene vorbereitet: mesmeristische Kuren, die Auftritte von Bühnenmagnetisierenden und spiritistische Sitzungen waren während des ganzen Jahrhunderts hindurch Gegenstand öffentlicher Diskussionen gewesen. Die zahlreichen Kontroversen um den Mesmerismus lassen sich nicht nach einem Modell begreifen, nach dem sich eine Reihe von okkulten Praktiken der Überprüfung durch eine offiziell anerkannte Wissenschaft zu unterwerfen hatten. In den 1840er und 1850er Jahren bestand weitgehend noch kein Konsens über die Abgrenzung und Methoden vieler wissenschaftlicher Disziplinen.⁹ Erst mit der Einrichtung von Laboren und der Regulierung des Unterrichts im letzten Drittel des Jahrhunderts wurden Grenzen zwischen wissenschaftlichen und öffentlichen Räumen und damit auch zwischen Laien und Experten zunehmend stärker abgesteckt. Dieser Prozess betraf vor allem die Medizin, die sich einerseits in verschiedene Fachrichtungen spezialisierte, andererseits durch eine Kombination von »Krankenhausmedizin« und »Labormedizin« geprägt war.¹⁰ Die Krankenhausmedizin, wie sie sich exemplarisch in den großen Pariser Hospitälern nach der Französischen Revolution herausbildete, ermöglichte eine hohe räumliche Konzentration von Patienten, die Entwicklung von neuen Forschungsmethoden und Instrumenten und eine praxis- und ortsgebundene Ausbildung von Schülern. Obwohl die Labormedizin, mit der in Frankreich und Deutschland aufkommenden experimentellen Physiologie und Bakteriologie, zunehmend den Titel einer wissenschaftlichen Medizin für sich reklamierte, war bereits das Krankenhaus in vielen Pariser Kliniken als ein Experimentierfeld konzipiert.¹¹

Eine prominente Ausprägung dieser Praxis stellte die Klinik des Neurologen Jean-Martin Charcot an der Pariser *Salpêtrière* dar. Dieser hatte Ende der 1870er

Jahre eine Reihe von populären Techniken der Hypnotisierung in ein neues klinisches Arrangement – ein »Labor« der Hypnose – integriert. Der »große Hypnotismus«, den Charcot seinen Kollegen 1882 in der Pariser *Académie des sciences* als ein neues experimentelles Verfahren vorstellte, lässt sich nicht als eine Wiederkehr des Mesmerismus oder eine dem Zeitgeist geschuldete Vorliebe für okkulte Phänomene verstehen, sondern ist vielmehr in einer spezifischen Ausprägung dieser beiden Typen von Medizin zu verorten. Durch die neuartige Kombination von vormodernen und modernen Verfahren, die die Experimentalkultur der *Salpêtrière* auszeichnete, sollte der Hypnotismus zum Prototyp einer in der Klinik verankerten Experimentalpsychologie werden. Das Verhältnis von Experimentator und Versuchsperson bildete sich historisch im Rahmen der sozialen Relation von Arzt und Patient heraus, die in der Krankenhausmedizin von einem asymmetrischen Machtverhältnis geprägt war.¹² Eine weitere Spezifik dieser neuen Arrangements stellte der Einsatz einer vielfältigen Objektwelt dar: Einerseits wurde eine Reihe von neuen Apparaturen eingesetzt, die die in der Hypnose auftretenden Phänomene messbar und kontrollierbar machen sollten; andererseits waren die Klinik und die Privatpraxis Charcots mit verschiedenen musealen Objekten ausgestattet, die zu verschiedenen strategischen Zwecken mobilisiert wurden.¹³

In einem Labor kommt es in der Regel zu einer Neudefinition des in der Alltagswelt geltenden Status von menschlichen und nicht-menschlichen Handlungsträgern. Wie eine Reihe von anthropologischen und historischen Arbeiten gezeigt hat, vollzieht sich die Herstellung und Etablierung von naturwissenschaftlichen Fakten in einem Prozess, in dem neben den beteiligten Wissenschaftlern auch die materiellen Komponenten eine signifikante Rolle spielen.¹⁴ Die unter Charcots Leitung an Hysterischen vorgenommenen Experimente wurden an der *Salpêtrière* am Ende der 1870er Jahre innerhalb eines strategischen Ensembles von Apparaturen und Maschinen durchgeführt, das keinen Zweifel darüber aufkommen lassen sollte, dass nicht der Arzt als ein moralischer Agent, sondern ausschließlich physische Agenten auf die Sinne der Versuchspersonen einwirkten. Diese Maschinerie erlaubte es den Ärzten, während des Experiments in verschiedenen Sequenzen ab- und anwesend zu sein. Während einer Hypnose-Sitzung wurden die Ärzte oder deren auf die Versuchspersonen einwirkende Körperglieder (Augen, Hände) jeweils demonstrativ durch optische und akustische Apparaturen ersetzt. Als typisch kann die allererste Serie von Experimenten gelten, die Charcot vor einem internationalen Fachpublikum in seiner Klinik veranstaltete: Nachdem dieser eine seiner Patientinnen durch Fixieren auf die Augen oder den Finger in Hypnose versetzt hatte, brachten die Assistenten sie in einen verdunkelten Raum, wo als Ersatz für den Blick des Arztes ein grelles elektrisches Licht eingesetzt wurde, vor dem sie kurz darauf in einen Zustand kataleptischer Unbeweglichkeit fiel.¹⁵ Ausgehend von derartigen Demonstrationen reklamierten die Pariser Forscher, dass nur physische Agenten auf die Versuchspersonen wirkten und somit der Arzt mit seiner sozialen Autorität keinen entscheidenden Faktor in einem Hypnose-Experiment darstellte.

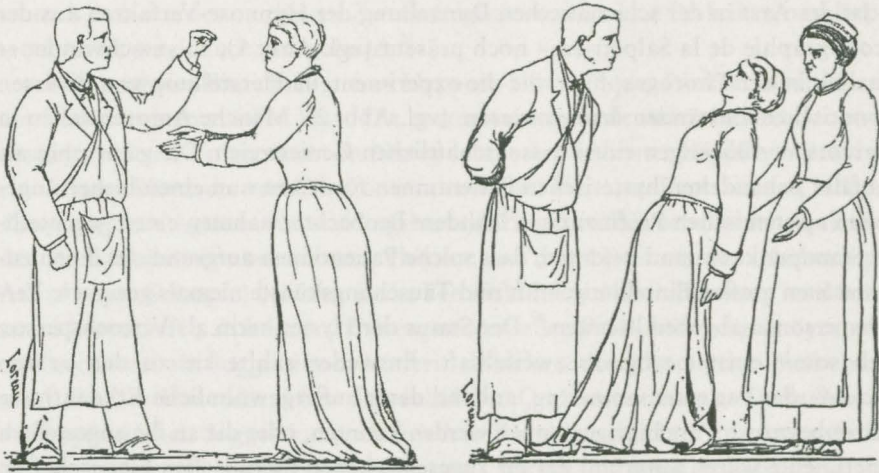


Abbildung 1: Hypnose-Verfahren nach Bourneville und Régnard 1879/80
 (in: Désiré-Magloire Bourneville u. Paul Régnard: Iconographie photographique de la Salpêtrière, Paris 1879/80)



Abbildung 2: »Durch das Geräusch der Klanggabel hervorgerufene Katalepsie«
 (in: Désiré-Magloire Bourneville u. Paul Régnard: Iconographie photographique de la Salpêtrière, Paris 1879/80)

Ist der Arzt in der schematischen Darstellung der Hypnose-Verfahren aus der »Iconographie de la Salpêtrière« noch präsent (vgl. Abb. 1), so verschwindet er gänzlich in den Photographien, die die experimentelle Herstellung von diversen hypnotischen Zuständen demonstrieren (vgl. Abb. 2). Manche Autoren sahen in Charcots Vorführungen einen wissenschaftlichen Geniestreich: Die gemeinhin als »Abfall« behandelten hysterischen Patientinnen förderten nun einen bisher ungeahnten epistemischen Profit zutage.¹⁶ Andere Beobachter nahmen einen gegenteiligen Standpunkt ein und betonten, dass solche Patientinnen aufgrund der ihnen zugemessenen großen Einbildungskraft und Täuschungskünste niemals geeignete Versuchspersonen abgeben könnten.¹⁷ Der Status der Hysterikerin als Versuchsperson blieb somit epistemologisch zweifelhaft: Entweder zählte sie zu den »raren Stücken« der Patientensammlung, anhand derer außergewöhnliche Erkenntnisse über unbewusste Vorgänge gewonnen werden konnten, oder die an ihr angestellten Experimente waren aufgrund der ihr zugeschriebenen moralischen Eigenschaften prinzipiell wertlos.¹⁸

Angesichts dieser Lage suchte Charcot die positive Bewertung seiner Versuchspersonen unter Mobilisierung der materiellen Kultur seiner Klinik weiter abzusichern. Einerseits wurde ein auf Inskriptionen basierendes System eingeführt, das Simulanten zweifelsfrei überführen sollte; andererseits das klinische Referenzsystem auf außerklinische Bereiche wie die religiöse Ikonographie erweitert. Die Kombination beider Strategien erscheint zunächst widersprüchlich: Im einen Fall kamen die Instrumente der von Etienne-Jules Marey in Frankreich propagierten »graphischen Methode« zum Einsatz, um die in den Versuchspersonen experimentell erzeugten Nervenzustände in Form von Kurven der Messbarkeit und Kontrolle zuzuführen, während im anderen Fall künstlerische Darstellungen von religiösen Motiven als historische Zeugnisse für die Existenz der »großen Hysterie« bürgen sollten, wie sie Charcot beschrieben hatte. Mit der Anwendung der graphischen Methode bezogen Charcot und seine Schüler ihre Autorität über die Instrumente und folgten damit der Tendenz einer Mechanisierung der sozialen Relation zwischen Arzt und Patient in der modernen Krankenhausmedizin. Ein neues auf Inskriptionen basierendes System rekonfigurierte ältere Kontrollverfahren, die allein auf der direkten Überwachung des Patientenverhaltens durch die Ärzte, die Schwestern und andere Kranke beruhten.¹⁹ Der strategische Einsatz von künstlerischen Reproduktionen dagegen war ganz dem positivistischen Programm der »retrospektiven Medizin« verpflichtet. Die gesammelten Objekte sollten bezeugen, dass die neuropathologischen Krankheitsbilder sich bereits in der Vergangenheit genauso gezeigt hatten, wie sie von den Medizinern der *Salpêtrière* an den Patienten der Klinik demonstriert wurden. Das Museum fungierte damit primär als ein Ort, an dem Zeugnisse zur sicheren Überführung von zweifelhaften Symptomen oder Kranken versammelt waren. Beide Strategien zielten darauf ab, das Krankheitsbild in einer unzweideutigen Weise für die Ärzte sichtbar zu machen und die Entscheidung über eine Diagnose von den Aussagen der Patienten abzulösen. In der visuellen Kultur der Charcot-

schen Klinik wurden zu diesem Zweck folglich verschiedene Praktiken und Repräsentationen miteinander kombiniert.²⁰

Bald nach der Einrichtung eines Hypnose-Labors in der Pariser *Salpêtrière* traten Konkurrenten auf den Plan. Die prominenteste Rolle nahm hierbei der an der neugegründeten Universität von Nancy lehrende Mediziner Hippolyte Bernheim ein. Er attackierte die von Charcot veranstalteten Hypnose-Experimente, indem er alle physischen Agenten für wirkungslos erklärte. Zunächst behauptete er, all die in der *Salpêtrière* demonstrierten Phänomene des Hypnotismus (Lähmungen, Anästhesien, Krämpfe) bei einer Reihe von nicht-hysterischen Personen im Wachzustand hervorrufen zu können. Zur experimentellen Produktion dieser Symptome reichten »verbale Suggestionen« oder »einfache Aufforderungen« vollkommen aus.²¹ Der Tendenz nach zielten die zahlreichen Gegenexperimente, die die Wirkung der hypnotischen Suggestion an fast jedem Krankheitsbild vorführten, auf einen therapeutischen Einsatz der Hypnose, den Charcot und seine Anhänger zunächst ausgeschlossen hatten. Anknüpfend an den älteren Landarzt Ambroise Liébeault, der für verschiedene nervöse Störungen die heilende Wirkung des Schlafs propagiert hatte, machte sich Bernheim zum Wortführer einer therapeutisch orientierten Hypnose-Bewegung, die schon bald die Bezeichnung »Psychotherapie« auf ihre Fahnen schrieb.²² Bernheims Kritik, die eine längere Kontroverse zwischen Paris und Nancy eröffnete, bediente sich einer Reihe von Strategien, die auf eine Entmaterialisierung des Experimentalsettings zielten. Bernheim setzte bei seinen Demonstrationen wiederholt Instrumente (beispielsweise ein Stethoskop) ein, um zu zeigen, dass die Wirkungen auf den Körper des Kranken nicht vom Instrument selbst oder einer rein mechanischen Aktion ausgingen, sondern einzig von dessen Glauben daran. Mit derartigen Verfahren karikierte er den Einsatz von Instrumenten und physischen Agenten im Hypnose-Experiment der Pariser Ärzte. So ersetzte er den Magneten durch mehrere Gegenstände, »durch ein Messer, einen Bleistift, eine Flasche, ein Stück Papier, durch irgend ein Nichts«²³, um zu zeigen, dass sich das suggerierte Symptom in allen Fällen manifestierte.

Die Steigerung der Macht des Arztes über den Patienten blieb in Nancy an die soziale Konfiguration der Klinik gebunden. Im Gegensatz zu den mechanisierten Kontrollsystemen an der *Salpêtrière* beutete die Nancyer Suggestionmethode die soziale Struktur des Krankensaals und der Visite aus. Das Vertrauen des Patienten in den Arzt oder die Schwestern, die gruppenweise und sichtbare Anordnung der Kranken in den Zimmern waren wesentliche Bedingungen dafür, um mithilfe der Suggestion Effekte zu erzielen. Bernheims Darstellung zufolge hing eine erfolgreiche Suggestion an der spezifischen Form, in der der Arzt das *impression management* in der sozialen Interaktion mit den Patienten handzuhaben wusste. Während der Behandlung musste er fortwährend seine Autorität demonstrieren, um das Vertrauen der Patienten zu gewinnen, wobei das Verfahren jeweils auf deren Individualität abgestimmt wurde. Nicht allein der persönliche Takt des Arztes im Umgang mit den Kranken entschied, ob dessen Widerstände gebrochen werden konnten oder nicht.

Eine wesentliche Bedingung für den Behandlungserfolg stellte die besondere »suggestive Atmosphäre der Klinik« dar, in der der Patient auf die Prozedur vorbereitet wurde. Es sei entscheidend, dass die zu hypnotisierende Person »während einiger Tage in einer suggestiven Atmosphäre gelebt« habe und »von der Vorstellung durchdrungen sei, dass Jedermann suggestirbar sei.«²⁴ Diese Vorbereitung bestand in der Klinik darin, dass der neue Patient im Krankensaal ständig andere Patienten sah, die hypnotisiert wurden und deren Symptome verschwanden. Üblicherweise begann darum eine Bernheimsche Suggestion damit, dass in Gegenwart der zu hypnotisierenden Person eine oder mehrere andere Personen eingeschlafert wurden: zum einen, um die Zweifler von der Echtheit des Phänomens zu überzeugen, zum anderen, um die Natürlichkeit und Ungefährlichkeit des Vorgangs zu demonstrieren.

Die Suggestion erwies sich somit in Nancy als hochgradig ortsgebundenes Verfahren. Diese entscheidende Rolle der Lokalität musste beim Transport des Verfahrens an einen anderen Ort (die Privatpraxis oder die Familie des Kranken) Probleme verursachen. Bernheim betonte, dass man in der Stadtpraxis viele Personen finde, »die durch unwissende Ärzte über die Gefahren des Hypnotismus unnötig mit Schreck erfüllt sind (...), man stösst dann auf einigen Widerstand. Wenn möglich, soll die Person, die man hypnotisieren will, in einer dem Hypnotiseur ergebenen und vertrauenden Umgebung sein; dann ist das Terrain in kurzer Zeit richtig vorbereitet, und die Person überliefert sich rückhaltlos dem Arzte.«²⁵ Damit erfuhr die von Charcot und anderen Pariser Ärzten behauptete Universalität der hypnotischen Phänomene eine erhebliche Einschränkung: Bernheim zufolge waren es spezifische lokale Bedingungen, die über den Erfolg der Suggestion entschieden.

Ausgehend von dieser Entzauberung der Pariser Experimentalpraxis war es nur ein kleiner Schritt, die Hypnose als einen reinen Bühneneffekt anzusehen, ein Schauspiel, in dem nicht entschieden werden konnte, wer wen beeinflusste: die Ärzte ihre gefügigen Patientinnen oder umgekehrt. Einen derartigen radikal skeptischen Schluss zog der belgische Mathematiker und Philosoph Joseph Delbœuf, der ab 1885 Paris und Nancy bereiste, um sich vor Ort über die demonstrierten Phänomene Gewissheit zu verschaffen. Als Ausgangspunkt seiner Kritik dienten ihm die Praktiken der Bühnenmagnetiseure: Bereits in seiner ersten größeren Studie, die in der *Revue philosophique* erschien, bezog Delbœuf in seinen Vergleich der Schule der *Salpêtrière* und der Schule von Nancy die von dem Bühnenhypnotiseur Donato verwendeten Versuchspersonen mit ein.²⁶ Er behandelte die Populärkultur der Bühnenmagnetiseure und die medizinische Kultur des Hypnotismus als verschiedene Spielarten der Schulbildung, die alle demselben Mechanismus gehorchten: einer Form von »Erziehung«, die jedoch sowohl den Experimentatoren als auch den Probanden nicht bewusst war.

Anders als die Ärzte in Nancy formulierte Delbœuf nicht nur eine andere Erklärung für die Wirkung der hypnotischen Suggestion, sondern suchte die an verschiedenen Orten angestellten Beobachtungen in ein Metalabor zu transportieren,

welches das empirische Material für seine Kritik herstellen sollte. Er erklärte sein eigenes Heim in Liège zu einem solchen Labor, in dem er mit verschiedenen Versuchspersonen die von ihm in Paris und Nancy beobachteten Experimente nachstellte. Unter den Probanden waren Delbœufs eigene Hausangestellte, von befreundeten Medizinerinnen bereitgestellte Patientinnen, sowie Personen, die dem Bühnenmagneteur Donato als Schauobjekte gedient hatten. Die Versuche blieben nicht auf einen Privatzirkel beschränkt, sondern wurden auch öffentlich an der Universität präsentiert, wo Delbœufs Studenten als Zeugen fungierten. Der Anspruch auf eine rigore Überprüfung der in Paris und Nancy produzierten Tatsachen, den der Skeptiker mit seinem Meta-Labor stellte, war jedoch aufgrund der ihm zur Verfügung stehenden spezifischen Ressourcen nicht einlösbar. So konzipierte er sein Metalabor als einen Raum, in dem die sozialen Konfigurationen diverser Hypnosekulturen ohne Rekurs auf die jeweiligen materiellen Arrangements und Instrumentarien reinszeniert wurden. Die epistemische Strategie dieser Reinszenierungen zielte auf eine weitgehende Entpathologisierung des hypnotischen Experiments. Delbœuf entwarf eine quasi-ethnographische Perspektive auf die Klinik, die diese als ein »Schauspiel« begriff, in dem die Ärzte und die als Versuchspersonen fungierenden Patienten »sich in gutem Glauben wechselseitig täuschen«. ²⁷

Ein Arzt, der Mitte der 1880er Jahre die französischen Hypnoseverfahren in seine Privatordination transferieren wollte, befand sich somit in einer zwiespältigen Situation. Die Schule der *Salpêtrière* hatte eine Reihe von klinischen Erscheinungen an einer kleinen Anzahl von Patienten experimentell reproduziert, ohne allerdings die Standards ihrer spezifischen Kultur erfolgreich durchzusetzen. Der Schule von Nancy gelang es zwar, die zugleich als Heilmethode und experimentelles Verfahren verstandene »Suggestion« zum Ausgangspunkt einer breiteren medizinischen Bewegung zu machen, doch stellte der Transfer des Verfahrens aus dem Krankenhaus in die privaten Ordinationen den ärztlichen Praktiker vor eine Reihe von Schwierigkeiten, die erhebliche Modifikationen des Arrangements verlangten. Freud, der 1885 die *Salpêtrière* und daraufhin auch Nancy bereist hatte und sowohl als Übersetzer Charcots als auch Bernheims vor die Öffentlichkeit getreten war, wies in seinen ersten kleineren Veröffentlichungen auf diese Problemlage hin. Doch war sie keineswegs nur für die Situation in Wien spezifisch, sondern betraf eine ganze Bewegung von Ärzten, die sich ausgehend von Bernheim um eine wissenschaftlich fundierte Psychotherapie bemühten. Die Genealogie des psychoanalytischen Settings führt nicht nahtlos von der Erkenntnis des Scheiterns des französischen Hypnotismus zum klassischen Setting der Couch, sondern bedarf der Rekonstruktion eines Kapitels »anonymer Geschichte«: der Herausbildung neuer materieller und sozialer Arrangements in den Privatordinationen der Hypnoseärzte im letzten Jahrzehnt des 19. Jahrhunderts.

Übersetzungsschwierigkeiten: Die Hypnosepraxis als Hörraum

In seinen Rezensionen, Handbuchartikeln und ersten kurzen Fallgeschichten zum Hypnotismus betonte Freud immer wieder das Problem der Übersetzung des Verfahrens von der Klinik in Nancy in seine Wiener Privatordination. Unmittelbar nach einem Besuch bei Bernheim und Liébeault bemerkte er zu den Erfolgen der Suggestionstherapie, »daß ein guter Teil dieser Erfolge an der ›suggestiven Atmosphäre‹ haftet, welche die Klinik dieser beiden Ärzte umgibt, an dem Milieu und der Stimmung der Personen, Dinge, die ich bei meinen Versuchspersonen nicht immer einsetzen kann«. ²⁸ Zunächst war die Hypnose-Behandlung in Wien an keinen spezifischen Ort gebunden: Nur in Fällen, wenn Untersuchungen mit schwer transportierbaren Geräten (wie Elektrisiermaschinen) unternommen werden mussten, konnte der Arzt zahlende Privatpatienten in die Ordination bestellen. Ansonsten waren tägliche Hausbesuche oder Visiten in Privatsanatorien üblich. Der hypnotisierende Hausarzt agierte somit zunächst nicht in einem stabilisierten Setting, das eine isolierte Beobachtung von Patienten ermöglichte, sondern vielmehr auf einem konflikträchtigen Terrain, das, durch Widerstände der Patienten oder durch Interventionen von Familienangehörigen, den Verlauf der Behandlung unvorhersehbaren Störungen aussetzte. An diese Schwierigkeiten des Arztes, räumliche Isolierung und Kontrolle über den Behandlungsverlauf zu erhalten, reihte sich der Umstand, dass der soziale Status von Privatpatienten in der Regel höher war als jener Patienten, die in der Poliklinik zu hypnotischen Versuchen herangezogen wurden. Für den in der Klinik experimentierenden Arzt war der gebildete Kranke, der sich durch Lektüre populärer Handbücher ein Vorwissen über das Verfahren aneignen konnte, keine geeignete Versuchsperson.

Auf die soziologische Problematik der Machtbalance von Arzt und Patient ist zwar wiederholt hingewiesen worden, ²⁹ jedoch ohne Einbeziehung der Wandlungen des materiellen Settings in der ärztlichen Hypnosebewegung, der Freud eine Zeitlang zuzurechnen ist. Diese Bewegung formierte sich vor allem um den Schweizer Psychiater Auguste Forel und seinen Adepten Oskar Vogt, dessen spätere Karriere als Hirnforscher seine frühe Tätigkeit als Hypnotiseur überdeckte. ³⁰ Die *Zeitschrift für Hypnotismus*, die von diesen beiden Hauptprotagonisten der Bewegung über mehrere Jahre hin dominiert wurde, diente nicht nur als Forum für zahlreiche Berichte aus der Praxis, sondern widmete sich auch immer ausführlicher der konkreten lokalen Gestaltung der Ordination des Hypnosearztes. Diese intensive Beschäftigung mit den räumlichen und materiellen Komponenten der Hypnosepraxis entsprach dem systematischen Versuch, die Standards experimentalpsychologischer Labors zu erreichen.

Die Privatordination der deutschen Hypnoseärzte stellte in mehrfacher Hinsicht einen Kontrast zu den Pariser Kliniken her, in denen die Patienten dem Hypnose-Experiment unterzogen wurden. Sie präsentierte sich als ein Ort der Beruhigung und nicht der Erregung der Sinne. Die Einrichtung des Behandlungszimmers sollte

ganz auf die Ruhigstellung des Patienten hin ausgerichtet sein und »das Einschlafen begünstigen oder wenigstens nicht erschweren«. ³¹ Nach der Darstellung eines vielfach gebrauchten Handbuches vollzog sich die Behandlung in einem »ruhig gelegenen Zimmer (...), dessen Beleuchtung gedämpft werden soll«. ³² Das Erregen von plötzlichen Sinneseindrücken durch das Aufblitzen von elektrischem Licht oder das Schlagen auf Klanggabeln und Gongs, wie es an der *Salpêtrière* und anderen Pariser Kliniken üblich war, konnte aus der Perspektive der Suggestionstherapeuten nur »Schreckhypnosen« hervorrufen, die zu einer Verstärkung der Symptome führten. ³³ Das spontane Phänomen, dem der hypnotische Zustand nun gleichgesetzt wurde, war nicht (wie bei Charcot) der durch einen mechanischen Unfall oder Zufall ausgelöste Schock, sondern der durch eine Reihe von Vorstellungen schrittweise herbeigeführte Schlaf. Die räumliche und zeitliche Gestaltung der Suggestionstherapie zielte daher darauf ab, diese postulierte Gleichsetzung von Schlaf und Hypnose weitgehend in die Praxis umzusetzen.

Da das Hauptziel des Verfahrens darin lag, dem Patienten »in bequemer Kleidung auf einem Fauteuil, Sofa oder dergleichen« rasch das Einschlafen zu ermöglichen, ³⁴ sollten die Praktiken der Suggestion so weit als möglich den individuellen Schlafgewohnheiten im eigenen Heim angeglichen werden: »Personen, die gewohnt sind, ihr Nachmittagschläfchen nur in einem Fauteuil abzuhalten, lässt man in einem solchen Platz nehmen, andere, die nur bei tiefer Kopflage schlafen können, müssen in einer Weise placiert werden, welche diese Kopflage ermöglicht, und dergl. mehr.« ³⁵ Die Ordination des Hypnosearztes wurde mit einer Vielzahl von neu aufkommenden Möbeln ausgestattet, die sich jeweils auf die besondere Lage des Patientenkörpers einstellen lassen. Die mechanisierten Formen der Chaiselongue, des Sofas, der Couch und des Fauteuils, wie sie in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts (zum Teil nach den Anforderungen der Krankenpflege und der Chirurgie) entwickelt und verfeinert wurden, ermöglichten die Anpassung an möglichst viele Abstufungen zwischen Sitzen und Liegen. Der Komfort dieser polyfunktionalen »Patentmöbel« stellt sich, Siegfried Giedions Geschichte der Mechanisierung der Möbel zufolge, durch die »aktive Anpassung an den Körper und nicht durch passives Einsinken in Kissen« her. ³⁶ So verwendeten manche Ärzte (wie Oskar Vogt) eigens konstruierte Hypnosebetten oder Fauteuils mit verstellbaren Rückenlehnen, um sie nach der körperlichen Flexibilität ihrer Patienten justieren zu können.

Diese Anpassung an den individuellen Patientenkörper folgt einem Trend nach einer ruhigen und entspannten Körperhaltung, der nach Giedions »anonymer Geschichte« der Möbel die historistisch geprägte Ausstattung der Interieurs ablöst. Mit einem solchen »unbequemen« Mobiliar waren Museum und Behandlungszimmer der *Salpêtrière*, sowie die neuropathologische Privatpraxis Charcots versehen (vgl. Abb. 3). Einige Besucher prangerten die »unnatürlichen« Haltungen an, die Patienten in diesem materiellen Arrangement einnehmen mussten, in dem Möbelstile aus verschiedenen Epochen miteinander kombiniert waren: »Die Schwindsüchtigen und Melancholiker knirschten auf barocken Betstühlen aus dem 13. (sic) Jahrhun-



Abbildung 3: Musée Charcot, La Salpêtrière.

(Révue encyclopédique, recueil documentaire universel et illustré 4, 1894)

Das pathologisch-anatomische Museum wurde offiziell 1879 eingerichtet und beherbergte verschiedene Sammlungen: natürliche und künstliche anatomische Präparate, darunter eigens fabrizierte Moulagen (wie die rechts zu sehende freiliegende Figur einer Tabeskranken), Gehirne, sowie zahlreiche Bilder (Photographien von Patienten, Reproduktionen von Gemälden oder Zeichnungen). Die Stühle und Tische wurden von Charcot und seiner Frau angefertigt und sind (wie die links sichtbare, von Paul Richer ausgeführte Büste) noch heute in der Bibliothek der Pariser Klinik zu sehen. Das Museum diente nicht nur zur Aufbewahrung von Gegenständen, sondern war auch Schauplatz verschiedener Demonstrationen und Experimente.

dert. Die vom Muskelschwund befallenen Kranken streckten ihre fleischlosen Glieder auf Gänsegeiern, Schlangen oder Wasserspeiern aus. Stellen Sie sich die Höllenqualen in diesem Gerümpel vor.«³⁷ Dass sich für solche Kritiker retrospektiv die Inhumanität der wissenschaftlichen Medizin vor allem in der materiellen Ausstattung spiegelte, verdeutlicht, wie sehr für die Nervenärzte die Abstimmung der Behandlungsräume auf die individuellen Bedürfnisse des Patienten inzwischen zu einer Selbstverständlichkeit geworden war. Während für die konkrete Durchführung der Hypnose-Experimente an der *Salpêtrière* die Bequemlichkeit der Stühle, auf denen die Versuchspersonen Platz nahmen, belanglos war, begriffen die mit Hypnose behandelnden und experimentierenden Ärzte der 1890er Jahre die richtige Abstimmung der Möbel und des übrigen materiellen Arrangements auf die Behaglichkeit des Patienten im Behandlungszimmer als konstitutive Bedingung zur Erzielung eines hypnotischen Zustandes.

Bei dieser Justierung erweisen sich geringfügige Details als entscheidend für den Erfolg des Arztes: »Es hängt von Kleinigkeiten ab. Ein unrichtiges Kissen, nicht ganz bequeme Rückenlage, kalte Füße, geringe Unruhe verderben den Effekt ganz.«³⁸ Der Hypnotiseur agiert nun überwiegend »durch das Ensemble, durch recht bequeme Lage« und »ruhiges Liegenlassen«³⁹ und unterlässt alle komplizierte-

ren Manipulationen des Patientenkörpers oder den Einsatz von Instrumenten und Gegenständen zum Fixieren des Blicks. Anstelle der physischen Interventionen des hypnotisierenden Arztes tritt bei den Suggestionenverfahren eine fast ausschließlich verbale Interaktion zwischen Arzt und Patient: Der Arzt führt die Hypnose durch leises und monotones Sprechen herbei; der Patient berichtet nach dem Erwachen über seine Empfindungen im hypnotischen Schlaf. Das Gelingen des ›Einschläfern‹ hängt vor allem von der Sprechweise des Arztes ab. Vom Erteilen »imperativer Suggestionen« wird daher abgeraten, besonders bei »gebildeten Patienten«, die »vielfach direct mit einem Horror vor dem ›blinden Gehorsam‹ des Hypnotisirten« zum Arzt kommen.⁴⁰ Auch verstärkende physische Verfahren wie das Streichen über den Körper oder das Zudrücken der Augen kommen nur noch partiell, vorzugsweise bei Männern zum Einsatz, da männliche Ärzte bei ihren Patientinnen mögliche »sexuelle Erregungen« zu vermeiden suchen.⁴¹

Der hypnotisierende Arzt darf auch keine unangenehmen Sinneseindrücke fördern und muss seinen eigenen Körper zu diesem Zweck sorgfältig pflegen, »alle widrigen oder unangenehmen Gerüche aus der Nähe des Patienten (...) entfernen und womöglich durch Wohlgerüche« ersetzen.⁴² Nicht nur muss er gegenüber dem Kranken seinen Habitus weitgehend entmedikalisieren, sondern auch die zur Erzielung der Hypnose eingesetzten Elemente seiner Person ganz auf das jeweilige Sensorium des Patienten einstellen. So bemerkte ein Arzt, sogar »der Klang der Stimme« könne »bei leicht erregbaren, nervösen Naturen störend wirken«.⁴³

Vor dem Beginn der eigentlichen Behandlung führt der Arzt ein Gespräch mit dem Patienten, in dem dieser zunächst genau über Wesen und Wirkung des Verfahrens aufgeklärt wird. Dabei kommen die Ängste, die möglicherweise durch Hörensagen oder Lektüre provoziert wurden, sowie seine Erwartungen an die Behandlung zur Sprache. Das einleitende Gespräch dient darum zu einem Großteil der »Belehrung und Beruhigung« des Kranken.⁴⁴ Die Aufklärung erweist sich auch als eine Überzeugungsarbeit, die Voraussetzung und Teil des suggestiven Verfahrens ist: Durch das Gespräch wird der Patient zugleich instruiert, beruhigt und als ein verständiger Mitarbeiter angeworben. So berichtet ein Patient über seine Behandlung bei dem in Stockholm praktizierenden Suggestionstherapeuten Wetterstrand, »dass ich schon nach dem Gespräch mit dem Arzte fühlte, als ob die Cur schon begonnen hätte. Ich war ruhiger, als ob schon der Gedanke, mich einem Mitmenschen anvertraut zu haben, mir einen Theil meines früheren Gleichgewichtes wiedergegeben hätte«.⁴⁵

Neben dem Arzt und dem zu hypnotisierenden Patienten ist oft auch noch ein Zeuge während der Behandlung anwesend. Die Anwesenheit einer dritten Person (meist eine Vertrauensperson oder ein Familienmitglied des Patienten), die bereits von den Klinikern in Nancy als eine Minimalforderung des Hypnose-Experiments aufgestellt wurde, dient zum Schutz sowohl des Patienten als auch des Arztes. Allerdings verweigern sich viele Patienten dieser Praxis, »weil sie mit den Details ihres Leidens Niemand als den behandelnden Arzt bekannt machen wollen«.⁴⁶ Das

Handbuch Löwenfelds riet für solche Fälle zu folgender Praxis: Der Widerstand der Patientin gegen die Anwesenheit von Bekannten oder Familienmitgliedern sollte umgangen werden, indem »man die Begleiterin der Patientin oder sonstige Zeugin in einen anstoßenden Raum verweist und die in das Hypnotisierungszimmer führende Thüre offen läßt«. ⁴⁷

Angesichts ängstlicher oder skeptischer Patienten griffen viele Ärzte zum zusätzlichen Mittel der Demonstration einer erfolgreichen Hypnose vor den Augen des Patienten. Das Handbuch Löwenfelds etwa empfiehlt sogar das anfängliche Gespräch manchmal ganz durch eine solche »demonstratio ad oculos« zu ersetzen, da es »bei dem Zuschauer, diesem unbewußt, den Nachahmungstrieb« anregt, »welcher dessen Einschläferung wesentlich erleichtert«. ⁴⁸ Mit diesem Kunstgriff wurde dem Problem begegnet, das sich durch den Wegfall der »suggestiven Atmosphäre« der Klinik ergab, in der der Arzt im Krankensaal durch sichtbare Multiplikationseffekte eine größere Gruppe von Kranken einschläfern konnte. Die meisten Ärzte, die die Suggestionsverfahren der Schule von Nancy in ihre Privatordination transferierten, mußten dieser Schwierigkeit bei einer individualisierenden Krankenbehandlung auf Honorarbasis begegnen. Einerseits war, vor allem bei Kranken der »besseren Stände«, die Privatheit der Behandlung sicherzustellen. So lag etwa Freud zufolge das Hauptproblem der in Nancy geübten Massenbehandlung darin, »daß die Leiden jedes einzelnen vor einer großen Menge erörtert werden, was bei Kranken der besseren Stände nicht angehe«. ⁴⁹ Andererseits konnte der hypnotisierende Arzt nicht auf diesen »mächtigen Hilfseinfluß« ⁵⁰ verzichten, um den Patienten in den Zustand gesteigerter Suggestibilität zu bringen. In dieser Lage suchten die meisten Praktiker nach Lösungen, die ihnen erlaubten, sowohl die Wirkungen der »psychischen Infektion« auch in der Privatpraxis zu erzielen als auch die Privatsphären der einzelnen Patienten voneinander abzuschirmen.

Ein vielfach gebrauchtes Verfahren stellte die Gruppensuggestion dar, welche die Ausstattung der Klinik in der privaten Ordination übernahm und rekonfigurierte. Die meisten Ärzte sahen ein solches Vorgehen als ökonomisch vorteilhaft an, weil sie eine große Anzahl von Kranken zeitsparend behandeln konnten. Zur sichtbaren Demonstration war es nicht mehr notwendig, weitere geeignete Personen in die Praxis zu zitieren; ⁵¹ und auch die schwierige Frage der Zeugenschaft wurde für den männlichen Hypnotiseur »durch gemeinsame Hypnosen des weiblichen Geschlechts« auf diese Weise bequem gelöst. ⁵² Die Gruppensuggestionen, bei denen die Kranken jeweils individuell behandelt wurden, zeitigten jedoch auch unerwünschte Nebeneffekte. Nach einem Bericht des in München praktizierenden Freiherrn von Schrenck-Notzing schliefen seine Patienten zwar nun leichter ein, nahmen jedoch

»alles Gesprochene, Geräusche in ihre Träume auf. Und so erlebte ich wiederholt den Fall, daß ein Patient im Traum des Nachtschlafes sich als Gegenstand blutiger Operationen sah, die bei ihm an der Stelle vollzogen wurden, wo ich in der vorigen Sitzung einer andern Patientin ein Brandmal suggerierte. Oder ein Patient hustet, sofort fangen andere auch an usw. Sie wirken eben gegenseitig auf sich suggestiv, und das ist oft nicht gut.« ⁵³

Um die Formen der suggestiven Wechselwirkung zu kontrollieren, fanden die Hypnoseärzte zu verschiedenen Arrangements, die Patienten zwar als eine Gruppe anzuordnen, aber zugleich räumlich und akustisch voneinander zu trennen. Der Prototyp einer solchen Ordination wurde von Otto Wetterstrand in einem Appartement im Aristokratenviertel Stockholms eingerichtet. Ein Besucher berichtete detailliert über dessen Praxis in der *Zeitschrift für Hypnotismus*:

»Ein dunkelroter, sehr dicker Teppich bedeckt das Parkett und tilgt den Lärm der Schritte. Die Zimmer sind nach der Art eines Salons eingerichtet, der mit vielerlei Arten von Fauteuils, Sofas, Chaiselongues und Kanapees vollgeräumt ist, alle mit weißen Decken überzogen. Hier und da dient ein Wandschirm dazu, irgendeinen Patienten zu isolieren. Zwischen zwei und vier Uhr nachmittags leert sich dieser Salon kein einziges Mal. Es ist ein ständiges Kommen und Gehen von Patienten. Man kommt herein, macht es sich bequem, erhält seine Suggestion und geht wieder zu seiner Zeit. Alles vollzieht sich bei gedämpfter Stimme, man hört nichts als ein Flüstern hier, ein leises Schnarchen da, einen Stuhl, der verrückt wird, das Rascheln einer Robe. Der Arzt vervielfacht sich und findet innerhalb dieser wenigen Stunden Zeit, die dreißig bis vierzig Patienten, die vorstellig werden und hier eine gewisse Zeit oder den ganzen Nachmittag verbringen, einzuschläfern, ihnen Suggestion zu erteilen und sie wieder aufzuwecken.«⁵⁴

Diese Privatpraxis wurde nach dem Vorbild der Klinik von Nancy gestaltet, wobei die wechselseitige Sichtbarkeit und Hörbarkeit der Kranken nun stärker durch das entsprechende materielle Arrangement und die sich hebende und senkende Stimme des Hypnotiseurs eingeschränkt wurden. Wetterstrand begann in der Regel mit solchen Patienten, die bereits hypnotisiert worden waren, und flüsterte ihnen die Suggestionen so leise ins Ohr, dass nur sie allein sie hören konnten: »Durch erreicht W. die mächtige Suggestivwirkung des Anblickes der vielen so rasch einschlafenden Leute und vermeidet die Störung der Massenwirkung der Suggestionen (...). Will W. eine Suggestion für zwei oder mehrere Kranke geben, so erhöht er entsprechend die Stimme.«⁵⁵ Das Hauptagens in der Praxis des Hypnosearztes ist nun nicht mehr der Blick, auf den der Hypnotisand fixiert wird, sondern die Stimme: Wie laut oder wie leise, wie langsam oder wie schnell eine Suggestion erteilt wird, kann darum über den Erfolg der Behandlung entscheiden.⁵⁶

Im weiteren wurde die Ordination der Hypnose-Ärzte dahingehend modifiziert, dass die suggestiven Effekte kaum mehr über sichtbare Demonstrationen, sondern weitgehend über die Herstellung einer besonderen Lautsphäre erzeugt wurden, welche die hypnotische Gruppe primär als eine *akustische Gemeinschaft* konstituierte. Eine Lautsphäre setzt sich aus akustischen Ereignissen zusammen, die für die jeweilige Gemeinschaft einen bestimmten Raum abstecken (die Reichweite der Stimme eines Redners oder, etwa im Fall der Dorfgemeinschaft, der Glockentöne des lokalen Kirchturms).⁵⁷

Die nach Wetterstrands Modell gestaltete Praxis von Oskar Vogt im bayerischen Kurort Alexandersbad teilte die Kranken in einem eigens konstruierten Hypnosezimmer auf verschiedene schalldurchlässige Parzellen auf, die der Hypnotiseur der Reihe nach abschrift. Während die Patienten für den Zeitraum der individuellen Behandlung räumlich voneinander abgeschirmt sind und sich daher nicht gegenseitig

beobachten können, stellt die Stimme des Arztes, der auf seinem Weg die Suggestionen erteilt, eine Verbindung zwischen ihnen her. Die einzelnen im Raum auf verschiedenen Möbeln liegenden Individuen werden durch den geteilten Hörraum zur Gruppe, die von dem sich durch das schalldämpfende Interieur bewegenden Hypnotiseur gestaltet und kontrolliert wird. Durch das Modulieren der Stimme bei verschiedenen Suggestionen formt dieser variable akustische Zonen, die eine suggestive Grundstimmung schaffen, vor deren Hintergrund die an einen bestimmten Patienten gerichtete Rede hervortritt und durch das Senken der Stimme oder die Annäherung an das Ohr nur diesem vernehmlich wird. So geht nach der Beschreibung von Vogts Mitarbeiter Korbinian Brodmann der Arzt in diesen Hypnosezimmern »von Patient zu Patient, giebt Jedem mit lauter oder gedämpfter Stimme zunächst die dem einzelnen Fall angepassten Schlafsuggestionen und sobald eine Beeinflussung eingetreten ist, mit murmelnder, für die Umgebung unverständlicher Stimme oder in Flüstersprache die entsprechenden therapeutischen Suggestionen«⁵⁸. Die sich hebende und senkende Stimme des Hypnotiseurs agiert zweifach, trennt und verbindet die hypnotisierte Gruppe zugleich: Einerseits richtet sie sich sukzessive auf das jeweilige individuelle Symptom, das jeden einzelnen räumlich abgeschirmten Patienten von den anderen isoliert, andererseits wirkt sie auf eine gewisse Distanz oder durch das Abdämpfen auf diffuse Weise auf alle zugleich, indem sie eine beruhigende und suggestive Atmosphäre schafft.

Längerfristig zielte die Kontrolle über die Akustik der Behandlungsräume auf eine Gestaltung des Settings, die der eines experimentalpsychologischen Labors ebenbürtig werden sollte. Ab Mitte der 1890er Jahre machte sich Oskar Vogt zum Propagator einer solchen Strategie. 1898 übernahm er die in Alexandersbad gebrauchte Einrichtung für Gruppenthypnosen modifiziert in seine in Berlin eingerichtete »neurologische Centralstation« für methodisch durchgeführte Einzelhypnosen. Diese private Forschungseinrichtung bestand aus einer gehirnanatomischen Sammlung, einem »medizinisch-psychologischen Institut« sowie einer »Poliklinik, die neben ihrer humanitären Bestrebungen das erforderliche Krankenmaterial für Lehr- und Forschungszwecke« liefern sollte.⁵⁹ Vogts Privatinstitut wies damit eine ähnliche räumliche Verkettung von Hirnforschung, Hypnose-Experiment und therapeutischer Praxis auf wie Charcots neurologisches Forschungsinstitut an der *Salpêtrière*. Im Gegensatz zum Vorgehen des Pariser Mediziners wurden hier die jeweiligen Forschungsbereiche strikt voneinander getrennt. Vogt und seine Schüler arbeiteten an einer ausschließlich verbalen Indexikalisierung der Tiefe des hypnotischen Zustands und der in ihm beobachtbaren unbewussten Objekte.

Das geeignete Subjekt für ein hypnotisches Experiment war innerhalb dieser Konfiguration primär durch sein »Vermögen einer kritischen, nüchternen Selbstbeobachtung« definiert, das den »adäquaten sprachlichen Ausdruck« der beobachteten Objekte mit einschloss.⁶⁰ Als exemplarische Versuchsperson galt der psychologisch geschulte Arzt, der diejenigen, die sich seinem Verfahren unterzogen, zu »guten« Subjekten zu erziehen weiß – in einem moralischen wie auch epistemischen

Sinn. Die zahlreichen von Vogt publizierten Selbstbeobachtungen fungierten nun nicht nur für andere Ärzte als Exempel, sondern vor allem auch für die von ihm behandelten Kranken, die von ihren Symptomen geheilt und zugleich zu geeigneten Versuchspersonen ausgebildet werden sollten. Diese Strategie, einer »normalpsychologischen« Definition eines guten Subjekts gerecht zu werden, war der zunächst noch nicht stabilisierten Lokalität geschuldet und der daraus resultierenden Heterogenität der für Versuchszwecke verwendbaren Patienten.⁶¹ Vogt befand sich wie die meisten Anhänger der Schule von Nancy in der widersprüchlichen Position, zwar theoretisch von der Prämisse auszugehen, »dass bei jedem geistig gesunden Menschen Somnambulismus erzielt werden« kann,⁶² doch bei seinen ersten praktischen Erfahrungen mit der Hypnose auf Kranke aus der Nervenlinik angewiesen zu sein. Ausgehend von dieser Situation gelangte er zu der Auffassung, »dass es Pflicht des Arztes sei, in allen zu hypnotischer Behandlung geeigneten Krankheitsfällen die ›Somnambulhypnose‹ durch consequente Disciplinirung zu erziehen.«⁶³ Diese Disziplinierung sollte zudem bei »gebildeten Patienten« erreicht werden, die den oberen Gesellschaftsschichten angehörten und sich nicht Befehle erteilen ließen, wie dies in der Suggestionstherapie der Schule von Nancy üblich war.

Die dazu entwickelte »fractionirte Methode« organisiert die Hypnotisierung als einen langsamen, in zahlreiche Etappen abgestuften Prozess. Dabei führt der Arzt anfangs nur ganz kurze, immer wieder durch Aufwecken unterbrochene Hypnosen durch, in und nach denen der Proband jeweils über seine Gefühle befragt wird. Das Zerlegen des Verfahrens in kurze Etappen unter ständigem Befragen der Versuchsperson liefert einen Index für deren jeweiligen Zustand und legt dadurch für jede Etappe die vom hypnotisierenden Arzt zu setzenden Maßnahmen fest. Damit boten die beiden Ärzte eine Lösung der epistemischen Unsicherheit an, die in der nach den Maximen der Schule von Nancy gestalteten Privatpraxis auftrat. Mit dem Verzicht auf die älteren Prüfungsmethoden am Körper des Patienten (wie dem Hervorrufen automatischer Bewegungen) konnten sich die Suggestionstherapeuten nicht mehr vergewissern, »wie weit (...) die in dem zu Hypnotisirenden vor sich gehenden psychischen Veränderungen unseren fortschreitenden Eingebungen entsprechen.«⁶⁴ Die Abstufung des Verfahrens, das sich auf hunderte von Sitzungen erstrecken kann, dient neben dieser epistemischen Zielsetzung dazu, eine sichere Regulierung des Behandlungsverlaufs bei widerspenstigen Patienten zu erreichen.⁶⁵ Der Widerstand vieler Kranker gegen die in der Hypnose verlangte Haltung der »Konzentration« äußert sich in Lach- und Weinkrämpfen oder stärkeren motorischen Erscheinungen (wie Zittern oder hysterischen Attacken), die während der Einleitung der Behandlung auftreten. Wie die zahlreichen von Brodmann veröffentlichten Protokolle demonstrieren, werden in solchen Fällen die Patienten durch Suggestionen schrittweise ruhiggestellt und dem Setting körperlich eingepasst.

Mit zunehmender Einstellung der Versuchsperson auf das Verfahren verlangt sie selbst nach der Beseitigung von inneren und äußeren Störfaktoren. Dieses exemplarische Verhalten eines Probanden demonstrieren die ausführlichen Protokolle, die

von den Ärzten publiziert werden, die sich selbst wechselseitig zu Zwecken der Effizienzsteigerung dem Verfahren unterziehen. So berichtet der Arzt Marcinowski, der sich als den Fall eines »Nervösen« schildert, von seinen Widerständen gegen die Hypnotisierung:

»Es ist mir heute nicht möglich, jene wohlthuende Gedankenlosigkeit hervorzurufen und zu empfinden. Die Vorstellungen jagen sich und wechseln rasch. Die gegebenen Suggestionen ärgern mich; Vogt's Stimme ist mir störend laut, und die Wortfolge zu schnell. Ich bitte nun V., das Zimmer mehr zu verdunkeln; umsonst, jeder weitere Versuch ist immer weniger erfolgreich. Ich habe schliesslich nur das Gefühl, dass ich mit geschlossenem Auge daliege und mich ärgere.«⁶⁶

Der Hypnotiseur hat das bereits schall- und lichtgedämpfte Setting in seiner Ordination durch sein Verfahren zu verstärken und äußere Störungen wie Straßenlärm, Uhrenticken oder Klavierspiel aus Nebenwohnungen schrittweise durch Suggestionen für seine Probanden unhörbar zu machen. Wie sehr die psychotherapeutische Praxis zu einem allein über akustische Ereignisse definierten Raum geworden ist, verdeutlicht am besten eine Skala, die Marcinowski ausgehend von seinen Selbstbeobachtungen aufstellte:

»a. *Nichts hörend*, »entendre«, tiefer Schlaf mit Amnesie. (...) b. *Nicht hinhörend*, »écouter«, gänzlich Ignorieren und Unterdrücken akustischer Reize bei vollständig anderweitig absorbiert Aufmerksamkeit, so während der Traumzustände (...). c. *Gleichgiltigkeit gegen dunkel zum Bewusstsein kommende Reize* (...), auch der Stimme des Hypnotiseurs gegenüber (...). d. Hin und wieder wird die Aufmerksamkeit *passiv* gefesselt, *schwankender* Zustand zwischen dunkel bewusstem und bewusstem Hören (...). e. Alles hörend, gleichgiltig dagegen (...). f. Alles hörend, Ruhe dagegen bewahrt (...). g. Alles hörend, dadurch abgelenkt und gestört (...). h. Alles hörend, dadurch geärgert (...). i. Alles hörend, der Unmuth äussert sich durch emotionelle Ausdrucksbewegungen (...).«⁶⁷

Vom Schreibtisch zur Couch. Das psychoanalytische Setting in seinen Varianten

Trotz der vielfachen Schwierigkeiten, die Erforschung unbewusster Objekte in der psychotherapeutischen Praxis zu einer experimentellen Situation auszubauen, hielt Freud mit seinem psychoanalytischen Verfahren an dieser Zielsetzung fest. Er zog jedoch aus den Schwierigkeiten der Hypnosebehandlung in der Privatpraxis andere Konsequenzen als die deutschen Suggestionstherapeuten. Im Gegensatz zu Ärzten wie Vogt, die die psychotherapeutische Ordination einem experimentalpsychologischen Labor annäherten, machte Freud sein Verfahren nicht von der situativen Erzielung eines psychischen Zustandes abhängig, der sich systematisch nach verschiedenen Bedingungen variieren ließ. Die zur Auffindung von Symptomen führende »Selbstanalyse«, die in der *Psychopathologie des Alltagslebens* und der *Traumdeutung* demonstriert wurde, war anfangs eine an den Schreibtisch gebundene Tätigkeit. Freud setzte zunächst auf Lese- und Schreibtechniken und arbeitete mit der *Traumdeutung* eine Textform aus, durch die der Leser mittels Übertragung zu denselben Ergebnissen kommen sollte wie der Autor.⁶⁸ Das Erlernen des psychoanalytischen Verfahrens war als eine soziale Praxis daher vorerst nicht an den Raum des

Behandlungszimmers gebunden: Nach dem prototypischen Muster von Freuds eigener in Briefen an seinen Freund Wilhelm Fließ durchgeführter Selbstanalyse wurde es oft in einem privaten Schriftverkehr zwischen dem Analysanden und dem »Anderen« vorgenommen. In der frühen psychoanalytischen Praxis bürgten vor allem die in solchen Briefanalysen schriftlich aufgezeichneten Träume und Fehlleistungen, die als normalpsychologische Äquivalente von hysterischen Symptomen fungierten, für die Existenz des Unbewussten. Diese Praxis der Selbstanalyse sollte zugleich ein Instrument bieten, um in der Selbstbeobachtung und im Hypnotismus geschulte Mediziner zur Freudschen Traumanalyse zu konvertieren.⁶⁹

Im Gegensatz zu den Ärzten der Hypnosebewegung, die sehr detailliert über ihre Verfahren und Vorkehrungen berichteten, schob Freud nicht nur die Mitteilung der Technik seines Verfahrens auf. Auch das konkrete räumliche Arrangement einer psychoanalytischen Behandlung war in seinen frühen, verstreut publizierten Bemerkungen nicht genauer festgelegt. Das psychoanalytische Setting bestand um 1900 noch nicht aus der Anordnung, bei welcher der frei assoziierende Analysand im Behandlungszimmer auf einem Diwan oder Sofa ausgestreckt liegt und der schweigende oder deutende Analytiker in einem Stuhl hinter ihm platziert ist. Zwar meinte Freud, als er in der *Traumdeutung* einige Bemerkungen über seine Technik einschaltete, es sei für den Patienten »vorteilhaft, daß er eine ruhige Lage einnimmt und die Augen schließt«,⁷⁰ doch war diese körperliche Ruhigstellung – im Gegensatz zu den Praktiken der Suggestionstherapeuten – keine zentrale Bedingung seines neuen Verfahrens. Diese bestand vielmehr in einer Einstellung »kritikloser Selbstbeobachtung«, die den Patienten zur bedingungslosen Einhaltung der Regel verpflichtete, dem Analytiker alles mitzuteilen, »was ihm durch den Sinn geht« und so den sich vielfach eröffnenden »Gedankenwegen« zu folgen.⁷¹ Um sein Objekt zu gewinnen, bahnt sich der Psychoanalytiker einen Weg durch das Unbewusste – und zwar durch die ungehemmte Freisetzung einer assoziativen Bewegung im Inneren des Patienten. Gemäß dieser Bestimmung führte Freud auch mehrere Analysen auf Spaziergängen durch: So empfing sein erster Schüler, der Arzt Felix Gattel, seine Unterweisung kaum zufällig »nach altklassischer Weise (im Spaziergehen)«. ⁷²

1904 teilte Freud in einer für Leopold Löwenfelds Buch *Die psychischen Zwangsercheinungen* verfassten Darstellung über *Die Freudsche psychoanalytische Methode* erstmals mit, wie Arzt und Patient im Behandlungszimmer zu positionieren seien:

»Er [der Arzt, A.M.] behandelt gegenwärtig seine Kranken, indem er sie ohne andersartige Beeinflussung eine bequeme Rückenlage auf einem Ruhebett einnehmen läßt, während er selbst, ihrem Anblick entzogen, auf einem Stuhle hinter ihnen sitzt. Auch den Verschluß der Augen fordert er von ihnen nicht und vermeidet jede Berührung sowie jede andere Prozedur, die an Hypnose mahnen könnte. Eine solche Sitzung verläuft also wie ein Gespräch zwischen zwei gleich wachen Personen, von denen die eine sich jede Muskelanstrengung und jeden ablenkenden Sinneseindruck erspart, die sie in der Konzentration ihrer Aufmerksamkeit auf ihre eigene seelische Tätigkeit stören könnten.«⁷³

Dieser Beschreibung zufolge übernahm Freud das räumliche Arrangement der deutschsprachigen Suggestionstherapeuten, allerdings ohne die damit verbundenen Praktiken, die den Patienten in einen vorgeblichen Schlafzustand versetzen sollten. Die Positionierung des Arztes außerhalb des Blickfeldes des liegenden Kranken, die sich hier erstmals erwähnt findet und die als eine der zentralen Komponenten des Freud'schen Settings gilt, wurde ebenfalls bereits von manchen hypnotisierenden Medizinern empfohlen. So riet ein Suggestionstherapeut seinen Kollegen dazu, »sich so zu setzen, dass es dem Kranken einige Mühe macht, seinem Arzt ins Auge zu sehen«.⁷⁴ Die Begründung für diese asymmetrische Aufteilung der Sichtbarkeit lag in diesem Fall in der Spezifik des Verfahrens: In der zum Hypnose-Labor ausgestalteten Privatpraxis musste der Arzt möglichst rasch den Augenschluss erzielen, um seine Suggestionen erteilen zu können. Dieses Verfahren verlangte daher eine minutiöse Beobachtung der Augen des Kranken: »Das Verschleiern des Blickes durch Ansammeln der Thränenflüssigkeit bei mangelndem Lidschlag, ein gewisser starrer Ausdruck im Auge, das sind Dinge (...), denen der Hypnotiseur gleichsam auflauern muss, um sie sofort zur Suggestionierung zu benutzen.«⁷⁵ Die Sicherheit über den jeweiligen Bewusstseinszustand, die Vogt durch seine Methode der Fraktionierung mit ständigen Befragungen seiner Versuchspersonen zu erreichen suchte, sollte durch diese neue Sitzordnung noch erhöht werden: Die privilegierte Beobachtungsposition ermöglichte dem Arzt während der Hypnotisierung von den am Körper des Patienten beobachtbaren Zeichen fortwährend auf dessen psychische Zustände zu schließen und diesen Vorsprung auszunutzen. In diesem Sinn bemerkte auch ein anderer Kritiker von Vogts Verfahren, der hypnotisierende Arzt müsse »durch eine feine Beobachtung objectiver Erscheinungen, durch ein genaues Eingehen auf subjective Erscheinungen des zu Hypnotisirenden bestrebt sein (...), geeignetes Material für seine Suggestionen zu sammeln«.⁷⁶

Freuds Übernahme dieser Positionierung von Arzt und Patient, die nur auf den Augenschluss und die ohnehin bereits stark eingeschränkten Manipulationen am Körper des Kranken verzichtete, zielte ebenfalls auf eine Steigerung der Beobachtungsmöglichkeiten des Psychoanalytikers. Im bruchstückhaft mitgeteilten »Fall Dora« gab Freud mehrere Beispiele von an der Patientin beobachteten »Symptomhandlungen«, die die von ihm gegebenen und abgewehrten Deutungen sichtbar bestätigten. Solche während der psychoanalytischen Behandlung von den Kranken zufällig oder nebenbei ausgeführten automatischen Handlungen wurden als unbewusst motivierte Äußerungen aufgefasst. So deutete Freud, als die Patientin auf sein Drängen hin leugnete, sich an die Masturbation in ihrer Kinderzeit zu erinnern, ihr Spiel mit einem Täschchen als »weitere Annäherung an das Geständnis«: »Sie hatte an diesem Tage nämlich, was weder früher noch später je der Fall war, ein Portemonnaie-täschchen von der Form, die eben modern wurde, umgehängt und spielte damit, während sie im Liegen sprach, indem sie es öffnete, einen Finger hineinsteckte, es wieder schloß, usw.«⁷⁷ In dieser Fallgeschichte führte Freud exemplarisch vor, wie der Psychoanalytiker durch Sammeln von Symptomhandlungen die erzähl-

ten Träume und anschließenden Assoziationen ergänzt und so zur Herstellung eines lückenlosen »Indizienbeweises« gelangt: »Wer Augen hat zu sehen und Ohren zu hören, überzeugt sich, daß die Sterblichen kein Geheimnis verbergen können. Wesen Lippen schweigen, der schwätzt mit den Fingerspitzen; aus allen Poren dringt ihm der Verrat.«⁷⁸

Gemäß dieser kriminaltechnischen Praxis, in der das Unbewusste der Patientin durch eine Verkettung von »Indizienbeweisen« aufgedeckt wird, arbeiteten die ersten Psychoanalytiker in Wien und in Zürich an Formen, das von Freud entworfene Setting im Behandlungsraum oder in der Klinik entsprechend weiter zu modifizieren. In diesen Varianten des Settings erhielt der Traum, der durch seine mangelnde Sichtbarkeit als ein unsicheres Objekt einer wissenschaftlichen Technik erschien, durch die Verknüpfung mit an diesen Orten beobachtbaren Zeichen eine epistemische Absicherung. Die für die frühe Zeit einflussreichste Modifikation des Freud'schen Settings war die an der Zürcher Klinik Burghölzli praktizierte Verbindung der Technik der Traumanalyse mit dem psychometrischen Assoziationsexperiment. Zur Zeit als Eugen Bleuler seine Briefanalyse mit Sigmund Freud durchführte, entwickelte sein Assistent Carl Gustav Jung ein Behandlungs- und Diagnoseverfahren, das beide Techniken miteinander verband.⁷⁹

Die Praxis des in der Klinik eingesetzten Assoziationstests besteht darin, dass der Versuchsleiter aus einer festgelegten Liste eine Reihe einzelner Wörtern abliest und den ruhig und bequem sitzenden Patienten unter den Zwang stellt, darauf jeweils möglichst rasch mit dem ersten Wort zu reagieren, das ihm dazu einfällt.⁸⁰ Sowohl die Assoziationen der Versuchsperson, als auch die mit einer Fünftelsekundenuhr gemessenen Reaktionszeiten werden vom Experimentator zu jedem einzelnen Reizwort in die Liste eingetragen. Mithilfe der Zeitmessungen wird der unberechenbare »Widerstand« der Patienten als eine quantifizierbare Größe behandelt: So bezieht der Versuchsleiter nach dem Test jede einzelne Reaktionszeit auf das statistische Mittel, das an einer Vergleichsgruppe von »gesunden und gebildeten Personen« (in diesem Fall dem Personal der Klinik und den Ärzten) errechnet worden ist. Eine diesen Wert übersteigende Reaktionszeit wird als ein Indikator für einen Widerstand der Versuchsperson aufgefasst, der vom verdrängten affektbetonten Komplex ausgeht.⁸¹ Zusätzlich zu diesem quantitativen Indikator verzeichnet der Experimentator die verschiedenen »Symptomhandlungen« der Probanden als weitere qualitative Abweichungen vom normierten zeitlichen Ablauf des Experiments, wie er bei einer durchschnittlichen »Normalperson« angenommen wird. Alle Affektäußerungen (wie Lachen, Weinen, Erschrecken usw.), die als Störungen des Experiments auftreten, werden so als Äußerungen des Widerstands gegen die Aufdeckung des unbewussten Komplexes verstanden.

Der Assoziationstest wurde von Jung und seinen Mitarbeitern als eine experimentelle Steigerung von sozialen Situationen wie Verhör oder Beichte gestaltet, an welche die psychotherapeutischen Praktiken der Ausforschung angeknüpft hatten. Jungs Ausgangspunkt war die sogenannte »Tatbestandsdiagnostik«, die in der Kri-

minimalistischer zur Überführung von Tatverdächtigen entwickelt worden war.⁸² Als Komplex wurde in diesem Fall der Tatbestand aufgefasst, der in einzelne affektbetonte Reizwörter (wie die Tatwaffe, den Tatort usw.) zerlegt und in der Liste mit »indifferenten« Wörtern kombiniert wurde.

Das diagnostische Assoziationsexperiment setzt die unbekanntesten, vom Ich des Patienten abgespaltenen Komplexe analog zu kriminellen Handlungen. Sie werden vom Arzt schrittweise aufgedeckt und gelten durch das Geständnis des Patienten als erwiesen. Aus den langen Reaktionszeiten und anderen Störungen während des Tests und seiner Reproduktion ermittelt der Arzt zunächst die Wortverknüpfungen, von denen aus er auf den verborgenen Komplex schließt. Der anschließende »psychoanalytische« Teil der Untersuchung besteht darin, die schriftlichen Aufzeichnungen der Assoziationen und der Reaktionszeiten der Versuchsperson dieser vorzuführen und dazu weitere Fragen zu stellen. Durch die schriftlich aufgezeichneten Assoziationen der Patienten und die nachfolgenden Gespräche, die über weite Strecken im Fallbericht wiedergegeben werden, erhält Jung einerseits einen Leitfaden zu deren rascher »Überführung«, die in der sichtbaren Aufdeckung der Komplexe und dem anschließenden Geständnis besteht. Andererseits liefert die Aufzeichnung der Zeitmessungen und der Assoziationen dem Arzt Hinweise darauf, wobei der Patient seinen Widerstand und die Übertragung erotischer oder feindseliger Affekte auf diesen äußert. Die Kombination von Assoziationstest und psychoanalytischer Technik erzeugte damit eine Objektivierung der Relation zwischen Arzt und Patient in einer schriftlichen Form, deren Lesbarkeit wie in der mechanisierten Simulationskontrolle der Hypnoseforschungen Charcots an der *Salpêtrière* asymmetrisch war.

Auch die ersten Anhänger Freuds in Wien nahmen Modifikationen des Settings vor, denen eine solche kriminaltechnische Gestaltung des psychoanalytischen Verfahrens zugrundelag. So entwickelte der Nervenarzt und Sexualforscher Wilhelm Stekel, einer der einflussreichsten frühen Popularisatoren der Psychoanalyse, in seiner Privatordination ein Setting, das die Aufschreibepraktiken der Zürcher Psychiater mit der klinischen Beobachtungssituation der Neuropathologie kombinierte. In dieser Variante ist das wichtigste Möbelstück nicht das Ruhebett, auf dem der Patient zu liegen hat, sondern der Schreibtisch, an dem der Arzt sitzt. Stekel beschreibt sein Setting folgendermaßen: »Ich sitze vor dem Schreibtisch, auf dem ich die wichtigsten Einfälle des Kranken notiere. Der Kranke sitzt auf einem Sessel mir zur Seite. Dabei hat er eine gewisse Aktionsfreiheit, er kann aufspringen, im Zimmer hin- und herlaufen, gewisse Symptomhandlungen ausführen, was gewiß nicht ohne Bedeutung für das Verständnis der Krankheit ist.«⁸³ Die direkte Beobachtung der Aktivitäten des Kranken, dem ein bestimmter Aktionsradius zugemessen wird, erhält wieder eine Rolle, die sie auch in der neuropathologischen Praxis der Ärzte an der *Salpêtrière* hatte, allerdings mit dem Unterschied, dass sämtliche Äußerungen nach einem symbolischen Schlüssel übersetzt werden müssen. Bereits die Art und Weise, wie ein Patient seinen Auftritt hat, verrät Stekel dessen »geheime Absich-

ten«: »Eine sonderbare Symptomhandlung zeigte ein Patient mit Zwangsneurose (...). Dieser Mann stürzte immer in mein Zimmer und bat mich um einen Schlüssel. Das symbolisierte zugleich seinen Gedankengang.«⁸⁴

Im Gegensatz zu den Schweizer Psychiatern, die über ein heterogenes Potential an »ungebildeten« Versuchspersonen aus den niederen Schichten verfügten, bestand die Klientel Stekels und seiner Wiener Kollegen überwiegend aus gebildeten Patienten, die oft mit den Publikationen Freuds und anderen psychoanalytischen Schriften vertraut waren. Diese Patienten träumten und interpretierten bereits unter dem Einfluss psychoanalytischer Literatur. Die Lektüre der *Traumdeutung* durch seine Patienten, die Freud zunächst zu einem zentralen Bestandteil seines Verfahrens gemacht hatte, entwickelte sich für die ersten psychoanalytischen Praktiker zunehmend zum Problem, weil die Rezeptionsformen der Leser weitaus vielfältiger waren als die im virtuellen Setting des Buches dafür entworfenen Positionen.⁸⁵

Das psychoanalytische Setting prägte sich so in der Anfangszeit in verschiedenen Spielarten aus, die Freuds aus der Hypnosebehandlung übernommene Positionierung von Arzt und Patient auf ihre Weise modifizierten. Sowohl in der psychiatrischen Klinik in Zürich, als auch in der Wiener Privatpraxis Stekels verzichtete der Arzt darauf, seine Patienten in eine liegende Position zu bringen. Vielmehr wurden andere materielle Vorkehrungen getroffen, um die assoziative und motorische Beweglichkeit des Kranken zu regulieren. Im Assoziationsexperiment wurde der sitzende Patient dazu angehalten, seine Körpermotorik vollständig zu unterdrücken und seine Aufmerksamkeit gezielt auf den Zwang des raschen Assoziierens einzustellen. Die schriftlich oder graphisch aufgezeichneten Abweichungen von dieser Normsituation ergaben die Merkmale, nach denen die Ärzte auf die im Inneren des Patienten versteckten unbewussten Komplexe schlossen. Stekels Praxis lieferte dagegen seinen Patienten einen Aktionsraum für das Ausagieren ihrer »Symptomhandlungen«, um das Aussetzen der Assoziationen durch beobachtbare Zeichen wettzumachen. Die Beweglichkeit des Kranken wurde hier nicht durch entsprechende Anweisungen unterdrückt, sondern angeregt.

In beiden Varianten vollzog sich die Interaktion von Arzt und Patient in einer *face-to-face* Situation, die eine wechselseitige Beobachtbarkeit erlaubte. In der Positionierung der Akteure kam es somit zu einer symmetrischen Aufteilung der Sichtbarkeit, die auch dem Patienten Rückschlüsse über die Gedanken des Arztes erlaubte. Die Asymmetrie der Relation, die dem Arzt einen Wissensvorsprung verschaffte, wurde in beiden Varianten durch den Einsatz von schriftlichen Aufzeichnungsmethoden erreicht. Wie die Publikationen und Fallnotizen der meisten frühen Praktiker demonstrieren, war es eine gängige Praxis, dass der Psychoanalytiker die Assoziationen des Patienten während der Behandlungsstunde mitstenographierte.⁸⁶

Angesichts dieser Modifikationen des Settings und technischer Maßnahmen durch seine Schüler legte Freud seine Kriterien für die konkrete Durchführung einer psychoanalytischen Behandlung erstmals genauer fest. In einer Reihe von kürzeren, zwischen 1911 und 1915 publizierten Aufsätzen formulierte er mehrere praktische

Hinweise und »Ratschläge« für seine ärztlichen Anhänger. Diese Texte antworteten einerseits auf den Umstand, dass es – abgesehen von der *Traumdeutung* – keine Einführung in die Technik der Psychoanalyse gab. Sie bezogen sich daher direkt oder indirekt auf konkrete praktische Probleme, die in den ersten Behandlungen Freuds und seiner Schüler aufgetreten waren. Andererseits gaben sie historische, technische und theoretische Begründungen für die konkrete Gestaltung eines psychoanalytischen Settings, das in der Folge als das sogenannte »klassische Modell« kanonisiert wurde.⁸⁷ Abschließend werden hier die Grundzüge dieser Konfiguration dargestellt, deren Komponenten Freud weitgehend unter das Konzept der Übertragung brachte.⁸⁸

Die räumlich asymmetrische Positionierung von Arzt und Patient, die Freud von den Suggestionstherapeuten übernahm, wird zum zentralen Bestandteil des psychoanalytischen Settings gemacht. Das Festhalten am »Zeremoniell der Situation«, den »Kranken auf einem Ruhebett lagern zu lassen«⁸⁹ und den Arzt aus seinem Gesichtsfeld zu bringen, erhält nun nicht nur eine historische Begründung. Die technische Rechtfertigung dieser Maßnahme liegt darin, dass Freud »die unmerkliche Vermengung der Übertragung mit den Einfällen des Patienten zu verhüten« sucht.⁹⁰ Bleibt der Arzt sichtbar, so wird er unweigerlich auch zum Gegenstand der Assoziationen des Patienten. Dadurch wird dieser einerseits in seiner Beobachterposition beeinträchtigt, andererseits lenkt es den Kranken von der Erinnerungsarbeit an den unbewussten Objekten ab, die im Verlauf der Analyse aufgefunden werden sollen. Um diese Objekte in der Vergangenheit des Patienten aufzudecken, wird bereits zu Beginn der Behandlung die gesamte für ihn sichtbare Objektwelt im Behandlungsraum (die Gegenstände, die Bilder an der Wand, der Diwan) auf ein durchweg unsichtbares »Übertragungsobjekt« bezogen, als das der hinter ihm sitzende Arzt fungiert: »alles was an die gegenwärtige Situation anknüpft, entspricht einer Übertragung auf den Arzt, die sich zu einem Widerstande geeignet erweist«.⁹¹

Die psychoanalytische Therapie beginnt somit mit einem inszenierten Schwinden der Objektwelt, die den Patienten im Behandlungszimmer umgibt. Freuds Ordinationsräume hatten nicht den Charakter einer Arztpraxis, sondern den einer Privatsammlung. Die meisten Patienten, die später über ihre Behandlung berichteten, wurden »in nichts an das Ordinationszimmer eines Arztes, sondern vielmehr an ein archäologisches Kabinett« erinnert.⁹² Die zahlreichen in Kästen und auf Regalen platzierten Statuetten, Gefäße und Bruchstücke nahmen jedoch in Freuds Behandlung keine positive Rolle ein: Sie wurden weder auf die konkrete Geschichte des Patienten bezogen, noch als Materialisierungen unbewusster Objekte eingesetzt wie in den Praktiken des Pariser Hypnose-Experiments.⁹³

Damit der Arzt als Übertragungsobjekt fungieren kann, muss er nicht nur dem Patienten unsichtbar bleiben, sondern auch die von diesem während der Behandlung geäußerten Wünsche und Fragen abweisen. Die Positionierung auf dem Bett, gegen die sich die meisten Patienten sträuben, wird bereits als die erste Versagung eines Wunsches aufgefasst: als die nach einer »gemütlichen« sozialen Interaktion

zwischen Therapeut und Patient.⁹⁴ Freud geht davon aus, dass das spezifische Behandlungsarrangement den Kranken automatisch zur Entfaltung einer »Übertragungsliebe« auf den behandelnden Arzt führt. Der Patient kommt bereits mit einer »Gefühlsbereitschaft«,⁹⁵ einer »Neigung zur Übertragung in die Behandlung«, die Freud als Entsprechung der »Suggestibilität« des hypnotischen Subjekts bestimmt.⁹⁶ Das primäre Ziel der Therapie liegt darin, den Patienten

»an die Kur und an die Person des Arztes zu attachieren. Man braucht nichts anderes dazu zu tun, als ihm Zeit zu lassen. Wenn man ihm ernstes Interesse bezeugt, die anfangs auftauchenden Widerstände sorgfältig beseitigt und gewisse Mißgriffe vermeidet, stellt der Patient ein solches Attachement von selbst her und reiht den Arzt an eine der Imagines jener Personen an, von denen er Liebes zu empfangen gewohnt war.«⁹⁷

Damit übersetzt Freud die im Hypnotismus gewonnenen Erfahrungen in eine Regel der Behandlung, die von beiden Akteuren eine Haltung der »Abstinenz« fordert.⁹⁸ Diese Forderung bezieht sich nicht nur auf die Befriedigung sexueller Wünsche durch den Arzt, sondern auf den konsequenten Entzug all jener Aktivitäten, die die Suggestionstherapeuten einsetzen, um ihren Patienten die Behandlung möglichst »angenehm« und »beruhigend« zu gestalten. Der psychoanalytische Therapeut soll sich Freud zufolge den Chirurgen zum Vorbild nehmen, »der alle seine Affekte und selbst sein menschliches Mitleid beiseite drängt und seinen geistigen Kräften ein einziges Ziel setzt: die Operation so kunstgerecht als möglich zu vollziehen«.⁹⁹

In Freuds Handhabung des Settings wird sowohl die Materialität des Behandlungszimmers als auch die soziale Relation von Arzt und Patient konstant von der Durchführung der Analyse abgetrennt, die – ähnlich wie die schriftlich durchgeführten »Selbstanalysen« – als ein virtueller Austausch von Botschaften vorgeführt wird. Dementsprechend beschreibt Freud seine Behandlung nicht mehr als eine Interaktion zwischen zwei Personen, sondern als die enträumlichte und körperlose Kommunikation zwischen bewussten und unbewussten Anteilen im Psychoanalytiker und in seinem Patienten, analog zur Übermittlung von Schallwellen: Der Arzt »soll dem gebenden Unbewußten des Kranken sein eigenes Unbewußtes als empfangendes Organ zuwenden, sich auf den Analysierten einstellen wie der Receiver des Telephons zum Teller eingestellt ist. Wie der Receiver die von Schallwellen angeregten elektrischen Schwankungen der Leitung wieder in Schallwellen verwandelt, so ist das Unbewußte des Arztes befähigt, aus den ihm mitgeteilten Abkömmlingen des Unbewußten dieses Unbewußte, welches die Einfälle des Kranken determiniert hat, wiederherzustellen.«¹⁰⁰

Diese Konzeption der psychoanalytischen Praxis soll nicht nur durch die asymmetrische Verteilung der Sichtbarkeit und das Schwinden der Objektwelt umgesetzt werden, sondern auch durch eine praktische Maßnahme, die den Arzt während der Behandlung ausschließlich in die Rolle des Zuhörers versetzt. Diese Maßnahme besteht im Verzicht des Therapeuten auf alle materiellen Aufzeichnungsmittel während der Behandlungsstunde. Zu Beginn seiner Krankengeschichte über einen »Fall von Zwangsneurose« (des sogenannten Rattenmannes) warnt Freud davor,

»die Zeit der Behandlung selbst zur Fixierung des Gehörten zu verwenden. Die Ablenkung der Aufmerksamkeit des Arztes bringt dem Kranken mehr Schaden, als durch den Gewinn der Reproduktionstreue in der Krankengeschichte entschuldigt werden kann.«¹⁰¹ Dementsprechend kritisierte er auch die Praxis seiner Schüler, die Assoziationsexperimente mit der psychoanalytischen Technik des freien Assoziierens kombinierten und alle Reaktionen ihrer Patienten stenographisch aufzeichneten.¹⁰² Freud empfahl dagegen, das Niederschreiben der Einfälle und Erzählungen des Patienten am Abend desselben Behandlungstages aus der Erinnerung vorzunehmen.¹⁰³ Um eine entsprechende Gedächtnisleistung vollbringen zu können, soll sich der Analytiker in denselben kritiklosen Zustand »gleichschwebender Aufmerksamkeit« versetzen, der vom Patienten in seiner Selbstbeobachtung verlangt wird. Die »Vorschrift, sich alles gleichmäßig zu merken«, fungiert somit als »das notwendige Gegenstück zu der Anforderung an den Analysierten, alles zu erzählen, was ihm einfällt«.¹⁰⁴

Die Entfernung der Schreibapparatur aus der Behandlungsszene und ihre Verlagerung auf die Hinterbühne führte zu einer anderen Gestaltung der Machtbalance zwischen Arzt und Patient. Die aufgezeichneten Reaktionswörter im Assoziationsexperiment ermöglichten den Anhängern Freuds zwar, diese in sichtbarer Form zu objektivieren und durch diese Evidenz oft den Widerstand des Kranken zu brechen und ihn zum Geständnis zu bringen. Ein Nachteil dieser Aufschreibetechniken lag jedoch darin, dass die lückenlose Aufzeichnung aller Äußerungen und Reaktionsweisen des Analysanden diesem auch Möglichkeiten zur Irreführung gab.¹⁰⁵ Der Psychoanalytiker braucht sich Freud zufolge nicht mit greifbaren Beweisen auszustatten, um den Patienten von seinen Gedächtnisfähigkeiten zu überzeugen: »In einem Streite mit dem Analysierten, ob und wie er einzelnes gesagt habe, bleibt der Arzt zumeist im Rechte.«¹⁰⁶ Im Zusammenhang mit diesem Verzicht auf das Schreiben während der Behandlung riet Freud auch von der von Stekel und anderen Psychoanalytikern geübten Praxis ab, die eigenen Patienten zum Aufschreiben ihrer Träume anzuhalten. Die schriftliche Fixierung des Traums bildet im Freudschen Setting keine Garantie für eine widerstandsfrei verlaufende Analyse, sondern erweist sich selbst entweder als eine Äußerung des Widerstands gegen die Behandlung oder eine Form der Übertragung.¹⁰⁷

Freuds Konzeption des psychoanalytischen Settings als eines Raums, der gänzlich über die »Übertragungsbedeutung« seiner sozialen und materiellen Komponenten bestimmt ist, machte so durch eine Reihe von Maßnahmen und Regeln die von der Schule von Nancy eingeleitete Entmaterialisierung von psychologischen Experimental- und Therapieverfahren zu einer zentralen Bedingung für die Gewinnung des Unbewussten. Mit der nach den Abspaltungen von Jung und Stekel einsetzenden Institutionalisierung der Psychoanalyse, die Freuds Anhänger betrieben, wurde das abgeschlossene Setting im Behandlungsraum zum zentralen Ort der Produktion psychoanalytischen Wissens erklärt. Die frühe Praxis der »Selbstanalyse«, die den Analysanden zum schreibenden Nachvollzug der von Freud gemachten Erfahrung

gen aufforderte, wurde weder für angehende Psychoanalytiker, noch für die Patienten empfohlen. Nach 1914 führte der Weg zum Unbewussten unweigerlich über die Couch, die zum Emblem der psychoanalytischen Behandlung wurde.

Anmerkungen

- ¹ Tilmann Moser, *Lehrjahre auf der Couch. Bruchstücke meiner Psychoanalyse*. Mit einem Nachwort, Frankfurt am Main 1976 (¹1974), 53 f.
- ² Dem mythischen Status des Möbels entspricht, dass das einzige ihm gewidmete Buch überwiegend eine Anekdotensammlung darstellt, vgl. Harold Stern, *Die Couch. Ihre Bedeutung für die Psychotherapie*, Frankfurt am Main 1988 (¹1978).
- ³ Zu diesen wenigen soziologischen und anthropologischen Arbeiten zählen Robert Castel, *Le psychanalyste. L'ordre psychanalytique et le pouvoir*, Paris 1973; Ernest Gellner, *The psychoanalytic movement, or the cunning of unreason*, London 1985; Abram de Swaan, *Zur Soziogenese des psychoanalytischen »Settings«*, in: *Psyche* 32 (1978), 793-826.
- ⁴ Sigmund Freud, *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse (1916/17)*, in: *GW XI*, 10. (*GW* = Sigmund Freud, *Gesammelte Werke*. Band I-XVIII. Unter Mitwirkung von Marie Bonaparte, Prinzessin Georg von Griechenland herausgegeben von Anna Freud, Edward Bibring, Willi Hoffer, Ernst Kris und Otto Isakower, London 1939-52; Nachtragsband. Herausgegeben von Angela Richards unter Mitwirkung von Ilse Grubrich-Simitis, Frankfurt am Main 1987).
- ⁵ Michel Foucault, *Nietzsche, la généalogie, l'histoire* (1971), in: ders., *Dits et Écrits*, Tome 2, Paris 1994, 136 (eigene Übersetzung).
- ⁶ Der Mythos, die Psychoanalyse sei während Freuds heroischer »Selbstanalyse« entstanden, wurde von Kurt Eissler und Ernest Jones kreiert, vgl. Kurt R. Eissler, *An unknown autobiographical letter by Freud and a short comment*, in: *International Journal of Psycho-Analysis* 32 (1951), 319-324; Ernest Jones, *The Life and Work of Sigmund Freud, Vol. 1: The Formative Years and the Great Discoveries, 1856-1900*, New York 1953. Die Version vom »epistemologischen Bruch« (im Sinne Bachelards und Althussers) kursiert vor allem in der französischen Literatur; vgl. Elisabeth Roudinesco, *La bataille de cent ans. Histoire de la psychanalyse en France*, I. 1885-1939, Paris 1986, 167 ff.
- ⁷ Dies ist jedenfalls die Tendenz einer Reihe von jüngeren Studien, die Freud entweder als Lügner oder als Geschichtsfälscher entlarven wollen, vgl. z. B. Mikkel Borch-Jacobsen, *Anna O. zum Gedächtnis*. Aus dem Französischen übersetzt und mit einem Nachwort versehen von Martin Stingelin, München 1997; Han Israëls, *Der Fall Freud. Die Geburt der Psychoanalyse aus der Lüge*. Aus dem Niederländischen übersetzt von Gerd Busse, Hamburg 1999.
- ⁸ Dies trifft insbesondere auf Studien zu, die die Freudschen Fallgeschichten nur noch als Literatur behandeln, vgl. z. B. Steven Marcus, *Freud und Dora – Roman, Geschichte, Krankengeschichte*, in: *Psyche* 28 (1974), 32-79; Patrick Mahony, *Der Schriftsteller Sigmund Freud*. Aus dem Englischen von Helmut Junker, Frankfurt am Main 1989. Eine komparative Historisierung des »Denkens in Fällen« entwirft neuerdings John Forrester, *If p, then what? Thinking in Cases*, in: *History of the Human Sciences* 9 (1996), 1-25.
- ⁹ Dass diese Kontroversen keineswegs randständige Ereignisse waren, hat Alison Winter für den englischen Mesmerismus gezeigt, vgl. *Mesmerized. Powers of Mind in Victorian Britain*, Chicago u. London 1998. Für die Situation in Frankreich vgl. Jacqueline Carroy, *Hypnose, suggestion et psychologie*, Paris 1991; Nicole Edelman, *Voyantes, guérissantes et visionnaires en France 1785-1914*, Paris 1995; Régine Plas, *Naissance d'une science humaine: la psychologie*.

Les psychologues et le «merveilleux psychique», Rennes 2000.

- ¹⁰ Zur Krankenhausmedizin vgl. Erwin Ackerknecht, *Medicine at the Paris Hospitals 1794-1848*, Baltimore 1967. Zur soziologischen Charakteristik dieser beiden Typen vgl. N.D. Jewson, *The Disappearance of the Sick-Man from Medical Cosmology*, in: *Sociology* 10 (1976), 225-244.
- ¹¹ Vgl. dazu die historisch-soziologische Studie von Jens Lachmund, *Der abgehorchte Körper. Zur historischen Soziologie der medizinischen Untersuchung*, Opladen 1997.
- ¹² Wie Kurt Danziger in seiner sozialkonstruktivistischen Geschichte psychologischer Laborforschung gezeigt hat, bürgerte sich der Begriff Subjekt (frz. *sujet*, engl. *subject*) als synonym für Versuchsperson erst ausgehend von den Hypnose-Experimenten der Pariser Ärzte ein, vgl. Kurt Danziger, *Constructing the Subject. Historical origins of psychological research*, Cambridge 1990, 53 ff. Auch im Deutschen wird der Begriff Subject zu dieser Zeit alternierend mit Versuchsperson verwendet, allerdings besonders von Medizinern, die psychologische Experimente durchführen.
- ¹³ Zur Geschichte des »Musée Charcot« vgl. Andreas Mayer, Ein Übermaß an Gefälligkeit: Der Sammler Jean-Martin Charcot und seine Objekte, in: Lydia Marinelli, Hg., *Meine ... alten und dreckigen Götter*. Aus Sigmund Freuds Sammlung, Frankfurt am Main u. Basel 1998, 46-59.
- ¹⁴ Die Frage, wie die Materialität der Forschungspraxis in verschiedenen Wissenskulturen theoretisch zu fassen ist, ist nach wie vor Gegenstand einer kontroversen Diskussion, vgl. für verschiedene Positionen: Karin Knorr Cetina, *Wissenskulturen. Ein Vergleich naturwissenschaftlicher Wissensformen*, Frankfurt am Main 2002 (¹1999); Bruno Latour, *Pasteur: guerre et paix des microbes, suivi de Irréductions*, Paris 2001 (¹1984); Bruno Latour u. Steve Woolgar, *Laboratory Life. The (Social) Construction of Scientific Facts*, Beverly Hills/CA 1986 (¹1979); Hans-Jörg Rheinberger, *Experimentalsysteme und epistemische Dinge*, Göttingen 2001 (¹1997); Steven Shapin u. Simon Schaffer, *Leviathan and the Air Pump*, Princeton 1985.
- ¹⁵ Vgl. z. B. den ausführlichen Bericht von Artur Gamgee, *An Account of a Demonstration on the Phenomena of Hystero-Epilepsy and on the Modification which they undergo under the Influence of Magnets and Solenoids given by Professor Charcot at the Salpêtrière*, in: *The British Medical Journal*, oct. 12, II (1878), 545-548.
- ¹⁶ „(I)t is to the glory of Charcot (..) that he has taken these emotional and wretched women, these waste products thrown off in the evolution of the race, and has so experimented with them as to produce results as clear, as true, and as pure as the chemist can obtain with the inanimate elements in the laboratory«, George M. Beard, *The study of trance, muscle-reading and allied nervous phenomena in Europe and America, with a letter on the moral character of trance subjects and a defence of Dr. Charcot*, New York 1882, 37.
- ¹⁷ Anon., *Metalloscopy and Metallo-Therapy*, in: *British Medical Journal*, 3. 11. 1877, 652.
- ¹⁸ Die Täuschungskunst der Hysterischen ist in der Zeit ein vielfach dokumentierter Topos, vgl. allgemein dazu Marc Micale, *Approaching Hysteria*, Princeton 1995.
- ¹⁹ Vgl. dazu ausführlicher Andreas Mayer, *Mikroskopie der Psyche. Die Anfänge der Psychoanalyse im Hypnose-Labor*, Göttingen 2002, 49-60.
- ²⁰ Die visuelle Kultur der *Salpêtrière* läßt sich zwar emblematisch anhand der von Bourneville und Régnard herausgegebenen *Iconographie de la Salpêtrière* (3 Tomes, Paris 1876-1880) veranschaulichen, wie es Georges Didi-Huberman unternommen hat (vgl. *Erfindung der Hysterie. Die photographische Klinik von Jean-Martin Charcot*. Aus dem Französischen von Silvia Henke, Martin Stingelin und Hubert Thüring, München 1997 [¹1982]), allerdings um den Preis, die Heterogenität und Spezifik der Visualisierungsstrategien in der Charcotschen Klinik aus den Augen zu verlieren.
- ²¹ Bernheim ging damit noch weiter als die ersten englischen Kritiker der Experimente, die vermutet hatten, die erzeugten Phänomene könnten zum Teil der »aufmerksamen Erwartung« der Versuchspersonen geschuldet sein, vgl. zum Beispiel Hack Tuke, *Metalloscopy and Expectant Attention*, in: *The Journal of Mental Science* 24 (1878), 598-609. Dieser sah die auf psychi-

schem Wege wirkende »Suggestion« nicht bloß als einen möglichen Störfaktor der Experimente, sondern suchte alle produzierten Phänomene auf diesen einen Faktor zurückzuführen.

- ²² Zum Begriff Psychotherapie und den Anfängen dieser Bewegung, vgl. Jacqueline Carroy, *L'invention de mot de psychothérapie*, in: *Psychologie clinique* 9 (2000), 11-30; Marcel Gauchet u. Gladys Swain, *Du traitement moral aux psychothérapies. Remarques sur la formation de l'idée contemporaine de psychothérapie*, in: Gladys Swain, *Dialogue avec l'insensé. Essais d'histoire de la psychiatrie*, Paris 1994, 237-262 (1986).
- ²³ Hippolyte Bernheim, *Die Suggestion und ihre Heilwirkung*. Autorisierte deutsche Ausgabe von Dr. Sigm. Freud, Leipzig u. Wien 1888, 86.
- ²⁴ Hippolyte Bernheim, *Neue Studien über Hypnotismus, Suggestion und Psychotherapie*. Übersetzt von Dr. Sigm. Freud, Leipzig u. Wien 1892, 61.
- ²⁵ Ebd.
- ²⁶ Vgl. Joseph Delbœuf, *De l'influence de l'éducation et de l'imitation dans le somnambulisme provoqué*, in: *Revue philosophique* 22 (1886), 146-171.
- ²⁷ Joseph Delbœuf, *Le magnétisme animal: à propos d'une visite de l'école de Nancy*, Paris 1889, 22.
- ²⁸ Sigmund Freud, Rezension von Forel Auguste, »Der Hypnotismus«, Stuttgart 1889, zit. n. GW, Nachtragsband, 136 f.
- ²⁹ Vgl. Swaan, Soziogenese, wie Anm. 3; John Forrester, *The Balance of Power between Freud and his Early Women Patients*, in: *Cahiers psychiatriques Gênévois* (1994), 41-54; Michael Schröter, *Psychoanalyse und ärztliche Psychotherapie: zur Geschichte eines schwierigen Verhältnisses*, in: *Psyche* 55/7 (2001), 718-737.
- ³⁰ In den meisten Historiographien des Hypnotismus und der Psychotherapie wird man vergeblich nach einer Darstellung dieser Bewegung suchen, was auch darauf zurückzuführen ist, dass die Schulbildung Forels und Vogts längerfristig nicht erfolgreich verlief. Eine schematische Darstellung findet sich jedoch bei Christina Schröder, *Der Fachstreit um das Seelenheil. Psychotherapiegeschichte zwischen 1880 und 1932*, Frankfurt am Main 1995.
- ³¹ Leopold Löwenfeld, *Der Hypnotismus. Handbuch der Lehre von der Hypnose und der Suggestion, mit besonderer Berücksichtigung ihrer Bedeutung für Medicin und Rechtspflege*, Wiesbaden 1901, 108.
- ³² Ebd.
- ³³ Ebd., 97.
- ³⁴ Ebd., 108 f.
- ³⁵ Ebd.
- ³⁶ Siegfried Giedion, *Die Herrschaft der Mechanisierung. Ein Beitrag zur anonymen Geschichte*. Herausgegeben mit einem Vorwort von Henning Ritter, Hamburg 1994, 430.
- ³⁷ Léon Daudet, *Devant la douleur*, Paris 1931, 19 (eigene Übersetzung).
- ³⁸ Schrenck-Notzing an Forel, 20. 12. 1889, in: August Forel, *Briefe – Correspondance 1864-1927*. Herausgegeben von Hans H. Walser. Mit einem Vorwort von Manfred Bleuler, Bern u. Stuttgart 1968, 237.
- ³⁹ Ebd.
- ⁴⁰ Korbinian Brodmann, *Zur Methodik der hypnotischen Behandlung (Fortsetzung)*, in: *Zeitschrift für Hypnotismus* 7 (1898), 9.
- ⁴¹ Ebd., 275.
- ⁴² Wilhelm Brügelmann, *Psychotherapie und Asthma*, in: *Zeitschrift für Hypnotismus* 2 (1893/94), 91.
- ⁴³ Brodmann, *Methodik*, wie Anm. 40, 274 f.
- ⁴⁴ Löwenfeld, *Hypnotismus*, wie Anm. 31, 107.
- ⁴⁵ Otto G. Wetterstrand, *Selbstbeobachtungen während des hypnotischen Zustandes (Angaben zweier Patienten)*, in: *Zeitschrift für Hypnotismus* 4 (1896), 116.

- ⁴⁶ Löwenfeld, Hypnotismus, wie Anm. 31, 108.
- ⁴⁷ Ebd. Wie aus einer kurzen, in den *Studien über Hysterie* mitgeteilten Krankengeschichte hervorgeht, platzierte Freud Familienangehörige bei heiklen Fällen hinter den Patienten, um sie zumindest aus deren Gesichtsfeld zu bringen, vgl. Josef Breuer u. Sigmund Freud, *Studien über Hysterie*, Frankfurt am Main 1991 (¹1895), 129 f.
- ⁴⁸ Löwenfeld, Hypnotismus, wie Anm. 31, 107.
- ⁴⁹ Sigmund Freud, Hypnose. Artikel in Bum Anton, *Therapeutisches Lexikon* (1891), in: GW, Nachtragsband, 144.
- ⁵⁰ Ebd.
- ⁵¹ Löwenfeld, Hypnotismus, wie Anm. 31, 107 f.
- ⁵² Brodmann, *Methodik*, wie Anm. 40, 269.
- ⁵³ Schrenck-Notzing an Forel, 11.12.1889, in: August Forel, *Briefe*, wie Anm. 38, 235.
- ⁵⁴ Wilhelm Renterghem, Liébeault et son école. *Causeries*, in: *Zeitschrift für Hypnotismus* 5 (1896/97), 53.
- ⁵⁵ August Forel, *Der Hypnotismus. Seine psycho-physiologische, medicinische, strafrechtliche Bedeutung und seine Handhabung*. 2. umgearb. und verm. Auflage. Stuttgart 1891, 120.
- ⁵⁶ Dementsprechend versehen praktische Anleitungen zum Hypnotisieren ihre Beschreibungen mit präzisen Hinweisen zum Vortrag, vgl. z. B. Löwenfeld, *Hypnotismus*, wie Anm. 31, 113.
- ⁵⁷ Die Begriffe Lautsphäre und akustische Gemeinschaft übernehme ich von Murray Richard Schafer, *Klang und Krach. Eine Kulturgeschichte des Hörens*. Frankfurt am Main 1988, 260 ff.
- ⁵⁸ Brodmann, *Methodik*, wie Anm. 40, 268.
- ⁵⁹ Oskar Vogt (1899), zit. in: Helga Satzinger, *Die Geschichte der genetisch orientierten Hirnforschung von Cécile und Oskar Vogt in der Zeit von 1895 bis ca. 1927*, Stuttgart 1998, 68 f.
- ⁶⁰ Oskar Vogt, *Zur Methodik der ätiologischen Erforschung der Hysterie*, in: *Zeitschrift für Hypnotismus* 8 (1899), 71.
- ⁶¹ Die wenigen von Vogt geschilderten Fälle stammten zunächst aus der Leipziger Klinik Flechsigs, an der er kurzzeitig als Assistent arbeitete und in deren »hypnotischer Abteilung« er laut einem Brief »an einzelnen Tagen 50 Personen« hypnotisierte, vgl. Vogt an Forel, Leipzig, 7.2.1895, zit. in: Forel, *Briefe*, wie Anm. 38, 305. Die wenigen von Brodmann publizierten Fälle stammten überwiegend aus dem Kurort Alexandersbad, sowie aus der Privatpraxis beider Ärzte, in die Forel regelmäßig Patienten überwies.
- ⁶² Vogt zit. in. Brodmann, *Methodik*, wie Anm. 40, 281.
- ⁶³ Ebd.
- ⁶⁴ Löwenfeld, *Hypnotismus*, wie Anm. 31, 115 f.
- ⁶⁵ So gab Vogt an, er habe »bei meiner besten hysterischen Versuchsperson erst nach 700 und bei meiner zweitbesten erst nach 200 Sitzungen einen normalen Somnambulismus erreicht«, Vogt, *Methodik*, wie Anm. 60, 76.
- ⁶⁶ Dr. Marcinowski, *Selbstbeobachtungen in der Hypnose*, in: *Zeitschrift für Hypnotismus* 9 (1900), 10.
- ⁶⁷ Ebd., 26 f.
- ⁶⁸ Vgl. John Forrester, *Portrait eines Traumlesers*, in: Lydia Marinelli u. Andreas Mayer, Hg., *Die Lesbarkeit der Träume. Zur Geschichte von Freuds »Traumdeutung«*, Frankfurt am Main 2000, 9-36.
- ⁶⁹ Vgl. dazu Andreas Mayer, *Introspective Hypnotism and Freud's Self-Analysis. Procedures of Self-Observation in Clinical Practice*, in: *Revue d'histoire des sciences humaines* 5 (2001), 171-196; Lydia Marinelli u. Andreas Mayer, *Träume nach Freud. Die »Traumdeutung« und die Geschichte der psychoanalytischen Bewegung*, Wien 2002.
- ⁷⁰ Sigmund Freud, *Die Traumdeutung*, Leipzig u. Wien 1900, 69.
- ⁷¹ Ebd.

- ⁷² Brief von Sigmund Freud an Wilhelm Fließ, 16.5.1897, in: Sigmund Freud, Briefe an Wilhelm Fließ. Herausgegeben von Jeffrey M. Masson. Bearbeitung der deutschen Fassung von Michael Schröter. Transkription von Gerhard Fichtner, Frankfurt am Main 1985, 160. Auch andere Schüler wie Max Eitingon und Eduard Hitschmann wurden später noch auf diese Weise in die psychoanalytische Technik eingeführt. Zum Status der ersten Schüler Freuds vgl. Ludger M. Hermanns u. Michael Schröter, Felix Gattel (1870-1904). Der erste Freudschüler, in: *Luzifer-Amor* 3/6 (1991), 42-75.
- ⁷³ Sigmund Freud, Die Freudsche psychoanalytische Methode (1904), in: *GW V*, 4 f.
- ⁷⁴ Marcinowski, Selbstbeobachtungen, wie Anm. 66, 182.
- ⁷⁵ Ebd.
- ⁷⁶ Theodor van Straaten, Zur Kritik der hypnotischen Technik, in: *Zeitschrift für Hypnotismus* 9 (1900), 154.
- ⁷⁷ Sigmund Freud, Bruchstück einer Hysterie-Analyse (1905), in: *GW V*, 238 f.
- ⁷⁸ Ebd., 240. Auch die Handlungen, die die Patienten ausführen, bevor sie sich in die von Freud gewünschte Position auf dem Ruhebett begeben, gelten als Indikatoren für ihren »Komplex«, vgl. Sigmund Freud, Zur Einleitung der Behandlung. Weitere Ratschläge zur Technik der Psychoanalyse I (1913), in: *GW VIII*, 472.
- ⁷⁹ Zur Briefanalyse Bleulers vgl. Marinelli u. Mayer, Träume, wie Anm. 69, 25-30. Die Bedeutung dieser frühen Praxis ergibt sich daraus, dass die Institutionalisierung der Psychoanalyse bis 1914 im wesentlichen über die Achse Zürich-Wien verlief und die meisten Anhänger Freuds zunächst am Burghölzli ausgebildet wurden. Eine ausführlichere Darstellung dieser bisher kaum erforschten Konjunktur von Psychoanalyse und Experimentalpsychologie wird an anderer Stelle erfolgen.
- ⁸⁰ Das Verfahren des psychometrischen Assoziationstests wurde anfangs zwar in der Normalpsychologie eingesetzt (zunächst von Francis Galton und darauf im Leipziger Labor von Wundt), jedoch schon bald in psychiatrischen Kliniken (von Kraepelin und Aschaffenburg) modifiziert verwendet.
- ⁸¹ Vgl. Carl Gustav Jung, Über das Verhalten der Reaktionszeit beim Assoziationsexperimente, in: ders., Hg., Diagnostische Assoziationsstudien. Beiträge zur experimentellen Psychopathologie, Band 1, Leipzig 1910, 193-228.
- ⁸² Vgl. Carl Gustav Jung, Die psychologische Diagnose des Tatbestandes, in: *Schweizerische Zeitschrift für Strafrecht* 28 (1905), 369-408.
- ⁸³ Wilhelm Stekel, Nervöse Angstzustände und ihre Behandlung. Mit einem Vorworte von Professor Dr. Sigmund Freud, Berlin u. Wien 1908, 288.
- ⁸⁴ Ebd., 296.
- ⁸⁵ Vgl. dazu den Beitrag von Lydia Marinelli in diesem Heft.
- ⁸⁶ Vgl. z. B. Oskar Pfister, Psychanalytische Seelsorge und experimentelle Moralpädagogik, in: *Protestantische Monatshefte* 13 (1909), 6-42.
- ⁸⁷ Vgl. Leo Stone, Die psychoanalytische Situation. Entwicklung und Bedeutung. Aus dem Amerikanischen von Friedhelm Herborth. Frankfurt am Main 1973.
- ⁸⁸ Freuds Konzept der Übertragung ist ebenso wie viele andere Begriffe, die zur Theorie der Technik zählen, vor allem als ein Resultat der konkreten Behandlungspraxis anzusehen, was auch seine widersprüchliche Verwendung in verschiedenen Schriften Freuds erklärt. Eine umfassendere konzeptuelle Klärung wird im folgenden nicht angestrebt, vgl. für zwei verschiedenartig ausgerichtete Ansätze Ida Macalpine, The Development of the Transference, in: *The Psychoanalytic Quarterly* 19 (1950), 501-539; Jean Laplanche u. J-B. Pontalis, Das Vokabular der Psychoanalyse, Frankfurt am Main 1972, 550 ff.
- ⁸⁹ Freud, Einleitung, wie Anm. 78, 467.
- ⁹⁰ Ebd.

- ⁹¹ Ebd., 472.
- ⁹² Muriel Gardiner, Hg., *Der Wolfsmann vom Wolfsmann*. Sigmund Freuds berühmtester Fall, Frankfurt am Main 1972, 174; über Freuds Sammlung vgl. die umfassendste Dokumentation und Diskussion bei Marinelli, Götter, wie Anm. 13.
- ⁹³ Der Einsatz von verschiedenen Objekten im Hypnose-Experiment durch Alfred Binet und Charles Féré steht in engem Zusammenhang mit der Definition des Fetischismus als einer pathologischen Sexualpraxis, vgl. dazu ausführlicher Andreas Mayer, *Objektwelten des Unbewußten*. Fakten und Fetische in Charcots Museum und Freuds Behandlungspraxis, in: Anke te Heesen u. Emma Spary, Hg., *Sammeln als Wissen*. Das Sammeln und seine wissenschaftsgeschichtliche Bedeutung, Göttingen 2001, 169-198.
- ⁹⁴ Vgl. Freud, *Einleitung*, wie Anm. 78, 472 f.
- ⁹⁵ Freud, *Vorlesungen*, wie Anm. 4, 459.
- ⁹⁶ Ebd., 464.
- ⁹⁷ Freud, *Einleitung*, wie Anm. 78, 473 f.
- ⁹⁸ Sigmund Freud, *Bemerkungen über die Übertragungsliebe*. Weitere Ratschläge zur Technik der Psychoanalyse III (1915), in: GW X, 306-321.
- ⁹⁹ Sigmund Freud, *Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung* (1912), in: GW VIII, 380 f.
- ¹⁰⁰ Ebd., 381 f. Statt »Schwankungen« muss es in der zitierten Stelle wohl *Schwingungen* heißen.
- ¹⁰¹ Sigmund Freud, *Bemerkungen über einen Fall von Zwangsneurose* (1909), in: GW VII, 385.
- ¹⁰² Freud, 26.2.1908, zit. in: Herman Nunberg u. Ernst Federn, Hg., *Protokolle der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung*, 1. Band, 1906-1918, Frankfurt am Main 1976, 316.
- ¹⁰³ Vgl. Freud, *Zwangsneurose*, wie Anm. 101, 385.
- ¹⁰⁴ Freud, *Ratschläge*, wie Anm. 99, 377.
- ¹⁰⁵ Auf diese Möglichkeit hatte Freud bereits in einem Vortrag hingewiesen, in dem er die Ähnlichkeiten und Unterschiede von Tatbestandsdiagnostik und psychoanalytischer Technik diskutierte, vgl. Sigmund Freud, *Tatbestandsdiagnostik und Psychoanalyse* (1906), in: GW VII 13 ff.
- ¹⁰⁶ Freud, *Ratschläge*, wie Anm. 99, 378.
- ¹⁰⁷ Auf Freuds Aufforderung hin testete Karl Abraham das Verhalten von Patienten auf das Verbot, ihre Träume aufzuschreiben. Einer lieferte einen völlig unleserlich gekritzelten Traumtext, ein anderer zeichnete seine Träume mit dem Phonographen auf, was zu einem unverständlichen Resultat führte, vgl. Karl Abraham, *Sollen wir die Patienten ihre Träume aufschreiben lassen?*, in: *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse* 1 (1913), 196-199.