

# Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse

Offizielles Organ der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung

Herausgegeben von

**Prof. Dr. Sigm. Freud**

Unter Mitwirkung von

Dr. Karl Abraham  
Berlin

Dr. Girindrashekhar Bose  
Kalkutta

Dr. A. A. Brill  
New York

Dr. Jan van Emden  
Haag

Dr. Paul Federn  
Wien

Dr. Ernest Jones  
London

Dr. Emil Oberholzer  
Zürich

Dr. M. Wulff  
Moskau

redigiert von

Dr. M. Eitingon, Dr. S. Ferenczi und Dr. Sándor Radó  
Berlin Budapest Berlin

---

Jones: Theorie und Praxis in der Psychoanalyse / Sachs: Metapsychologische Gesichtspunkte / Alexander: Metapsychologische Darstellung des Heilungsvorganges / Nunberg: Der Genesungswunsch / Landauer: Äquivalente der Trauer / Happel: Ein Fall von Päderastie / Reich: Eine hysterische Psychose in statu nascendi / Abraham: Koinzidierende Phantasien bei Mutter und Sohn / H. Deutsch: Zur Psychologie des Sports / Fenichel: Bewußtseinsfremdes Erinnerungsmaterial im Traume / Wulff: Analyse einer Symptomhandlung / Referate / Bewegung: Religionspsychologie. Thomas Mann usw. / Korrespondenzblatt der Internation. Psychoanalyt. Vereinigung / Sigm. Freud: Josef Breuer †

---

**Internationaler Psychoanalytischer Verlag**

Wien, VII. Andreasgasse 3

# Über das vorbewußte phantasierende Denken

von

Dr. J. Varendonck (†)

(Gent)

Aus dem Englischen übersetzt von Anna Freud

Mit einem Geleitwort von Prof. Dr. Sigm. Freud

Geheftet Mark 5.—, Halbleinen Mark 6.50

Das Buch des Dr. Varendonck enthält eine bedeutsame Neuheit und wird mit Recht das Interesse aller Philosophen, Psychologen und Psychoanalytiker erwecken. Es ist dem Autor in jahrelangen Bemühungen gelungen, jener Art von phantasierender Denktätigkeit habhaft zu werden, welcher man sich während der Zustände von Zerstretheit hingibt und in die man leicht vor dem Einschlafen oder bei unvollkommenem Erwachen verfällt... Er hat dabei eine Reihe von wichtigen Entdeckungen gemacht.  
(Aus dem Geleitwort von Prof. Freud)

Die Fruchtbarkeit der Anregungen, die von dem Werke Freuds für die Psychologie noch ständig ausgehen, zeigt die vorliegende Arbeit eines vlämischen Gelehrten mit besonderer Eindringlichkeit. V. hat die Muße eines zweijährigen Kriegsdienstes als Dolmetscher hinter der englischen Front dazu verwandt, das richtungslose Denken zu fassen und zu beschreiben, das in der Zerstretheit beim sogenannten Abschweifen der Gedanken, bei Tagträumereien, vor dem Einschlafen vor sich geht. Das Material ist außerordentlich wertvoll und aufschlußreich...  
(„Zentralbl. f. d. ges. Neurologie u. Psychiatrie“)

Eine wertvolle Bereicherung der psychoanalytischen Literatur.

(„Monatsschr. f. Kriminalpsychologie“)

Ein überaus wertvoller Beitrag zur Denkpsychologie. Für die Pädagogik sehr bedeutungsvoll.

(„Zeitschr. f. pädag. Psychologie“)

Das dankenswerte seiner Arbeit liegt vor allem in der Erschließung eines bis jetzt noch nicht bedachten Gebietes, in der Aufdeckung der normalen Funktion der Tagträume, deren Erkennung auch für die Bewertung pathologischer Zustände ein wichtiges Hilfsmittel abgeben wird.

(„Internat. Zeitschr. f. Psychoanalyse“)

Eine wirkliche Bereicherung der Psychoanalyse.

(„Frankfurter Zeitung“)

Man wirft der Psychoanalyse oft vor, sie neige mit ihren Methoden zu allzu einseitiger Beurteilung der Dinge (neigt hiezu nicht jede Wissenschaft ein wenig?) und gehe mit ihren Schlußfolgerungen viel zu weit. Das Urteil darüber, ob diese und noch andere Vorwürfe berechtigt sind, wird man der Nachwelt überlassen müssen. So viel aber darf man heute schon behaupten, daß die jüngste Varendoncksche Arbeit in ihrer ernsten und maßvollen Art zu den Leistungen gehört, die die Eigenschaft besitzen, ihrer Sache neue Anhänger zu werben. („Frankfurter Nachrichten“)

Ohne Zweifel, eine wertvolle Arbeit! Besonders für die Erforschung der Phantasietätigkeit des Dichters ist hier eine bedeutsame Unterlage aus dem normalen Seelenleben geschaffen.

(„Literarisches Echo“)

Glänzend ist die Selbstbeobachtung und Selbstanalyse durchgeführt; sie allein schon verdient, das Buch dem psychologisch interessierten Leser zu empfehlen.

(„Der Schulwart“)

Eine sehr gründliche Studie, angelegentlichst empfohlen. („Psychiatr.-Neurolog. Wochenschr.“)

Die überaus reiche, aufs sorgfältigste überdachte und gegliederte Fülle des Stoffes ist durchwegs durch eine eingehende Selbstbeobachtung und Selbstzergliederung gewonnen.

(„Zeitschr. f. Sexualwissenschaft“)

# Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse

Herausgegeben von Prof. Dr. Sigm. Freud

XI. Band

1925

Heft 2

## Theorie und Praxis in der Psychoanalyse

*Einleitung zu einer Vortragsreihe auf dem VIII. Internationalen  
Psychoanalytischen Kongreß, Salzburg, April 1924*

Von Dr. Ernest Jones (London)

Die folgenden Bemerkungen sollen nur als eine kurze Einleitung zu den Referaten der Herren Doktoren Alexander, Radó und Sachs<sup>1</sup> dienen. Gewisse unterscheidende Prinzipien sind hier zur Klärung vorgebracht; sie können als Stützpunkte dienen, denen verschiedene Ansichten angelehnt werden mögen. Zu diesem Zwecke sind zwei Ergänzungsreihen gewählt; die eine bezieht sich auf Kausalmomente, die andere auf die Therapie. Die erstere ist mit besonderer Beziehung auf die Neurosen gewählt, aber das Schema besitzt eine weit größere Gültigkeit.

Die erste Unterscheidung, die getroffen werden muß, ist die zwischen hereditären und erworbenen Momenten. (Die ersteren, die schon in den elterlichen Keimzellen enthalten sind, dürfen natürlich nicht mit den kongenitalen verwechselt werden; diese letzteren sind bereits ontogenetisch, da sie von dem Individuum selbst, obzwar vor seiner Geburt, erworben wurden.)

Die hereditären Momente können unterschieden werden in solche von naheliegenderem (z. B. familiärem) Ursprung und in solche von fernliegenderem (z. B. phylogenetischem) Ursprung.

Es bestehen drei Gruppen der erworbenen oder ontogenetischen Momente: kongenital, infantil und aktuell. Die ersteren beziehen

---

1) Dr. Franz Alexander: „Metapsychologische Darstellung des Heilungsvorganges“; Dr. Sándor Radó: „Das ökonomische Prinzip der Technik“; Dr. Hanns Sachs: „Metapsychologische Gesichtspunkte zur Wechselbeziehung zwischen Theorie und Technik in der Psychoanalyse“.

sich auf Einflüsse, die entweder vor dem Geburtsakt oder währenddessen eingewirkt haben. Die infantilen Momente können wieder für unseren gegenwärtigen Zweck in zwei Gruppen geteilt werden: diejenigen, deren Erinnerungsspuren durch die Psychoanalyse ans Tageslicht gebracht werden können, und die anderen, die rekonstruiert werden müssen.

Der Zweck, den ich verfolge, indem ich Sie an diese Klassifikation erinnere, ist, Ihre Aufmerksamkeit auf zwei grundlegende Betrachtungen hinzulenken. Zuerst: wenn wir die sieben Gruppen der Momente, wie sie hier aufgezählt sind, revidieren, so ist es klar, daß nur die beiden letzten historisch genannt werden können, insoweit als sie sich auf das Bewußtsein des Patienten beziehen, während die ersten fünf, die prä-historischen Momente, durch eine Reihe von Schlußfolgerungen rekonstruiert werden müssen. Es ist weiterhin klar, daß die Sicherheit dieser Rekonstruktionen sich mit ihrem zeitlichen Alter ändert. Während die Genauigkeit in der Rekonstruktion von Urszenen einen hohen Grad von Wahrscheinlichkeit erreichen kann (kaum weniger wahrscheinlich als die durch die Psychoanalyse zutage geförderten Erinnerungen), so kann doch das gleiche nicht von den kongenitalen Momenten, von jenen, die auf die Existenz vor dem Geburtsakte und währenddessen Bezug haben, gesagt werden, wenigstens nicht so weit unser gegenwärtiges Beweismaterial reicht. Was die ererbten Momente anbetrifft, wie wichtig sie auch in der Zukunft sein mögen, so können wir zurzeit nur mehr oder weniger plausible Vermutungen über sie anstellen. Es folgt daraus, daß, bis unser Wissen über diese frühen Momente sich der Bestimmtheit unserer Kenntnis über die späteren annähert, Zurückhaltung und Vorsicht der einzig mögliche Weg ist, den wir in Bezug auf irgend eine Spekulation über ihre mögliche Natur und Wichtigkeit einschlagen können.

Wir wollen nun zweitens unsere Ergänzungsreihe in drei Gruppen einteilen: vor-infantil, infantil und nach-infantil. Zu der ersten gehören alle die ererbten und kongenitalen Momente, die wir mit dem gemeinsamen Namen „konstitutionell“ bezeichnen können. Ein bemerkenswerter Zug fällt sofort auf, nämlich daß in der Epoche vor Freud fünf Momenten von den sieben unserer Liste ätiologische Bedeutung beigegeben wurde, also allen außer den infantilen, und daß die in Betracht kommenden fünf die ganze Ätiologie erklären sollten. Der bedeutsamste Beitrag der Psychoanalyse, d. h. von Freud, war, daß er in diese Reihe eine Gruppe von Momenten einschob, die infantilen, welche die wichtigsten unter allen zu sein scheinen. Ich sage „scheinen“, denn die Frage, die ich hier aufwerfen will, ist: Welche Stellung sollen wir dazu nehmen, wenn es sich durch weitergehende Kenntnisse herausstellen sollte, daß diese Momente in

Wirklichkeit nicht so wichtig sind, wie wir jetzt denken? In der Theorie kann es nur eine Antwort geben, so lange wir irgend welchen Anspruch darauf machen, wissenschaftlich zu arbeiten; wir müssen der Beweisführung folgen, wohin immer sie uns auch führen mag. Aber als Psychologen wissen wir, daß in der Praxis die Sache nicht so einfach ist, und ich möchte Sie bitten, die Existenz zweier starker Motive zu beachten, die wahrscheinlicherweise unser Urteil beeinflussen werden. Das erste ist der Konservatismus, der jedermann an dem festzuhalten zwingt, was er für die Wahrheit hält, und besonders wenn — wie in dem gegenwärtigen Fall — es eine Wahrheit ist, deren Erlangung und Aufrechterhaltung ihm teuer zu stehen gekommen ist, emotionell und materiell. Auf der anderen Seite jedoch steht die durch Erfahrung stark befestigte Kenntnis des Umstandes, daß eine Herabsetzung der von Freud gefundenen (infantilen) Momente auf Kosten der vor Freud datierenden (vor-infantilen und nach-infantilen) ein höchst charakteristischer Ausdruck des allgemeinen menschlichen Widerstandes gegen die Annahme der Wichtigkeit der ersteren ist; es ist gewöhnlich eine Flucht vor dem Ödipuskomplex, der ja der Mittelpunkt der infantilen Momente ist. Wir wissen auch, daß das Ausüben der Psychoanalyse keine Immunität gegen diese Reaktion verbürgt. Auf einem früheren Kongresse (München, 1913) fiel es mir zu, hervorzuheben, daß die übertriebene Bedeutung, die Jung den aktuellen Momenten beimaß, eine Tendenz zeigte, die zum Aufgeben des Wissens führen könnte, das die Psychoanalyse über die Bedeutung der infantilen Sexualität gewonnen hatte. Die dort ausgesprochenen Ahnungen wurden bedauerlicherweise über allen Zweifel erhaben bestätigt. Ich hätte ebensogut Jungs ungerechtfertigte Einsetzung der phylogenetischen Spekulation für ontogenetische Beobachtung zum Beispiel wählen können, denn diese entsprang offensichtlich derselben Tendenz. Aus alledem können wir, wie ich glaube, den Schluß ziehen, daß wir gut daran täten, unsere wissenschaftliche Vorurteilslosigkeit und Neugierde mit einer Einstellung von kühlem Skeptizismus zu verbinden, wo es sich um Schlußfolgerungen handelt, — besonders wenn sie nicht durch Beweise gestützt sind, — die den Schwerpunkt in der Ätiologie von dem (von Freud eingesetzten) Mittelpunkt der Ergänzungsreihe wegverlegen wollen.

In dieser Frage, wie in so vielen anderen, haben wir ein leuchtendes Beispiel von ausgeglichenem Urteil, das uns zur Nachahmung auffordert. In Freuds frühen Tagen, sogar vor der Schock-Theorie (d. h. der Theorie von den nach-infantilen Faktoren) war Ätiologie beinahe gleichbedeutend mit Heredität. Er wurde natürlicherweise beschuldigt, daß er deren Bedeutung angeblich ignoriert hatte. Ein Geringerer als er würde einen von

zwei entgegengesetzten Irrtümern begangen haben; von seiner eigenen Entdeckung geblendet, hätte er sie an die Spitze stellen und andere Betrachtungen, wie hereditäre Einflüsse, vernachlässigen können. Oder er hätte der subtileren Versuchung ungerechtfertigter Bescheidenheit nachgeben können (wie Darwin, indem er trotz seiner besseren Einsicht sich der Lamarckschen Erbllichkeitstheorie zuwandte) und den Wert seiner eigenen Entdeckungen unterschätzen können. Freud tat keines von beiden. Er hat an diesen beiden Extremen vorbeigesteuert. Obzwar er notwendigerweise viel mehr über die infantilen Momente geschrieben hat, wo er so viel Neues zu geben hatte, kann doch niemand, der seine Schriften kennt, sagen, daß er jemals die Bedeutung der anderen Momente vernachlässigt hat. Man braucht sich nur an seine Theorie der Hemmung und des Versagens im Zusammenhang mit den aktuellen Momenten zu erinnern, an die Versuche, die er macht, die Natur der konstitutionellen Faktoren (die Lehre von den erogenen Zonen usw.) zu definieren und an seine Einstellung von erwartungsvoller Aufmerksamkeit für alle Zeugnisse von der fernen Quelle phylogenetischer Geschichte. Trotzdem ist er nie der Versuchung erlegen, den energischsten Nachdruck auf seine eigenen Entdeckungen zu legen und auf das, was er für ihre Bedeutung hält. Können wir besser tun als uns so viel wie möglich zu bemühen, diesem bewunderungswürdigen Gleichgewicht nahezukommen?

Ich habe weniger über die zweite Ergänzungsreihe, auf die ich oben hingewiesen habe, zu sagen. Die Möglichkeit einer Analyse beruht, wie wohl bekannt, auf der angeborenen Tendenz der Psyche, ihre charakteristischen Triebe, Reaktionen und ihren Schatz von Erinnerungen, immer wieder und wieder in immer verschiedener Form zu wiederholen. Ob diese Tendenz zu wiederholen eine Tendenz *sui generis* ist, wie Freud es angedeutet hat, oder unter andere Tendenzen eingereiht werden kann, wie etwa das Lust-Unlust-Prinzip, braucht uns hier nicht weiter zu beschäftigen; aber die Tatsache der Wiederholung selbst ist von grundlegender Wichtigkeit. Die Übertragung ist natürlich ein wohlbekanntes Beispiel dafür. Nun, wie Freud hervorgehoben hat, ziehen es die Patienten vor, ihre unbewußten Kindheitserfahrungen in Form von Handlungen und Gefühlen zu reproduzieren, anstatt in Form von Erinnerungen, und das praktische Problem entsteht, wohin der Analytiker das Schwergewicht in dieser wechselseitigen Reihe zweier Glieder verlegen soll. Es ist natürlich viel leichter, der mühseligen Anstrengung, die individuellen Erinnerungen wieder zu beleben, zu entsagen und dafür die Rekonstruktion von mehr oder weniger spekulativen Wiederherstellungen typischer, prähistorischer Tendenzen einzusetzen. Aber es scheint mir, daß auch dies

eine Situation ist, wo ein ausgeglichenes Urteil notwendig ist, damit die Vorteile beider Richtungen verbunden werden können. Es bestehen zwei Vorteile in der Betonung der Nicht-Erinnerungsseite der Behandlung: erstens, daß Regungen, die jeder Form von Gedächtnis unerreichbar sind, in dieser Weise bis zu einem gewissen Grade erfaßt werden können, und zweitens, daß das Durchleben von Gefühlen in Beziehung zu einem aktuellen Objekt dem Patienten eine besondere Lebhaftigkeit und Überzeugung gibt. Die Vorteile, die Wiederbelebung der Erinnerungen zu betonen, sind auf der anderen Seite zuerst, daß die Tendenzen auf diese Weise mit dem realen vergangenen Leben des Patienten in deutlicherer Beziehung stehen und daher nicht nur dem artifiziellen analytischen Zustand angeboren, und zweitens, daß letzten Endes der Boden unter den Füßen sicherer ist, wo man sich mit persönlichen Erfahrungen beschäftigt, die integrierende Bestandteile der Entwicklung des Individuums bilden.

In allen diesen fundamentalen Fragen, sowohl in denen der Theorie als auch der Praxis, möchte ich im wesentlichen für Mäßigung und Ausgeglichenheit plädieren und dafür, nichts zurückzuweisen, das nützlich ist, wenn die Erfahrung dies bewiesen hat, während wir immer jedem Zuwachs in unserem Wissen und unserer Kraft erwartungsvoll entgegensehen.

---

# Metapsychologische Gesichtspunkte zur Wechselbeziehung zwischen Theorie und Technik in der Psychoanalyse

*Nach einem Vortrag auf dem VIII. Internationalen Psychoanalyt. Kongreß, Salzburg, April 1924*

Von Dr. Hanns Sachs (Berlin)

Die empirische Feststellung des Unbewußten ist zuerst der Hypnose gelungen, und zwar ausgehend von Bernheims posthypnotischem Experiment. Diese Grundlage der psychoanalytischen Theorie ist von ihr übernommen worden, aber der psychoanalytischen Technik blieb es vorbehalten, die Tragweite dieses Fundes und seine Bedeutung für die Erkenntnis des Seelenlebens überhaupt zu ermitteln.

Bald nachdem in den „Studien“ von Breuer und Freud die Fundamente der psychoanalytischen Theorie gelegt worden waren, hatte sich die Hypnose als ungenügendes Hilfsmittel zum weiteren Ausbau erwiesen. Unsere erste Frage hinsichtlich der Wechselbeziehungen zwischen Theorie und Technik muß demnach lauten: Warum war die Hypnose unfähig, noch weiteres Material für unsere Theorie zu liefern? Oder anders gefaßt: Warum mußte sich an dieses erste Stück Theorie notwendigerweise eine von der Hypnose unabhängige Technik anschließen?

Zahlreiche Anzeichen beweisen uns, daß durch die Hypnose außerordentlich große Libidoquantitäten in Bewegung gesetzt werden. Die Unterwürfigkeit gegen den Hypnotiseur, die Fähigkeit, auf seinen Befehl in einen anderen Bewußtseinszustand überzugehen, die Möglichkeit eventueller somatischer Veränderungen auf psychischer Grundlage — alles dies beweist, wie stark die libidinösen Strömungen sein müssen, die durch die Situation der Hypnose und die Person des Hypnotiseurs im Hypnotisierten erregt worden sind. Diese Vorgänge verlaufen bei beiden beteiligten Personen zur Gänze innerhalb desselben psychischen Systems, d. h. sie bleiben unbewußt. Daß dies für den psychischen Ablauf auch beim Hypnotiseur gilt, wird durch seine Hilflosigkeit der eigenen Technik



gegenüber bewiesen. Er gebraucht „instinktiv“ bald das eine, bald das andere Hilfsmittel und vermag keine Aufklärung darüber zu geben, inwieweit und warum er seine Erfolge erzielt. Das, was der Hypnotiseur von seiner Kunst weiß, was er mit Bewußtsein tut oder unterläßt, ist eben nur die Fassade, die zur Verdeckung der eigentlichen Vorgänge dient. Wir müssen uns hier mit einem Hinweis auf die von Freud und Ferenczi gegebenen Aufklärungen begnügen und feststellen, daß der starken Mobilisierung von Libidoquantitäten in der Hypnose keinerlei Libidoentwicklung entspricht und ebenso keine dauernde Veränderung des Verdrängungsprozesses.

So erklärt sich, daß die Anwendung der hypnotischen Technik mit der Erforschung des dynamischen Momentes im Seelenleben unvereinbar ist. Erst nach Wegfall der Hypnose konnten die Triebkräfte des Unbewußten durch ihre Beziehung zur Verdrängung und zum Widerstande quantitativ meßbar und qualitativ unterscheidbar werden.

Die Stufen der psa. Technik unterscheiden sich nach der von Freud in „Jenseits des Lustprinzips“, Kap. 3, gegebenen Darstellung als die der Deutung, der Überwindung des Widerstandes und der Übertragung, resp. der Verwandlung des Wiedererlebens in Erinnern; sie entsprechen genau den drei Auffassungsmöglichkeiten des psychischen Apparates, der topischen, dynamischen und ökonomischen. Die Einsicht in die Leistungen der Technik kann erst auf der letzten Stufe eine volle, d. h. metapsychologische werden; selbstverständlich sind aber auch die vorhergehenden Stufen der Technik einer metapsychologischen Charakterisierung zugänglich, denn auch sie haben das Ziel, eine ökonomische Regelung der Libidovorgänge, resp. der Beziehungen des Ichs zur Libido herbeizuführen. Dieser metapsychologische Gehalt läßt sich rückblickend feststellen und auf diese Weise der Technik das wiedererstaten, was sie früher für die Theorie geleistet hatte.

Die Kette der freien Assoziationen kann, abgesehen von besonderen Ausnahmefällen, stets nur bis an die durch die Verdrängung hergestellte Scheidewand heranführen. Die Befreiung der Denkvorgänge vom Realitätsprinzip, die in ihrer Loslösung von jeder bewußten Zielsetzung enthalten ist, läßt die Anziehung des Unbewußten unter der Herrschaft des Lustprinzips wirksam werden. Nach eben diesem Prinzip verwandelt sich die Anziehung durch das Unbewußte in Abstoßung, wenn bei stärkerer Annäherung große, nur mit Schwierigkeit zu bewältigende und infolge ihrer Herkunft für die motorische Abfuhr völlig ungeeignete Reizmengen das psychische Gleichgewicht bedrohen. Nur kleine aus dem Unbewußten zugelassene Affektquantitäten besetzen einzelne ihnen assoziativ nahestehende

Vorstellungsgruppen, die dadurch hervorgehoben werden. Ein extremes Beispiel bietet die Zwangsneurose, bei der fast sämtliche das Objekt der Verdrängung bildende Vorstellungen bewußtseinsfähig bleiben, aber der Affekt ihnen vollständig entzogen wird. Durch die Assoziationstechnik allein ist demnach zwar eine Änderung in der Krafrichtung erzielbar — die Verdrängung wird gezwungen, sich gegen neu auftauchende Vorstellungsgruppen zu richten und andere, verhältnismäßig affektarme, frei zu geben — aber keine dynamische Verschiebung. Diese tritt erst durch die Deutung ein, welche die Verdrängungsschranke an einer schwachen Stelle niederreißt. Die Befähigung zu dieser Leistung erhält die Deutung aus drei verschiedenen Quellen:

1) Die richtig vorgenommene Deutung besteht nicht bloß in der Einsetzung des *ubw* Seeleninhaltes, sei er nun Erinnerung, Phantasie oder Wunsch, sondern auch in dem Wiederaufbau der durch die Verdrängung zerstörten Assoziationsbrücken. Das Überspringen des Trennungsstriches durch eine „Blitzdeutung“ ist in vielen Fällen wirkungslos, weil der „Komplex“ dann nach wie vor den Gesetzen des Primärvorganges unterworfen bleibt. Erst durch die volle Einordnung in den Sekundärvorgang wird das ihm zugehörige Affektquantum dem Unbewußten entrissen und dem Ich einverleibt.

2) Die Instanz, von der die Verdrängung ausging und die daher am besten dazu befähigt ist, sie wieder rückgängig zu machen, ist das Ich,<sup>1</sup> das nach der Aufstellung Freuds im wesentlichen ein „Oberflächen-Ich“ ist, d. h. es ist mit seiner Hauptfunktion der Außenwelt zugewendet, deren Reize es aufnimmt oder ausprobt. Es ist deshalb besser imstande, eine Erkenntnis aufzunehmen, die ihm von außen zugetragen wird, als eine solche, die ihm vom Innern des psychischen Apparates übermittelt wird und ihm nur als Gefühl zugänglich ist. Um diese Gefühle mit Wortvorstellungen zu verbinden, sind Operationen notwendig, die dort, wo es sich um eine Annäherung an das Unbewußte handelt, nur mit großer Schwierigkeit durchgeführt werden können. Die von dem Analytiker gelieferte Deutung, die dem Analysanden die Wahrnehmung des erforderlichen Wortbildes ermöglicht, erspart ihm so einen Aufwand psychischer Kräfte, zu welchem er allein nicht fähig gewesen wäre. Das Ich vermag die von der Außenwelt herankommenden Eindrücke, mag es noch so bereit sein, sie durch Kritik, Herabsetzung oder Entstellung zu entwerten, doch nicht so ohne weiteres zu unterdrücken, wie die dem Es entstammenden verdrängten Regungen.

1) Die Beziehung des Ichideals zum Verdrängungsvorgang wird späterhin gestreift.

3) Die Person, von der die Deutung ausgeht, ist keine gleichgültige. Sie hat in mehr oder minder vollkommener Weise die Stelle des Ichideals eingenommen, so daß die durch die Annahme der Deutung verursachte narzißtische Kränkung durch eine narzißtische Befriedigung, nämlich die Möglichkeit der Identifizierung mit dem Ichideal kompensiert wird. Wir fassen das Gesagte dahin zusammen, daß auf der ersten Stufe die Libidoumwandlung nur unvollkommen erzielt werden kann, nämlich nur an den Komplexen, resp. Komplexpartikeln, die der Deutung unterzogen worden sind. Die übrigen Bestandteile verbleiben im Unbewußten, und das noch vor kurzem dazugehörige Stück verhält sich ihnen gegenüber wie andere Bewußtseinsinhalte, d. h. es ist nunmehr unfähig, die aus dem Unbewußten strömenden Affektmengen aufzunehmen. Der Vorgang gleicht der Eindeichung eines Stück Bodens: nur der durch den neu gezogenen Damm geschützte Fleck wird dem Wasser entrissen. Die vollkommenere Methode besteht darin, den Lauf der Flut zu regulieren und der Strömung ein neues Gesetz vorzuschreiben.

Dies geschieht durch die zweite Form, die Bezwingung des Widerstandes. Die Zugehörigkeit des Widerstandes zum Ich gilt nur im weiteren Sinne, seitdem Freud in „Ich und Es“ eine feinere Unterscheidung der Struktur angegeben hat. Gerade die Tatsache, daß der Widerstand unbewußt ist, mit der uns die analytische Technik vertraut gemacht hat, war einer der wichtigsten Beweggründe für die neue Theorie der Abtrennung des Es vom Ich. Der Widerstand ist ein Stück des Es, das von diesem in Schutz genommen wird, und zwar vor allem gegen die Forderungen des Ichideals, welches, wenigstens soweit die Identifizierung mit dem Analytiker eingetreten ist, den Widerstand bekämpft. Ein anderer Teil des Ichideals wird sich allerdings als Anwalt der Verdrängung regelmäßig auf die Seite des Widerstandes stellen. Auch die Stellung des Ichs — im engeren Sinne — ist zwiespältig. Zunächst sucht es an dem durch das Es verhüllten Widerstand vorbeizusehen. Hier ist es die Hauptaufgabe des Analytikers, die Auffindung und Bewußtmachung des Widerstandes durchzusetzen. Diese Arbeit geht nur unter starkem Widerstreben des Es vonstatten, das sich dabei zeitweilig die Herrschaft über das ganze Ich anmaßt. Ist das Ich von dem Vorhandensein und der Art des Widerstandes überzeugt worden, so werden sich Tendenzen zu seiner Bekämpfung melden, vor allem der Heilungswunsch. Auf der anderen Seite stehen die Tendenzen des Es, die auf Ersparung von Unlust gerichtet sind. Es liegt dem Analytiker ob, das günstigste Angriffsterrain zu wählen und sich der für ihn wirkenden Faktoren zu bedienen. Jede Überwindung eines Widerstandes, besonders wenn sie plötzlich erfolgt, bringt eine Überschwemmung des Ichs durch

Affekte mit sich, die erst nach und nach aufgesaugt, „gebunden“ werden können. Diese Situation, die peinliche Affektentladungen in oder außerhalb der Analyse zur Folge hat, läßt sich durch vorsichtiges Vorgehen mildern, aber kaum ganz umgehen.

Theoretisch können wir die Widerstandssituation als ein Abwehrbündnis verstehen, welches das Ich und das Es gegen die unlustvolle Wiederkehr des Verdrängten miteinander eingehen. Unsere Auflösung des Widerstandes ist nichts anderes, als ein Versuch, dieses Bündnis zu sprengen, indem wir das Ich überzeugen, daß es in Wirklichkeit mit den Absichten des Es gar nicht einverstanden sei, durch deren Durchführung beeinträchtigt werde und sie sich nur durch Rationalisierung scheinbar passend gemacht habe. Besonders schwierig wird die Aufgabe dann, wenn das Ich sich durch Identifizierung an Stelle des Objektes gesetzt hat und nun selbst zum Liebesobjekt des Es geworden ist, denn in diesem Falle stehen wir einem dauernden und überaus innigen Bündnis zwischen Ich und Es gegenüber. Von hier aus läßt sich ein Stück theoretischer Begründung für die von Ferenczi inaugurierte „aktive Technik“ geben, ja sogar beweisen, daß diese Technik eine mustergültige Konsequenz der von Freud in „Ich und Es“ gegebenen Theorie ist und von hier aus im Wege von Schlußfolgerungen erreichbar geworden wäre, wenn sie Ferenczi nicht durch eine außerordentliche Intuition vorweg genommen hätte. Wie wir gesehen haben, besteht die Bekämpfung des Widerstandes darin, daß wir einen Keil zwischen das Ich und das Es treiben und das Ich durch Aufdeckung des Widerstandes und Aufklärung über seine Tendenzen zu uns hinüber ziehen. Dort, wo die Beziehungen zwischen Ich und Es auf die eben nach Freud geschilderte Weise anders, d. h. dauernder und inniger sind, als bei dem durchschnittlichen Neurotiker — zu diesen Fällen gehören die Charakteranomalien sowie die ungewöhnlich stark narzißtischen Charaktere, also gerade jene Fälle, für die Ferenczi seine aktive Therapie als besonders angebracht erklärt — dort wird das Ich der Aufklärung erfolgreichen Widerstand leisten, indem es die Analyse mit undurchdringlicher Indolenz ablehnt. Wenn der Analytiker nun den Befehl erteilt, etwas zu tun, was an und für sich harmlos und unbedeutend erscheint, wovon er aber mit Hilfe der vorhergegangenen Analyse erraten hat, daß es einst ein hitzig umkämpftes Streitobjekt zwischen Ich und Es war, so ist dies ein Mittel, den alten, längst beigelegten Konflikt wieder heraufzubeschwören. Es muß sich dabei um eine Betätigung handeln, die eine aufgegebenen libidinöse Befriedigung bedeutet und vom Es noch immer gewünscht wird, während das Ich im Dienste des Ichideals diese Befriedigung ablehnt und verurteilt. Wird das Ich durch die Anweisung des Analytikers

dazu veranlaßt, diese Befriedigung jetzt zuzulassen und durchzuführen, so beginnt der Konflikt aufs neue, denn die Ansprüche des Es werden durch das Befriedigungserlebnis wieder erregt, während das Ich, das sich nur unter Druck und widerwillig auf die erniedrigende Situation eingelassen hat, sich diesen Ansprüchen gegenüber ablehnend verhält. Dies ist allerdings nur die Einleitung, denn wenn es der Analytiker bei diesem Zustand belassen würde, bestände die Gefahr, daß das Ich sich der neuerlebten Befriedigung anpassen würde, womit der alte konfliktlose Zustand wieder hergestellt wäre. Es läßt sich jetzt gut verstehen, warum Ferenczi einschärft, daß diesem ersten Schritte des Analytikers ein zweiter folgen muß, bei dem er die erst anbefohlene Befriedigungsform wieder verbietet. Das durch die Befriedigung verwöhnte Es will das, worauf es früher schon verzichtet hatte, nicht ein zweites Mal aufgeben, während die Ansprüche des Ichs durch die Verstärkung, die sie infolge des Verbotes des Analytikers, des Vertreters des Ichideals, erhalten haben, noch schroffer geworden sind. Damit erscheint der Konflikt verewigt und es ist nunmehr möglich, auch auf anderen Gebieten die Parteinahme des Ichs gegen den Widerstand herbeizuführen, d. h. die Analyse in Fluß zu bringen.<sup>1</sup>

Der Wegfall der Hypnose hatte die Theorie um die Würdigung des dynamischen Momentes bereichert; diese Erkenntnis erzwang eine weitere, der Dynamik des Widerstandes Rechnung tragende Technik. Bei dem auf dieser Stufe sich entwickelnden Kampf mit dem Widerstand trat die Tatsache der Übertragung als Versuch einer Wiederholung der unvollständig überwundenen Libidopositionen ans Licht. Die dritte Stufe der Technik, die mit dem Wiederholungszwang rechnet und ihre Aufgabe darin sieht, ihm einer neuen, für die Ökonomie des Seelenlebens besseren Weg — den des Bewußtwerdens, Erinnerns und Durcharbeitens — zu weisen, ist schon

1) Die Namengebung „aktive Technik“ scheint allerdings nicht glücklich gewählt zu sein. Das Wort „aktiv“ führt irre, weil es die Aktivität auf den anderen Gebieten der psychoanalytischen Technik auszuschließen scheint; in Wirklichkeit stellt die Deutung schon ein aktives Verhalten des Analytikers dar, noch mehr die Forderung nach Abstinenz, die Terminsetzung usw., die mit dem Gesamtaufbau der Technik engstens zusammenhängen, hingegen mit der von Ferenczi befürworteten speziellen Form der Aktivität keine Ähnlichkeit haben, so daß es sich nicht empfiehlt, sie durch dieselbe Namengebung zusammenzufassen. Auch das Wort „Technik“ ist ungenau, da es sich nur um eine technische Maßregel handelt. Ferenczi hat bei der Einführung seiner Idee entschieden dagegen Stellung genommen, daß die aktive Technik sich an die Stelle der bisherigen setzen wolle und sie nachdrücklich als Ergänzung, nicht als Ersatz bezeichnet. Die Ungenauigkeit des Ausdruckes hat es aber trotzdem mit sich gebracht, daß man verschiedentlich von einer Gegenüberstellung der „aktiven“ und der „klassischen“ Technik hört.

von ihrer Entstehung an unter metapsychologischen Gesichtspunkten gestanden. Ihre Beziehung zu den letzten Aufstellungen über die Struktur des Seelenlebens und die Frage, wie weit sich daraus — abgesehen von der eben erörterten „aktiven Technik“ — noch andere Abänderungen oder Zusätze ergeben können, harrt noch der Klärung.

---

# Metapsychologische Darstellung des Heilungsvorganges

*Vortrag auf dem VIII. Internationalen Psychoanalytischen Kongreß in Salzburg, April 1924*

Von Dr. Franz Alexander (Berlin)

Meine Damen und Herren! Ich habe mir heute die Aufgabe gestellt, jene Veränderung des psychischen Systems nach unserer metapsychologischen Darstellungsweise zu beschreiben, welche wir durch eine psychoanalytische Kur anstreben. Diese Veränderung geschieht durch einen Vorgang, welcher von einem Anfangszustand, von einer Psychoneurose, zum Endzustand der Heilung führt. Bevor ich zur Lösung der gestellten Aufgabe fortschreite, möchte ich einige allgemeine Richtlinien angeben. Bei der metapsychologischen Analyse der durch die Kur angestrebten Ichveränderung halte ich mich an die topisch-dynamische Lehre von Freud über den Aufbau des seelischen Apparates. Diese Lehre betrachte ich als die letzte Konsequenz unserer gesamten klinischen Erfahrung. Indem ich diese letzten Folgerungen wieder auf ihr empirisches Substrat anzuwenden versuche, trachte ich den steilen Weg zu rekonstruieren, welchen der Gründer dieser Theorie in der schöpferischen Richtung zurückgelegt haben mag. Bei der metapsychologischen Beschreibung der seelischen Vorgänge während der Kur, welche zur angestrebten Veränderung führen, meine ich die Kur nach der Technik, wie wir sie aus Freuds diesbezüglichen Arbeiten kennen, wobei ich Gelegenheit haben werde, neue Vorschläge und Fortschritte von dem Gesichtspunkte der Metapsychologie zu prüfen.

Wählen wir zum Ausgangspunkte unserer Betrachtungen den Ausgangspunkt der Kur selbst, den neurotischen Zustand, und versuchen wir, ihn in einer allgemeingültigen, für jede Neurose charakteristischen Weise zu beschreiben. Nicht die chronologische Rücksicht bestimmt uns zur Wahl dieses Ausgangspunktes, sondern die Erfahrung, daß es leichter ist, aus dem kranken Zustand den gesunden zu verstehen, als umgekehrt. Die Krankheit bedeutet eine dynamische Triebkraft für die Forschung, man muß sie verstehen, und zwar richtig, um sie heilen zu können. Die vor-

analytische Psychologie war Liebhaberei oder Zeitvertreib, es ermangelte ihr an diesem dynamischen Faktor des Heilungszieles, welcher uns in die Tiefen verhilft. Erst im Interesse der Heilungsaufgabe, unter dem Drucke der Notwendigkeit, gelang es der Seelenkunde, die Schranken zu brechen, welche wir als Widerstand sowohl aus unseren Behandlungsstunden, wie auch aus den Kämpfen um unsere Wissenschaft so gut kennen.

Bleiben wir also dem dynamischen Prinzip treu, welchem die Psychoanalyse ihre Erfolge verdankt und versuchen wir die allgemeingültige Formel des neurotischen Zustandes aus einer allgemein-dynamischen Überlegung zu gewinnen, aus einer Beschreibung des Verhältnisses des gesamten psychischen Systems zur Außenwelt — zur Realität. Dieses Verhältnis ist offenbar bei jeder Neurose gestört, eignet sich also gut zum Angriffspunkt. Der dynamische Ausgangspunkt ist um so mehr berechtigt, weil ja das Wesen der psychoanalytischen Theorie die dynamische Auffassung der Seelenvorgänge ist. Der Grundsatz dieser Theorie in seiner letzten und allgemeinsten Gestaltung als die topisch-dynamische Theorie des Ichs ist ein dynamischer Satz: das Prinzip der Konstanz der Reizmengen. Dieser zuerst von Fechner ausgesprochene Satz besagt, daß das psychische System bestrebt ist, die in ihm vorhandenen Reizmengen, Spannungen möglichst zu verkleinern oder wenigstens konstant zu halten. Freud präziserte diesen Satz dahin, daß er zwei verschiedene Reizquellen unterschied, die äußeren und die inneren. Nennen wir die äußeren Reizquellen Reize, die inneren Triebe, die zunächst ungeachtet ihrer Qualität einer rein dynamischen Betrachtung unterzogen werden. Damit ist der dynamische Betrieb des psychischen Systems in der ersten Annäherung beschrieben: er besteht aus Reizbewältigungen und aus Triebbewältigungen. Wenn wir zuerst die übersichtlichere der beiden Aufgaben, die Bewältigung äußerer Reize, untersuchen, finden wir zwei im Prinzip verschiedene Mechanismen: die Anpassung des psychischen, oder korrekter des psychophysiologischen Systems an die äußere Reizquelle oder den entgegengesetzten Weg, Handlungen, welche die Reizquelle selbst aufzuheben bestrebt sind. Im ersteren Falle wird das psychische System selbst zweckmäßig verändert, der äußeren Reizquelle angepaßt, im zweiten Falle hingegen wird die Realität verändert, und zwar durch zweckmäßige Handlungen, welche ihr die Eigenschaft der Reizquelle nehmen. Um ein einfaches Beispiel zu nennen; gegen die Reizwirkung der Temperaturabnahme sind zwei im Prinzip verschiedene Abwehrmechanismen möglich: Einheizen — also die Veränderung der Realität oder die Verminderung der Wärmeabgabe des Körpers durch Verminderung seiner Oberfläche oder, bei ständiger Kälteeinwirkung, die allmähliche Entwicklung von Behaarung. Nennen



wir mit Freud und Ferenczi die zweckmäßige Veränderung der Außenwelt Alloplastik, die Veränderung des psychophysiologischen Systems selbst Autoplastik, so können wir die biologische Artentwicklung als eine vorwiegend autoplastische, die menschliche Kulturentwicklung als eine vorwiegend alloplastische Reizbewältigung ansehen.<sup>1</sup>

Diese beiden Mechanismen finden wir auch bei der Untersuchung der Triebbewältigungen wieder. Die psychoanalytische Lehre unterrichtet uns, daß die Triebansprüche der reifen, vollentwickelten Organismen zum großen Teil auf die Realität angewiesen sind. Die Befriedigung durch bloße Änderungen im System selbst ist nur für die Sexualtriebe in der Form von Autoerotismen und nur während der unreifen Entwicklungsperiode möglich, die vollentwickelten Triebe sind an außer dem System liegende Objekte gebunden. Da hier die Reizquelle innerhalb des Systems liegt, ist es selbstverständlich, daß der Reiz nur durch eine Zustandsänderung des Systems aufgehoben werden kann. Diese zur Triebentspannung notwendige Zustandsänderung erfordert jedoch nach außen gerichtete Handlungen und für diese Handlungen gelten die beiden beschriebenen Mechanismen. Die triebentspannenden Handlungen erfordern auto- und alloplastische Mechanismen. Für die Ergreifung und Einverleibung von Nahrungsstoffen hat die biologische Entwicklung autoplastisch Extremitäten, Zähne, Verdauungsmechanismen, die Kulturentwicklung alloplastisch Waffen, Landwirtschaft, Kochkunst usw. geschaffen. Der Fortpflanzungstrieb beteiligt sich teilweise in Anlehnung an den Selbsterhaltungstrieb an der autoplastischen Formung des Körpers, in allen seinen Einrichtungen, wie auch durch Schaffung neuer Objekte, also alloplastisch, an der Kulturentwicklung. Wir finden den Libidoanteil in jeder Kulturschaffung, wie in jeder körperlichen Einrichtung. Am weitgehendsten alloplastisch ist die männliche Libido auf der letzten reifen Genitalstufe, indem sie sogar ihre Objekte sich selber schafft. Landwirtschaft, Handwerk, Wissenschaft, Kunst sind neugeschaffene Objekte der Libido. Ferenczis geistvollem Gedankengang folgend, können wir sogar die weiblichen Sexualwerkzeuge, den Uterus und die Vagina, als die alloplastische Tat des aktiven männlichen Sexualtriebes betrachten. Ebenso wie Kunst und Wissenschaft, schuf er sich den weiblichen Körper als Objekt, wie wir das aus der biblischen Schöpfungsgeschichte seit etlichen Jahren hätten wissen können.

Lassen wir uns aber von unserer Marschroute nicht abbringen. Wir erwarten von diesen dynamischen Überlegungen eine allgemeine Formel der Neurosen. Fassen wir unsere bisherigen Ergebnisse zusammen. Das

1) Ferenczi, Hysterie und Pathoneurosen. Internat. PsA. Bibl. Nr. II, Leipzig und Wien, 1919.

psychische System bedient sich in seinem Bestreben nach Aufhebung innerer Spannungen sowohl in seiner reizbewältigenden wie auch in seiner triebbewältigenden Funktion auto- oder alloplastischer Mechanismen. Entweder versucht es die Realität seinen Ansprüchen entsprechend zu verändern, oder es unterwirft sich dem unüberwindlichen Druck der Realität und verändert sich selbst, paßt sich der Realität an, sowohl dann, wenn diese als Reizquelle auftritt, wie auch dann, wenn es durch seine Triebansprüche auf die Gegebenheiten der Realität angewiesen ist. Schon auf den ersten Blick fanden wir, daß die biologische Entwicklung aus vorwiegend autoplastischen Anpassungen, die Kulturentwicklung aus vorwiegend alloplastischen Schöpfungen besteht. Dieselbe Linie zeigt uns die Ontogenese der Libido: das Ersetzen des intrapsychischen Objektes des Narzißmus durch außerpsychische Objekte, das Ersetzen der autoerotischen Libidoabfuhr durch gegen Objekte gerichtete, genitale Handlungen. Bei der Anwendung dieser Betrachtungen auf das Neurosenproblem sehen wir, daß die Neurose einen Gegensatz, einen Protest gegen diese alloplastisch gerichtete Tendenz der Entwicklung darstellt. Wir stoßen gleich auf die Formulierung von Freud, die er uns in seinen Vorlesungen gibt. Er betrachtet das neurotische Symptom als eine mißlungene Anpassungsleistung an Stelle einer Handlung.<sup>1</sup> Drücken wir diesen Satz folgendermaßen aus: Jede Psychoneurose ist ein Versuch autoplastischer Triebbewältigung. Sie besteht aus Veränderungen innerhalb des Systems mit triebbewältigender Tendenz. Sie erreicht dieses Ziel nur unvollkommen, weil sie nur für einen Teil des Systems, für das Es, die erstrebte Entspannung bedeutet, und führt zu einer neuen Spannung im anderen Teil des Systems, im Ich als Symptomablehnung. Die in einem Teil des Systems verschwundene Triebspannung erscheint an einem anderen Ort in anderer Gestalt, als Ichkonflikt, als Krankheitsgefühl. Wir wissen von Freud, daß diese neue Spannung, die Symptomablehnung, aus der Heterogenität der beiden Teile des psychischen Systems zu erklären ist. Das bewußte Ich hat bereits die reife Stufe der exogamen genitalen Objektlibido erreicht, hat sich auf Handlungen gegen exogame oder sublimierte Objekte eingestellt, während das Symptom in einer autoplastischen Veränderung besteht, in dem Ersetzen der realen und exogamen Objekte durch introjizierte Inzestobjekte und mit der Ausnahme der Hysterie in dem Ersetzen der genitalen Beziehungen durch prägenitale Formen. Für einen Teil des seelischen Apparates bedeuten diese autoplastischen und regressiven Vorgänge die Befriedigung der Triebansprüche, während der weiterentwickelte Teil nach realen, exogamen Objekten und nach genitaler Abfuhr verlangt.

<sup>1</sup>) Freud, Vorlesungen, II. Aufl., S. 424. (Ges. Schriften, Bd. VII, S. 381.)

Die gesuchte dynamische Neurosenformel lautet also folgenderweise: Die dynamische Aufgabe der Neurose als Entspannung des gesamten seelischen Apparates ist nicht gelungen. Die versuchte autoplastische und regressive Triebbewältigung entlastet nur einen Teil des Systems und führt zu einer neuen Spannung in einem anderen Teil. An Stelle des Triebanspruches erscheint die Symptomablehnung in der Form des Krankheitsgefühls.

Diese Neurosenformel gibt uns nur die Beschreibung der dynamischen Leistung der Neurose. Die Einführung des topischen Gesichtspunktes der zwei heterogenen Teilsysteme erklärt uns die Symptomablehnung. Es fehlt noch der nähere Grund der Regression, die Kenntnis des dynamischen Momentes, welches den seelischen Apparat zu einer Triebbewältigung drängt, welche dem vollentwickelten Teil, dem Ich, nicht entspricht, sondern der unreifen Periode der Ichentwicklung angehört.

Daß ein dynamischer Druck in der Richtung der Symptombildung vorhanden ist, und zwar ein stärkerer, wie der entgegengesetzte Druck der Symptomablehnung, zeigt sich in dem Augenblick, wo wir das seelische System in der Kur von diesem Konflikt zu befreien trachten, d. h. den Standpunkt des bewußten Ich durchzusetzen versuchen, indem wir die neurotische Triebabfuhr, die Symptome abbauen wollen. Die Aufgabe der Kur besteht ja offenbar darin, daß wir die vom Ich abgelehnte Symptombefriedigung rückgängig machen und die ursprüngliche Triebspannung wiederherstellen und so den seelischen Apparat zu einem neuen, nunmehr ichgerechten Triebbefriedigungsversuch drängen. Gegen diese Konsequenz des Symptomabbaues sträubt sich die neurotische Psyche, indem sie gegen die Kur Widerstand leistet. Letzten Endes richtet sich also der Widerstand gegen die vom Ich geforderte Form der Triebbefriedigung, d. h. gegen die nach außen gerichteten Handlungen der genitalen Stufe, gegen die realen und exogamen Objekte. Nennen wir dieses Sträuben gegen solche Handlungen Realitätsflucht, weil ja die soziale Realität andere Handlungen nicht gestattet. Die Ursache der Realitätsflucht wird uns also die allgemeinste Ätiologie der Neurosenbildung geben.

Schon am Anfang ihrer Entwicklung gab uns die psychoanalytische Theorie auf diese Frage die Antwort: das Versagen, die Enttäuschung, das Trauma, kurz: die schlechten Erfahrungen im Kampfe mit der Realität bewegen das psychische System, auf Handlungen, auf Veränderung der Realität zu verzichten und das Glück des Entspannungszustandes durch innere Abfuhrwege, mit der Umgehung der gefährlichen Außenwelt, zu finden. Die Niederlagen in dem Kampf würden demnach die allgemeine

Ätiologie der Neurosenbildung abgeben. Wenn wir mit Freud<sup>1</sup> unter *Disposition* die Summe der Erfahrungen der ersten Lebensjahre, die Geburt inbegriffen, unter *Konstitution* die vererbten Erfahrungen der Ahnenreihe verstehen, so gelingt es scheinbar, sämtlichen Neurosen eine traumatische Erklärung zu geben. Der Ausdruck der ungünstigen Erfahrungen ist die Angst. Sie ist nichts anderes als die Erwartung eines unlustvollen Spannungszuwachses im System, sie ist nichts anderes als der nachhaltige Eindruck einer Niederlage bei einem Entspannungsversuch. Sie entsteht, wenn eine Triebbewältigung oder eine Reizbewältigung mißlingt und anstatt der erwarteten Entspannung eventuell sogar ein Spannungszuwachs eintritt. Die Angst richtet sich also gegen Triebansprüche oder gegen äußere Reize nach innen und nach außen als Memento an mißglückte Reiz- und Triebbewältigungsversuche, die nicht zur ersehnten Entspannung geführt haben.

Wir sehen also, daß bei unseren therapeutischen Bestrebungen die Angst als die letzte Ursache des Widerstandes uns entgegentritt. Die Angst ist die Ursache der Realitätsflucht, der Weigerung, sich noch einmal mit der Realität auseinanderzusetzen. Sie erklärt also das Festhalten an autoplastischen Entspannungsmechanismen, sie erklärt die Introversion. Sie erklärt aber nur den autoplastischen Charakter der Symptome, erklärt jedoch nicht restlos das zweite Grundmerkmal der Symptome, ihren regressiven Zug, das Zurückgreifen auf Triebbewältigungsmechanismen der Vergangenheit. Es ist zwar ohne weiteres klar, daß die Schwierigkeiten und Niederlagen bei der Erreichung einer von der Entwicklung geforderten neuen Triebbewältigungsart, Mißerfolge bei der Eroberung einer neuen Trieborganisation, die Regression zu einer bereits glücklich erreichten Stufe begünstigen müssen. Doch ebenso wie der Mißerfolg, das Trauma, regressiv wirkt, bildet der Erfolg, die gelungene Eroberung einer Organisationsstufe, die bereits den Glückszustand der sicheren Triebbewältigungen gewährte, eine Fixierung, einen Anziehungspunkt für spätere regressive Bewegungen. Die Angst leitet also den regressiven Prozeß der Symptombildung ein und wirkt gleichgerichtet mit der Anziehung der Fixierungspunkte.

Zum tieferen Verständnis dieses regressiven Charakters der Symptome müssen wir das zweite allgemeine Prinzip des seelischen Apparates einführen. Das Freud-Fechnersche Prinzip erlaubte uns zwar die Gesamtheit des seelischen Geschehens unter dem Gesichtspunkt der Entspannungsstrebung zu erfassen, sagte jedoch nichts Näheres aus über die Wahl der verschiedenen Entspannungsmöglichkeiten. Es erklärt nicht die regressive Tendenz der

<sup>1</sup>) Siehe die ätiologische Gleichung der Neurosen in seinen „Vorlesungen“. (Ges. Schriften Bd. VII. S. 376.)

neurotischen Entspannungsmechanismen, es trägt dem Entwicklungsmoment noch keine Rechnung. Das zweite allgemeine Prinzip, welches gerade die Richtung der Entspannungsvorgänge bestimmt, ist der Wiederholungszwang oder das — wie wir gleich sehen werden — in seinem Inhalt damit identische Breuer-Freudsche Prinzip der beweglichen und tonischen physischen Energien. Zur Einführung dieses Prinzips werden wir wieder die Reiz- und Triebbewältigungsmechanismen gesondert untersuchen.

Durch äußere Reize hervorgerufene Spannungszustände im seelischen Apparat führen immer zu motorischen Innervationen, welche den Zweck haben, entweder die Reizquelle unschädlich zu machen oder durch Änderungen des Systems selbst einen Reizschutz herzustellen. Gegen typische Reizeinwirkungen schützt sich das System durch typische, eingeübte reflektorische Innervationen, welche ohne jede psychische Arbeit geschehen, jedoch nur einer bestimmten Reizquelle genau angepaßt sind. Gegen ungewöhnliche neue Reizquellen kann es sich nur nach tastenden Proben und Versuchen, nach Leistung einer psychischen Arbeit, die wir Realitätsprüfung nennen, schützen, nachdem die der Reizquelle entsprechende Innervation gefunden wurde. Es ist leicht einzusehen, daß während dieser tastenden Arbeit, die Zeit und Anstrengung kostet, das System, solange die Abwehrreaktion noch nicht korrekt ist, fortwährend in einem Reizzustand sich befindet. Die ungeeigneten Probeinnervationen entspannen das System nicht, da sie die Reizeinwirkung nicht aufheben, sie können sogar zu Reizzuwachs führen. Es steht außer Zweifel, daß jeder Reflexmechanismus einmal so ein tastender Kampf mit der Realität war und erst allmählich der geeignete Reflex sich herausgebildet und gefestigt hat. Das psychische System hat die Tendenz nach solchen sicheren reflektorischen Abwehrmechanismen, die ohne seelische Arbeit betätigt werden und in der geeigneten Situation den sicheren Erfolg garantieren. Und ebenso sträubt es sich gegen jede neue Situation, die einen neuen Abwehrkampf mit Realitätsprüfung bedeutet. Es ist fixiert an bereits erworbene Automatismen, an diese Siegesdenkmäler glücklich überwundener Kämpfe mit der Realität, und sträubt sich gegen jeden neuen Kampf, gegen jede neue Realitätsprüfung, versucht neue Situationen nach altem Muster zu lösen. Wir erkennen in dieser Gesetzmäßigkeit den Breuer-Freudschen Satz über das Verhältnis der beweglichen und ruhenden psychischen Energien wieder. Der seelische Apparat ist bestrebt, bewegliche Energien in tonische überzuführen, die beweglichen aktuellen Energievorgänge, die abtastende, absuchende Prüfung der Realität, das Vergleichen der aktuellen Situation mit ähnlichen der Vergangenheit mittels der Erinnerung durch Auto-

matismen zu ersetzen. Anstatt zu erkennen und durch Erinnerung zu vergleichen, bevorzugt er, automatisch das zu wiederholen, was die Vorfahren und er selbst in der Vergangenheit als Ergebnis der anstrengenden Arbeit der Realitätsprüfung gelernt haben und was er ohne neue Arbeitsleistung in den Automatismen fertig zur Verfügung hat. In den Automatismen sind die beweglichen Energieleistungen vergangener Realitätsprüfungen in tonischer Form aufbewahrt. Noch unlängst nannte Freud diesen Satz als unsere tiefste Erkenntnis über die Natur des seelischen Apparates. Dieser Satz bildet die Grundlage unserer weiteren Untersuchungen.<sup>1</sup> Die Realitätsflucht, die in der Untersuchung des Neurosenproblems eine zentrale Bedeutung erhielt, ist der Ausdruck des Prinzips. Die Realität wird nur soweit akzeptiert, als sie durch Automatismen beherrscht wird, alles Neue, Unerwartete in ihr wird mit Flucht abgelehnt. Nur unter dem Druck der unerträglichen Reizeinwirkung, wenn die Automatismen versagen, versucht das System diese zu korrigieren und noch einmal sich mit der Realität auseinanderzusetzen. Dieses Prinzip findet seinen Ausdruck auch in dem topischen Aufbau des seelischen Apparates. Er zerfällt in zwei Teilsysteme, in das System *Bw*, das Organ der Realitätsprüfung, der beweglichen Energievorgänge und in die Körperseele oder Rückenmarkseele, das Organ der Automatismen. Anatomisch: Gehirnrinde und Rückenmark.

Dasselbe Prinzip und eine ähnliche topische Zweiteilung in das Ich und das Es gilt nun für die Triebbewältigungen. Die Bestätigung liefert die gesamte psychoanalytische Erfahrung, die Lehre von den Fixierungen und

1) In dieser Darstellung wird der Wiederholungszwang aus der Fixierung an geglückte Triebbewältigungen abgeleitet. Doch gerade, die Erscheinungen, an welchen Freud den Wiederholungszwang als ein allgemeineres Prinzip, als das Lustprinzip entdeckte, haben einen anderen Charakter: sie bestehen in der Wiederholung von unerledigten Situationen, in welchen die Reizbewältigung seinerzeit nicht gelang. Der psychische Apparat ist demnach nicht nur an geglückte Entspannungszustände, sondern auch an unbewältigte Reizzustände fixiert. Wir glauben aber, daß diese letztere Art des zwanghaften Wiederaufsuchens solcher Reizzustände keine Wiederholung im strengsten Sinne des Begriffes ist. Wir müssen vielmehr diese Erscheinungen so auffassen — und dies ist auch Freuds Auffassung — daß der psychische Apparat sowohl bei dem traumatischen Durchbruch des Reizschutzes wie auch bei unerledigten Triebansprüchen fortwährend in einem Reizzustand sich befindet. Er wiederholt eigentlich nur die Reizsituation, steht aber konstant unter der Spannung der nicht gebundenen Reizmengen, welche er immer wieder zu binden trachtet, indem er die ursprüngliche Situation der Reizeinwirkung oder der Wunschversagung wiederherstellt. Wir könnten diese Fälle als „protrahierte Reiz- und Triebbewältigungsversuche“ bezeichnen. Die oben beschriebenen Wiederholungen früherer geglückter Bewältigungsmechanismen sind hingegen echte Regressionen zu Zuständen, die bereits aufgegeben worden sind. In den traumatischen Wiederholungen ist der psychische Apparat aus dem Reizzustand nach dem Reizdurchbruch eigentlich nie herausgekommen.

Regressionen. Die Triebe haben — wie wir wissen — eine Entwicklungsgeschichte, welche den Wechsel der verschiedenen Triebbewältigungsmechanismen — wir nennen sie Organisationsstufen — und später den Wechsel der Objekte darstellt. Wir sehen eine starke Regressionstendenz, das Festhalten an glücklich erreichten Organisationsstufen, an akzeptierten, wohlbekannten Objekten. Jede Neuerung, zu der der zwangsmäßige Gang der Entwicklung, später der Wechsel des Lebensschicksals drängt, wird abgelehnt. Jede erreichte Organisationsstufe bildet eine Fixierungsstelle, welche nur mit Widerstand gegen die nächste verlassen wird. Doch jede Fixierungsstelle bietet gleichzeitig einen relativen Schutz gegen tiefere Regressionen. Der Charakter einer Neurose ergibt sich aus der relativen Stärke der Fixierungsstellen, aus der Tiefe der Regression. Der Katatoniker regrediert, wie es uns zuerst N<sup>u</sup>nberg<sup>1</sup> zeigte, bis zur Mutterleibssituation, R<sup>a</sup>n<sup>k</sup> nimmt diese tiefste Regression für alle Neurosenformen in Anspruch.<sup>2</sup> Er befaßt sich nicht mit dem ökonomischen Anteil dieser tiefsten Regressionen und mit der Rolle der späteren Fixierungsstellen bei den verschiedenen Neurosen. Doch in dem Hauptanteil seiner Libido begnügt sich der Zwangsneurotiker mit einer Regression bis zur anal-sadistischen Stufe, der Melancholiker bis zur oralen und der Hysteriker behält sogar die genitale Stufe. Die Ursache der Regression ist in allen Fällen dieselbe, die Weigerung vor der von der Realität geforderten exogamen Objektwahl. Der Neurotiker rettet die Inzestobjekte auf dem autoplastischen Wege der Introjektion, doch nur der Hysteriker behält zu ihnen die genitalen Beziehungen, während bei allen anderen Neurosen die genitalen Beziehungen durch prägenitale ersetzt werden. Eine, und zwar die erste von diesen prägenitalen Beziehungen, bildet das Dasein im Mutterleib. In seinem großzügigen Werk gelang es R<sup>a</sup>n<sup>k</sup> zu zeigen, daß alle die späteren Libidoorganisationen, auch die letzte, die genitale, den verlorenen Glückszustand im Mutterleibe zu ersetzen trachten. In diesem Sinne wird auch seine Auffassung berechtigt, nach der er alle Neurosenformen als solche Wiederherstellungsversuche betrachtet. Doch bei der Neurosenwahl kommt es gerade darauf an, welche von diesen späteren Organisationsstufen gewählt wird. In dem Maße, wie es einem geglückt ist, in einem der postnatalen Libidoabfuhrmechanismen das verlorene Glück wiederzufinden, wird man an diese Organisationsstufe fixiert und wird durch diese vor weiteren Regressionen bewahrt. Wir kommen noch auf diesen Punkt zurück.

Als Ergebnis der bisherigen Betrachtungen können wir unsere dynamische

1) Über den katatonischen Anfall. Int. Ztsch. f. PsA. Bd. VI. 1920.

2) Das Trauma der Geburt. Internat. PsA. Bibl. Nr. XIV. 1924.

Neurosenformel folgenderweise vervollständigen. Im Sinne des Fechner-Freud'schen Prinzips ist das neurotische Symptom der Versuch einer Triebentspannung. Es hat drei Hauptmerkmale: es ist autoplastisch, ist regressiv und drittens wird es von dem bewußten Teil des seelischen Apparates, vom Ich, abgelehnt. Das erste Merkmal, seinen autoplastischen Charakter, konnten wir aus der durch das Trauma, den Mißerfolg, verstärkten Realitätsflucht erklären. Sein regressiver Zug ist der Ausdruck des Breuer-Freud'schen Gesetzes, der allgemeinen Tendenz der Seele, die von der Entwicklung geforderten, neuen Formen der Triebansprüche durch automatische Wiederholung bereits verlassener Abfuhrmechanismen zu bewältigen, um neue Auseinandersetzungen mit der Realität zu ersparen. Wir können dieses Prinzip nach Freud als organisches Trägheitsmoment bezeichnen. Als drittes Merkmal des Symptoms nannten wir seine Ablehnung seitens des Ichs. Damit sind wir zum Problem der seelischen Topik gelangt, zum Kern unserer heutigen Aufgabe, von wo der Weg zur Beschreibung des Heilungsvorganges führt.

Wir erwähnten bereits kurz Freuds Erklärung der Symptomablehnung. Sie entsteht aus den verschiedenen Entwicklungsstufen der beiden Teilsysteme. Während das Ich die Realitätsanpassung voll mitmacht, bleibt der andere Teil, das Es, in der Entwicklung zurück und bildet ein großes Reservoir für archaische Triebbewältigungen. Die Abspaltung der Triebbefriedigungen vom Ich, ihr autoplastischer Rückzug von der Realität in das Innere des Systems wird durch die Trennung beider Teilsysteme, durch ein Grenzgebilde — welches Freud Über-Ich nennt — möglich. Das Über-Ich ist jene Instanz, die die psychoanalytische Theorie sehr früh erkannt hat, und zwar in der Form der Traumzensur. Ihre Rolle besteht darin, daß es das Ich von der Prüfung der Triebansprüche entlastet, indem es die Wahrnehmungsfunktion nach innen übernimmt, aber auch gleichzeitig die dynamische Aufgabe der Regelung des Trieblebens. Und so wird das Über-Ich das Ausführungsorgan des Breuer-Freud'schen Trägheitsprinzips. Als der Niederschlag früherer Realitätsanpassungen ist es bestrebt, das psychische System an diesen früheren Schemata der Triebbewältigung festzuhalten. Es ist ein introjiziertes Gesetzbuch vergangener Zeiten und verhütet durch die Einhaltung seiner Vorschriften Zusammenstöße mit der Realität, erspart, als starres System kategorischer Imperative, jede neue Realitätsprüfung. Doch sowohl die Triebansprüche wie die Realität haben sich im Laufe der Entwicklung verändert, die Gesetzgebung verlangt nach Revision. Das Über-Ich hat jedoch keinen Zugang zur Realität und besorgt seine Arbeit mit der monotonen Einförmigkeit der



Reflexe, automatisch, als ob sich nichts geändert hätte. Es ist — wie der Reflex — körpergewordene Seele. Es arbeitet getreu seiner Entstehungsgeschichte in der Jugendzeit mit den primitiven Methoden der Strafe und Belohnung. Und ebenso wie das Über-Ich keinen Zugang zur Realität hat, hat der Anwalt der Realität, das Ich, keinen Zugang zu den Trieben, seine Rolle hat ja an seiner inneren Oberfläche das Über-Ich übernommen. Damit entlastete es das Ich von der inneren Wahrnehmung und hat es für die Realitätsprüfung geeigneter gemacht. So wurde das Ich blind nach innen und hat die Sprache der Triebwelt verlernt. Diese Sprache versteht aber an seiner Stelle das Über-Ich nur zu gut und verlangt nach Strafen für Tendenzen, von welchen das Ich keine Ahnung hat. So trennt das Über-Ich das psychische System in zwei Teile, dessen einer glänzend die Realität kennt, aber seine Kenntnisse den Trieben nicht mitteilen kann, und dessen anderer wieder keinen direkten Zugang zur Realität hat. Das Über-Ich selbst besitzt nur veraltete Kenntnisse von der Realität und kann so die Aufgabe der Realitätsanpassung nicht leisten. Im Gegenteil, es leistet durch seine veraltete, scheinbare Anpassung eine realitätswidrige Arbeit, stellt sich in den Dienst der Realitätsflucht, weil es die Triebe bei früheren Anpassungen beläßt und sie mit jeder neuen Anpassungsleistung verschont. Im Interesse des Inzestverbotes knebelt es die ganze genitale Sexualität, verhindert jede reale Sexualbefriedigung auch an exogamen Objekten und durch seine Strafmehanismen ermöglicht es die autoplastische Befriedigung gerade dessen, was es verboten hat, nämlich der Inzestwünsche. So entsteht das neurotische Symptom, als eine vom Über-Ich geduldete Entspannung des Es, während das Ich ihm fremd und ablehnend gegenübersteht. Das Ich wurde bei der Symptombildung nicht befragt, es hat seine triebregelnde Rolle dem Über-Ich überlassen, und das Über-Ich hat seine Macht mißbraucht. Es hat sich im geheimen mit den regressiven Tendenzen des Es verbündet, hat durch seine scheinbare Strenge, durch die Selbstbestrafungen, realitätsfremde Befriedigungen, wenn auch nur autoplastische, ermöglicht.

Sie sehen bereits, daß sich unsere therapeutischen Bestrebungen gegen dieses doppelzüngige Schalten und Walten des Über-Ichs richten werden. Gestatten Sie mir deshalb, daß ich die symptombildende Rolle des Über-Ichs kurz skizziere, dessen Wesen Freud in seinem neuesten Werk festgelegt hat.

Die neurotische Leistung des Über-Ichs ist eine doppelte. Es stört und verhindert ichtgerechte, also realitätsgerechte Handlungen dadurch, daß es diese in mangelnder Realitätsprüfung mit solchen gleichsetzt, die es in der Vergangenheit zu verurteilen gelernt hat und sie gleicherweise behandelt. Gleichzeitig ermöglicht es die autoplastische, symbolische Befriedigung gerade

der verurteilten Wünsche, durch Selbststrafen. In der Form von Impotenz zum Beispiel wird jeder exogame Wunsch mit dem Inzestwunsch gleichgesetzt und gestört. Es verfährt summarisch, wie der stumpfsinnige Grenzpolizist, der jeden verhaftet, der eine Brille trägt, wenn ihm die Brille als Kennzeichen einer bestimmten Person angegeben wurde. Es benimmt sich wie der Reflex, der nur eine Innervation kennt. Der Cornealreflex ist fast immer zweckmäßig, schützt die Augen gegen Fremdkörper. Doch es gibt einen Fall, wo er stört und zwar, wenn ein augenärztlicher Eingriff durch ihn gehindert wird. Einfacher wäre in diesem Falle, anstatt die Augenlider mit einem Instrument ausspannen zu müssen, wenn der bewußte Wille den Reflex ausschalten könnte. Es wäre in diesem Falle die Verbindung des realitätsprüfenden Bewußtseins mit der Rückenmarkseele erwünscht. Sonst ist die prompte Reflexabwehr schneller und sicherer. In vielen Fällen des sozialen Lebens ist ähnlicherweise ein gut funktionierendes Über-Ich durch seinen strengen, kategorischen Imperativ sehr zweckmäßig. Doch neue Verhältnisse, Änderungen in der Realität, verlangen nach direkter Verbindung der Realitätsprüfung mit der Triebwelt, zwischen dem Ich und dem Es, nach der Ausschaltung des realitätsfremden Über-Ichs.

Es klingt im ersten Augenblick paradox, daß gerade diese strenge, hemmende Instanz, das Über-Ich, die vom Ich verurteilten Triebbefriedigungen ermöglicht. Nun wissen wir, daß das Über-Ich sehr leicht hintergangen werden kann. Man muß nur seine Straftendenzen befriedigen, so drückt es schon seine Augen zu. Es ist eine der ältesten Erfahrungen der Psychoanalyse, daß jedes Symptom eine Kompromißbildung zwischen einem Strafbedürfnis und einer Sünde ist. Es ist im Prinzip gleichgültig, ob diese beiden Tendenzen in einer Phase, wie bei der Hysterie, oder nebeneinander, wie bei der Zwangsneurose, oder in zwei Etappen, wie bei der manisch-depressiven Neurose, befriedigt werden. Es ist frappant, zu beobachten, wie sorgfältig das Gewissen des Zwangsneurotikers, wie ein gewissenhafter Kaufmann, die Schulden und Forderungen, die Strafen und Aggressionen bucht und wie fein sein Gewissen nach neuen Strafen verlangt, wenn die durch Strafen gedeckte Grenze der Sünden überschritten wurde. Ähnlich wird in der melancholischen Phase der zirkulären Neurose das Gewissen zu offenbaren tyrannischen Ungerechtigkeiten verleitet, um es in der manischen Periode ohne Schuldgefühl stürzen zu dürfen. Dasselbe Bild, wie in dem Kampf von zwei extrem entgegengesetzten politischen Parteien, wo jede Partei die andere zu Exzessen provozieren will, um sie so zu kompromittieren und ihre Vernichtung berechtigt erscheinen zu lassen.

Damit haben wir die doppelte Rolle des Über-Ichs für die Neurosenbildung beschrieben. In seiner Unkenntnis der Realität hemmt es oft sogar

ichgerechte Handlungen, und durch seine Überstrenge nach innen ermöglicht es verurteilte Triebbefriedigungen auf dem autoplastischen Wege der Symptombildung. Das Ergebnis seiner Leistung ist der Ausdruck des Breuer-Freudschen Prinzips. Als automatisches Organ, als tonischer Niederschlag veralteter Realitätsanpassungen, erspart es neue Realitätsprüfungen, und wenn es neurotisch erkrankt ist, erweist es sich sogar als zu schwach, seine veralteten Anpassungsleistungen gegen die regressiven Tendenzen des Es zu schützen.

So bedeutet das Über-Ich einen Anachronismus in der Seele. Es ist hinter der schnellen Entwicklung der kulturellen Verhältnisse derart zurückgeblieben, daß es durch seine automatische, starre Funktionsweise das psychische System immer wieder mit der Außenwelt in Konflikte geraten läßt. Dies ist der teleologische Grund für die Entwicklung einer neuen Wissenschaft der Psychoanalyse, welche diesmal nicht die Außenwelt verändern soll, sondern das psychische System selbst, um es für neue Anpassungen seiner Triebe fähiger zu machen. Diese Aufgabe löst sie, wenn es ihr gelingt, den Wirkungskreis des automatisch arbeitenden Über-Ichs einzuschränken und seine Rolle dem bewußten Ich zu übertragen. Keine geringe Aufgabe, sie bedeutet das bewußte Schaffen einer neuen Funktion. Das Ich des abendländischen Kulturmenschen war nur auf die Realitätsprüfung eingestellt. Es bedeutet eine wesentliche Überlastung des Bewußtseins, die Prüfung und Regelung der Triebwelt zu übernehmen, zu den Gesetzen der Realität, die Gesetze, die Sprache des Es hinzuzulernen. Eine Menge der in automatischen Funktionen des Über-Ichs tonisch gebundenen Energien muß wieder in bewegliche Energie zurückverwandelt werden, ein Stück Körper wieder Seele werden. Der Widerstand gegen diese Rückverwandlung ist der von uns so gut gekannte Widerstand der Patienten gegen die Kur und der allgemeine Widerstand gegen die Psychoanalyse als Wissenschaft.

Wir sind zur Lösung unserer heutigen Aufgabe gelangt. Der Heilungsvorgang besteht in der Überwindung des Widerstandes gegen die Übernahme der Funktion des Über-Ichs durch das Ich. Der neurotische Konflikt, der Spannungszustand, welcher durch die Ablehnung der Symptome entsteht, kann nur auf zwei Weisen gelöst werden. Entweder muß das Ich seine Ablehnung gegen die Symptombildung aufgeben, und dann muß es auf seine bereits an die Realität angepaßten Triebbewältigungen, auf die Realitätsprüfung verzichten und die Homogeneisierung der Triebbewältigungsmechanismen in der Richtung der Krankheit mitmachen, oder es muß seinen realitätsgerechten Standpunkt durchsetzen. Die Homogeneisierung des psychischen Systems in der Richtung der Krankheit geschieht bei den

Psychosen, wenn das Ich die Realitätsprüfung aufgibt und je nach der Stufe der angenommenen Triebbefriedigungsart die Realität im archaischen Sinne umdichtet. Die andere Richtung schlägt die psychoanalytische Kur ein, und versucht ein homogenes System dadurch zu gewinnen, daß sie das gesamte System dem Niveau des bewußten Ich näherbringt, indem sie den Zugang des Ich zu dem durch das Über-Ich abgesperrten Es eröffnet. Das Ich soll nun berufen sein, über Triebansprüche zu entscheiden, diese je nach dem Ergebnis der Realitätsprüfung zu akzeptieren oder zu verwerfen. Wie Freud es ausdrückte, das Ziel der Kur besteht im Ersetzen der Verdrängung durch Verurteilung. Die Leistung des Über-Ichs, die Verdrängung, schließt den Triebansprüchen nur den Weg zur Motilität, bedeutet aber keinen Verzicht auf sie. Im Gegenteil, sie ermöglicht eine versteckte Befriedigung. Das Ich kennt aber nur zwei Möglichkeiten: akzeptieren und ausführen oder verwerfen und verzichten. Die allmähliche Ausschaltung der verdrängenden Instanz des Über-Ichs ist die Aufgabe der Kur. Aus den beiden Teilsystemen Ich und Über-Ich soll ein homogenes System entstehen mit einem doppelten Wahrnehmungsapparat auf den beiden Oberflächen, nach außen gegen die Realität und nach innen gegen das Es. Nur so kann eine konfliktlose, eindeutige Triebbewältigung stattfinden.

Das Übertragen der Rolle des Über-Ichs auf das Ich geschieht in der Kur in zwei Phasen. Auf dem Wege der Übertragung übernimmt zunächst der Analytiker die Rolle des Über-Ichs, um sie dann mittels der Deutungsarbeit auf dem Wege des Durcharbeitens wieder an den Patienten, aber diesmal an sein bewußtes Ich abzuwälzen. Die Leistung der Analyse ist eine topische mit einem dynamischen Aufwand. Sie verlegt die Funktion der Triebprüfung und Triebregelung auf eine topisch verschiedene Stelle des seelischen Apparates in das bewußte Ich. Dabei muß sie das Trägheitsprinzip überwinden, und zwar die Weigerung, eine automatische Funktion gegen Bewußtseinstätigkeit auszutauschen. Die Rolle des Analytikers besteht dabei darin, daß er zuerst selbst die Aufsicht über das gesamte Triebleben übernimmt, um sie allmählich dem bewußten Ich des Patienten wieder abzugeben. Er gewinnt durch die Übertragung das Vertrauen des Patienten und stellt die ursprüngliche Jugendsituation her, in welcher das Über-Ich gebildet worden ist. Solange der gesamte seelische Apparat des Patienten selbst von der Prüfung des Trieblebens entlastet ist, solange der Analytiker für das ganze Triebleben verantwortlich ist, geht dieser Prozeß ohne Störung vor sich. Nachdem es allmählich gelungen ist, durch diesen Projektionsmechanismus die Rolle des Über-Ichs ganz zu übernehmen, so daß das bisherige intrapsychische Verhältnis zwischen dem Es und dem Über-

Ich sich in ein Verhältnis zwischen dem Analytiker und dem Es verwandelt hat, fängt die dynamisch schwierigere Aufgabe an, die so übernommene Rolle wieder auf den Patienten abzuwälzen. Diese Rückgabe der Über-Ichrolle geschieht hauptsächlich in der Phase der Ablösung vom Analytiker. Durch dieses Schema läßt sich der psychologische Vorgang während der Kur außerordentlich einfach beschreiben. Ich bin aber noch schuldig, Ihnen die Allgemeingültigkeit dieser Beschreibung näher zu begründen.

Das Wesen der Übertragung wäre demnach, daß die intrapsychischen Beziehungen zwischen dem Es und dem Über-Ich vom Über-Ich auf den Analytiker übertragen werden. Um dies einzusehen, müssen wir nur an die Genese des Über-Ichs denken und diese mit den Übertragungsercheinungen vergleichen. Seine Genese kann man am kürzesten so ausdrücken, daß es ein Anpassungsorgan ist, welches durch Introjektion entsteht. Und zwar werden jene Personen, oder richtiger die Beziehungen zu jenen Personen introjiziert, welche die ersten Anpassungsleistungen erzwingen. Damit wird im psychischen System ein Gebilde aufgestellt, welches die ersten Anforderungen der Realität vertritt, und zwar in der Form der introjizierten erzieherischen Vorschriften der Eltern. Diese Verbote und Gebote machen einen wichtigen Bestandteil des Über-Ichs aus. Deshalb ist es auch ein vorwiegend akustisches Gebilde, wie die Gehörshalluzinationen bei schweren Melancholien zeigen. Diese Gebote und Verbote wurden ja durch das Gehör vermittelt. Wie es uns Freud zeigte, bedeuten die Beziehungen zwischen dem Es und dem Über-Ich nichts anderes als die verewigte, erstarrte Geschichte der ehemaligen Beziehungen zwischen dem Kind und seinen Eltern. Am besten ist dies an den schwer neurotisch entzweiten Persönlichkeiten zu studieren, wo das Über-Ich ganz als Fremdkörper imponiert. Das ganze so komplizierte Symptomgebäude der Zwangneurose ist ein Schauspiel, dessen Teilnehmer das trotzige, unerzogene Kind und seine Eltern sind. Und wie in jedem französischen Lustspiel mit monotoner Einförmigkeit das Thema des Ehebruches behandelt wird, so finden wir bei jeder Neurose dasselbe Sujet in verschiedener Aufmachung wieder. Sogar die Methoden des Es-Kindes bleiben immer dieselben: die Eltern, das Über-Ich, zu ungerechten, überstrengen Strafen zu provozieren, um so ohne Schuldgefühl das Verbotene begehen zu können, genau wie in den Ehedramen die eine Eehälfte so geschildert wird, daß der Ehebruch der anderen berechtigt erscheint.

Im Laufe der Kur, in der Übertragung, wird aus dem innerpsychischen Schauspiel ein reales zwischen dem Analytiker und dem Es. Ich brauche nicht auf weitere Einzelheiten einzugehen. Der Patient ergreift mit einer

großartigen Bereitschaft die Gelegenheit, die ehemaligen Beziehungen zu seinen Eltern, welche er nur notgedrungen introjiziert hat, als er sie in der Wirklichkeit aufgeben mußte, dem Analytiker gegenüber wieder zu realisieren. Damit kann er ein Stück erzwungene Realitätsanpassung, das die Aufstellung des Über-Ichs bedeutete, wieder rückgängig machen. Bald merkt er aber aus dem Benehmen des Arztes, der gegen das Lustprinzip arbeitet, daß seine Tendenzen zwar verstanden, aber nicht bejaht werden, und zwar keinesfalls aus persönlichen Motiven. Es fängt die neue Erziehungsarbeit an. Die Anforderungen der Realität werden aber nicht durch Gebote und Verbote vermittelt, wie in der Vergangenheit, und unter der Herrschaft des Über-Ichs, sondern durch etwas Überpersönliches, durch die logische Einsicht, durch die unverfälschte Realitätsprüfung. Dadurch wird das Wiedererleben der Vergangenheit vom Patienten selbst aufgegeben und der ursprüngliche Triebanspruch, der in dem Übertragungserlebnis wegen der eigenen Verurteilung nicht mehr abgeleitet werden kann, erscheint in der Seele als Erinnerung. Die tonische Abfuhr ist gesperrt, die automatische Wiederholung verhindert, der ehemalige Triebanspruch wird wieder lebendig, wird zu einer aktuellen Frage der Gegenwart und als solche muß er zum Inhalt des Bewußtseins werden. Anstatt automatische Wiederholung entsteht Erinnerung, ja sogar mehr: lebendiger Triebanspruch, welcher eine neue Erledigung verlangt. Diese Erledigung kann von nun an nur realitätsgerecht, also auch ichgerecht sein, weil sie nur mehr mit der Zustimmung des Organs der Realitätsprüfung ausgeführt werden kann.

So geschieht es in der Theorie, aber nicht in der Praxis. Jeder Analytiker hat es sicherlich unzähligemal beobachtet, daß, wenn eine Übertragungssituation aufgelöst und in genetischen Zusammenhang mit der vorbildlichen Situation der Jugend gebracht worden ist, keinesfalls sofort eine Progression in der Richtung der normalen Libidobewältigung geschieht, sondern im Gegenteil eine Regression zu noch früheren Stufen des Triebens. Die Libido weicht dem analytischen Bestreben nach rückwärts aus und sucht immer frühere aufgegebenen Positionen auf. Jede neue Deutung bewirkt eine noch tiefere Regression, so daß der Anfänger oft Bedenken hat, den Patienten von einer Hysterie in eine Schizophrenie hineingetrieben zu haben. Ich muß gestehen, daß ich die meisten Anregungen, um mir Klarheit über diese Vorgänge zu verschaffen, aus jenem unheimlichen Momente der Behandlungsstunden geholt habe, wo ich mit Befremden das Auftreten paranoider, halluzinatorischer Symptome an der Stelle bereits in Übertragungserscheinungen überführter konversionshysterischer Symptome beobachtet habe. Der weitere Gang der Analyse zeigt aber dann, daß diese

neuen Symptome wieder in eine neue Übertragungssituation überführt werden, so daß jede tiefgehende Analyse die ganze Skala der künstlichen Neurosen durchläuft, um endlich, wie R a n k es uns zeigt, regelmäßig bei der Wiederholung des pränatalen Zustandes zu enden. Dieselbe Regressionsskala konnte ich in den indischen Versenkungen<sup>1</sup> nachweisen.

Es ist die unvermeidbare Konsequenz, daß der Analytiker auch diese letzten Regressionsmöglichkeiten kennen und richtig beurteilen muß, um die Libido aus diesem tiefsten Schlupfwinkel herauszutreiben und zu einer Progression in die exogame genitale Richtung zwingen zu können. Es ist das große Verdienst R a n k s, die allgemeine Bedeutung dieser tiefsten Regression hervorgehoben zu haben. Vor allem, daß er nachweist, daß auch diese Regression in der Kur die affektive Wiederholung tatsächlicher Erlebnisse ist, und nicht etwa immer nur eine Phantasie aus dem Vorbewußten. Ich kann nicht stark genug betonen, daß die, die sich gegen diese Auffassung sträuben, heute denselben Fehler begehen, den J u n g vor Jahren begangen hat. Mit demselben Rechte könnte man dann die ganze oralerotische oder analerotische Regression aus Rückphantasieren erklären.

Andererseits ist es im Sinne unserer bisherigen Betrachtungen klar, daß diese regressive Bewegung, welche nach der Auflösung der ursprünglichen, spontan entstandenen und für jeden Einzelfall in seiner spezifischen Eigenart charakteristischen Übertragungssituation sich einsetzt, als eine Widerstandsleistung aufzufassen ist. Dies möchte ich gegenüber der Darstellung R a n k s besonders betonen. In seiner Darstellung ist der Widerstandscharakter der Mutterleibregressionen keinesfalls eindeutig klar. Die Beobachtung dieser im Laufe der Kur immer weiter zurückschreitenden Regression ergibt ein merkwürdiges Bild, ein Bild, in welchem sich uns der ganze komplizierte Aufbau des Über-Ichs offenbart. Dieses Bild besteht aus einer Reihe aufeinanderfolgender Übertragungssituationen, in denen dem Analytiker immer neue Rollen zukommen, die er alle vom Über-Ich übernommen hat. So liefert uns die regressive Skala der aufeinanderfolgenden Übertragungsrollen das auf seinen Kopf gestellte mehrschichtige Bild des Über-Ichs. Dieses ist aus Merkmalen der verschiedenen Perioden der Entwicklung zusammengesetzt. In seiner untersten Schicht repräsentiert es die biologischen Beziehungen des Kindes zur Mutter, um allmählich immer mehr in die sozialen Beziehungen zum Vater überzugehen. Die ersten Anforderungen an die Triebentwicklung stellt die Mutter. Sie erfordert durch die Geburt zuerst die Aufgabe des passiven Ernährungszustandes auf dem Blutwege und erfordert die Umstellung auf die Ernährung durch den Verdauungskanal, die aktive Benützung des Mundes und der Lungen. Später erfordert sie das Verzichten auf

1) Der biologische Sinn psychischer Vorgänge. Imago IX. 1923.

die Brustnahrung und sie ist in der Regel die erste Störerin der exkrementellen Souveränität. Allmählich übernimmt der Vater und die ganze Vaterreihe die größte Rolle in der Trieberziehung und wird der Repräsentant der sozialen Anforderungen. Aber nicht nur in den Verzichtleistungen, sondern auch in den positiven Gaben übernimmt der Vater die frühere Rolle der Mutter. Wie die Mutter die Spenderin der körperlichen Nahrung war, wird er der Spender der geistigen. Die in jeder Analyse vorgefundene passiv-homosexuelle Einstellung zum Vater ist die Wiederholung und der Ersatz der passiven Saugesituation, der väterliche Penis der Ersatz für die Mutterbrust, wie es Freud bereits in seiner Leonardo-da-Vinci-Analyse angedeutet hat.<sup>1</sup> Man findet die am stärksten verdrängte Vorstellung der oralen Einverleibung des Penis und des ganzen Vaters wieder, wie wir sie aus Abrahams exakten Beschreibungen so gut kennen. Róheim zeigte uns in seiner vorzüglichen Studie, daß auch in der Urgeschichte die Söhne die biologische Rolle der Mutter auf den Vater zu übertragen versuchten, indem sie ihn verzehrt und ihre Exkremente auf sein Grab entleert haben, nach dem Vorbilde des Säuglings an der Mutterbrust.<sup>2</sup> Nun, dieselbe Geschichte durchläuft die Kur chronologisch getreu in umgekehrter Richtung. Die dem Analytiker anfangs regelmäßig übertragene Vaterrolle wird immer mehr durch die Mutterübertragung abgelöst. Ich kann diese Beobachtung von Rank vollinhaltlich bestätigen. Progressive Versuche stören das Bild oft genug, doch die regressive Tendenz überwiegt. Ohne den Vaterkonflikt wirklich zu lösen, regrediert der Patient zu den Zeiten, wo er, vom Vater noch nicht gestört, nur die biologischen Konflikte mit der Mutter auszufechten hatte. Die Ursache dieser Regression ist nach dem Bisherigen klar. Sie ist die Äußerung des Breuer-Freud'schen Prinzips, der automatisierenden Tendenz, neue Aufgaben nach altem Muster zu lösen. Die Seele versucht den Vaterkonflikt nach dem Muster der Säugesituation zu lösen, den Vater durch orale Einverleibung zu vernichten, und durch diese Einverleibung neue Kräfte für den Kampf ums Dasein zu gewinnen, ähnlich wie die Muttermilch die Kräfte für die körperliche Entwicklung geliefert hat.

Derselben automatisierenden Tendenz unterliegt der Patient, wenn er in seinem Widerstand die Aufgabe der Loslösung vom Analytiker mit der phantastischen Reproduktion des Geburtstraumas zu überwinden versucht. Das Problem der Geburt, die Umstellung auf das extrauterine Leben, hat er bereits, wenigstens im großen und ganzen, gelöst, der beste Beweis dafür ist es, daß er lebt. Vor der Beendigung der Kur steht er jedoch vor der

1) Freud, Eine Kindheitserinnerung des Leonardo da Vinci. (Ges. Schriften Bd. IX.)

2) Róheim: Heiliges Geld in Melanesien. (Diese Zschr. IX. 1923.)



vollkommen ungelösten Aufgabe, auf die analytische Hilfe zu verzichten. Er hat wohl recht, diese Aufgabe mit der Trennung vom Mutterleib ähnlich zu empfinden. Auch damals mußte er Organe ganz neu benutzen lernen, die ernährende Rolle der Mutter selbst übernehmen. Und jetzt bei der Beendigung der Kur muß er sein Bewußtsein, das bis jetzt nur für die Realitätsprüfung geeignet war, für eine neue Aufgabe benutzen. Nachdem er in der Kur die Sprache der Triebwelt gelernt hat, muß er die verantwortliche Leitung der Triebe übernehmen, was bis jetzt sein automatisch arbeitendes Über-Ich besorgt hat. In der Kur hat der Analytiker anstatt seiner gedacht, gedeutet, ja sogar indem er seine Vergangenheit rekonstruiert hat, oft sogar anstatt seiner sich erinnert. Das alles muß jetzt seine eigene Leistung werden. Indem er von seinem Über-Ich Abschied nimmt, muß er nun endgültig auf seine Eltern verzichten, die er durch Introjektion gerettet und in seinem Über-Ich aufbewahrt hat. Er wurde in der Analyse eigentlich schmähslich hintergangen. Der Analytiker verleitete ihn zum Aufgeben der introjizierten Eltern, indem er die Rolle des Über-Ichs selbst übernahm, und jetzt will er ihn mit dieser Rolle belasten. Dagegen protestiert er und will nun seinerseits den Analytiker damit abfertigen, daß er die bereits längst erledigte Geburt oft sogar mit somatischen Symptomen vorspielt. Er fühlt, wie einer meiner Patienten, an seiner Stirn die ringförmige Einschnürung, den Druck des Geburtskanals, welcher seinen Kopf seinerzeit so schmähslich verunstaltet hat, fühlt Atemnot und einen schweren Druck ringsherum um den Brustkasten. Erst wenn das alles als Widerstand gegen die Loslösung vom Arzt, gegen die Selbständigkeit, entlarvt wird, versucht er nun bewußt auf die weitere analytische Hilfe zu verzichten. Durch diese Geburtsszenen überwindet der Patient nicht nachträglich das Geburtstrauma. Im Gegenteil, er widersetzt sich der Loslösung vom Analytiker, indem er durch Agieren, durch das affektive Wiederholen der überstandenen Geburt die noch bevorstehende Trennung vom Arzt ersetzt. Er wiederholt die Vergangenheit, anstatt eine aktuelle Aufgabe zu lösen. Das Geburtstrauma wird er auch nach der Kur nicht überwunden haben. Gerade Rank zeigte es uns in der überzeugendsten Weise, daß der Mensch auf das verlorene Glück der pränatalen Existenz nie verzichtet, und daß er sowohl in allen seinen kulturellen Bestrebungen wie auch im Akte der Begattung den alten Zustand wieder herzustellen trachtet.<sup>1</sup> Diese Formen der Wiederherstellung sind jedoch ichgerecht. Der Patient soll in der Analyse nur auf die autoplastischen realitätsfremden Wiederherstellungsversuche verzichten, auf die Symptome, auf die Beziehungen zum Über-Ich, in

1) Siehe auch meine Arbeit: Kastrationskomplex und Charakter. Int. Zschr. f. PsA. VIII. 1922.

welchen er seine ganze Vergangenheit verewigt hat und welche er zuletzt in die Übertragungssituationen zum Arzt retten wollte. Ebenso wie die Trennung vom Mutterleib, wiederholt er im Laufe der Kur alle schweren Anpassungen seines Trieblebens, zu welchen er während der Entwicklung gezwungen war, und alle wiederholt er, um damit eine neue Anpassung zu ersparen, die Anpassung an die aktuelle Realität.

Wir meinen auch, wie Ferenczi und Rank, daß jede spätere Organisationsstufe der Libido nur Ersatz für den aufgegebenen intrauterinen Zustand ist, wie wir das bereits bei der Analyse des Kastrationskomplexes für die genitale Stufe angenommen haben. (l. c.) Doch jede dieser glücklich eroberten Organisationsstufen bedeutet eine Fixierungsstelle. Der intrauterine Zustand ist der erste, doch keinesfalls der dynamisch wirksamste in der langen Reihe der Fixierungspunkte. Es ist ganz verschieden, in welcher Periode seiner Entwicklung ein Mensch in einer neurotisch wirksamen Weise Nein sagt. Und gerade dieser Zeitpunkt ist für die Form seiner späteren Neurose entscheidend. Wenn er in der Kur nach Auflösung dieser für ihn typischen Fixierung noch weiter rückwärts regrediert, so leistet er damit Widerstand gegen die Konsequenz dieser Auflösung, gegen die Anforderung des Ichs, gegen die nach außen gerichtete Tat.

Damit haben wir die bedeutungsvolle Konzeption von Rank zum Teil bestätigt, wenn wir sie auch mit der unerläßlichen quantitativen (ökonomischen) Beurteilung der intrauterinen Fixierung ergänzen mußten.<sup>1</sup>

Es bleibt für die analytische Kur weiter die Aufgabe, die gesamten in den automatischen Wiederholungen tonisch gebundenen Energien in die bewegliche Energieleistung der bewußten seelischen Tätigkeit umzuwandeln, um den Kampf mit der Realität bestehen zu können. Die in den einmal erlernten Automatismen, die im Über-Ich gebundenen Energien werden durch die Erinnerung wieder frei. Das Erinnerungsmaterial mit der Realitätsprüfung zu vergleichen ist die höchste Leistung des seelischen Apparates. Und erinnern kann nur das Ich, das Über-Ich nur wiederholen. Der Abbau des Über-Ichs ist und bleibt das Ziel jeder zukünftigen psychoanalytischen Therapie.<sup>2</sup>

1) Aus diesem ökonomischen Gesichtspunkt geht es dann klar hervor, daß die Bedeutung der intrauterinen Fixierung für die Therapie gering ist. Ihre ätiologische Rolle für die Neurosenbildung beschränkt sich auf die schizophrenen Zustände, wie das von Tausk, N u n b e r g und mir schon früher angenommen wurde.

2) Ich bin mir dessen bewußt, daß in meiner Darstellung der Begriff des Über-Ichs etwas schematisch gefaßt und deshalb auch enger begrenzt ist, wie in den Darstellungen von F r e u d. Ich begrenze das Über-Ich nur auf das Unbewußte und so wird es identisch mit dem unbewußten Schuldgefühl, mit dem unbewußten Teil des Gewissens. Der Übergang zu den bewußten moralischen Anforderungen, zu einem bewußten Ichideal ist aber in der Wirklichkeit ein fließender. Diese in das Bewußtsein

Meine Damen und Herren! Sie werden mir sicher den Vorwurf machen, daß ich doch etwas ungerecht gegen das Über-Ich war. Mit Recht werden Sie mir entgegenhalten, daß das bewußte Ich, indem es die Anforderungen der Realität vertritt, doch im Prinzip dem Über-Ich ganz ähnlich ist. Das Über-Ich ist ja nichts anderes als ein Stück introjizierter Realität der Vergangenheit, ein introjiziertes Gesetzbuch der Erziehung. Aus dem äußeren Gesetz wurde ein inneres. Nun, ein ähnliches Gesetzbuch enthält ja auch das Bewußtseinssystem. Das logische realitätsgerechte Denken ist ein Anpassungsergebnis. Die logischen Gesetze sind den Naturgesetzen nachgebildet, auch sie stellen ein Stück introjizierter Realität dar. Leibniz, der das Evolutionsprinzip noch nicht kannte, postulierte eine göttlich prästabilisierte Harmonie zwischen Naturgesetzen und Denkgesetzen. Wir wissen, daß sowohl das Über-Ich, wie das bewußte Ich innere Vertreter der Realität sind. Aber nicht nur Vertreter der Realität, sondern auch des Es. Dem Über-Ich haben wir ja eine unlautere Taktik zugeschrieben, und zwar daß es durch seine Überstrenge, durch seine Ungerechtigkeit im Geheimbund mit dem Es steht und ein schuldloses Ausleben seiner Tendenzen ermöglicht. Nun, dieselbe Anklage können wir auch gegen das Ich erheben. Die logischen Gesetze sind immer strenger als die Naturgesetze. Sie kennen keine Ausnahmen. Auch das Ich verfälscht, vergrößert, karikiert in seiner Logik die Realität, um sie leichter beherrschen zu können. Und damit dient das Ich dem Es.

Bei der Untersuchung der inneren Struktur des seelischen Apparates erkannten wir in ihr die erstarrte Geschichte vergangener realer Kämpfe mit der Außenwelt. Wir erkannten das Über-Ich als starrgewordene, körpergewordene Seele. Auch die logischen Gesetze sind bereits Automatismen. Die Wahrnehmung ist Seele, das logische Gesetz zum Körper erstarrte Seele. Die Richtung der Psychoanalyse führt zurück vom Körper zur Seele.

Noch einige Worte über das Wesen dieser Ausführungen. Ich habe versucht, die gesamten Erscheinungen der psychoanalytischen Therapie auf zwei Grundprinzipien zurückzuführen: auf das F e c h n e r - F r e u d s c h e

---

hineinragenden Teile des Über-Ichs könnte man als die letzten Niederschläge im Bildungsprozeß des Über-Ichs betrachten, als Über-Ichteile *in statu nascendi*, auf dem Wege der Erstarrung. Diese Teile sind noch nicht so starr, dem bewußten Urteil, der Realitätsprüfung zugänglicher, als die unbewußten, kategorischen Teile des Gewissens. Diese Vergrößerung in meiner Darstellung geschah im Interesse der übersichtlichen Hervorhebung der dynamischen Prinzipien. Ich vergleiche nur die beiden Grenzfälle miteinander, den vollkommen beweglichen Wahrnehmungsapparat mit dem extrem starren, unbewußten Teile des Über-Ichs. Die Beschreibung von Freud ist jedoch die psychologisch korrektere, welche das gesamte System des Über-Ichs berücksichtigt.

Konstanzprinzip und das Freud-Breuersche Trägheitsprinzip. Dieser Versuch ist jedoch gleichbedeutend mit der Zurückführung des gesamten seelischen Geschehens auf diese zwei dynamischen Elementargesetze. Damit wäre die Grundlage einer seelischen Dynamik gegeben, welche, unabhängig von Reiz- und Triebqualitäten, allgemein gültig ist und für die Einzel- forschung als eine sichere Richtlinie dienen kann. Die beiden Grund- prinzipien der Seele haben mit den beiden dynamischen Hauptsätzen der Physik formell eine weitgehende Übereinstimmung. Während das F e c h n e r- F r e u d s c h e Prinzip nur den Ausgleich von Spannungszuständen besagt, beschreibt das Trägheitsprinzip die regressive Richtung der seelischen Vorgänge. In diesem Sinne ist es dem zweiten Hauptsatz der Thermodynamik ähnlich, welche von den vielen denkbaren Energieumwandlungen die in der Natur einzig möglichen beschreibt. Auch dieses ist ein Richtungsgesetz und enthält das Trägheitsmoment, indem es die konstante Abnahme der „freien Energien“, der als mechanische Arbeit verwertbaren Energien, besagt, wie das psychologische Trägheitsprinzip die fortschreitende Bindung der freibeweglichen Energien in tonische. Es ist die Aufgabe zukünftiger Forschung, zu entscheiden, ob es sich hier bloß um eine formale Analogie oder um eine Identität handelt.

# Über den Genesungswunsch

*Vortrag in der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung am 26. März 1924*

Von Dr. H. Nunberg (Wien)

Die Frage, warum der neurotisch Kranke gesund werden will und sich in Behandlung begibt, ist nicht so paradox, wie es bei oberflächlicher Betrachtung den Anschein hat. Die Neurose ist doch ein Anzeichen der mißlungenen, symptombildenden Verdrängung, und im Symptom trachtet jeder Kranke, in irgendeiner verkappten Form, wenn auch nur symbolisch, Lust zu gewinnen. Es ist daher nicht einzusehen, warum der Neurotiker, trotz aller Widerstände des Ichs, ohne weiteres auf die Lust verzichten sollte.

Diese Frage könnte zunächst dahin beantwortet werden, daß das die Krankheit begleitende Leiden, also die Unlust, von selbst das Streben nach Gesundheit weckt. Erwägt man jedoch, daß das Leiden an und für sich lustbringend sein kann, so verliert die Krankheitsunlust als alleinige Triebkraft des Genesungswunsches an Bedeutung. Zieht man ferner in Betracht, daß das Ich passiv und bloß Vollstrecker des „Es“ und des „Über-Ichs“ ist,<sup>1</sup> so muß man erst recht nach unbewußten Triebkräften des Gesundheitswillens Umschau halten.

Der bewußte Genesungswunsch ist doch niemals als Maßstab für die Dauer und den Erfolg der Kur zu betrachten. Daß nicht diejenigen Patienten am leichtesten zu behandeln sind, die voller Ungeduld den Beginn der Behandlung kaum erwarten können, ist jedem Praktiker der Analyse bekannt. Es ist aber erstaunlich, wie hartnäckig eben solche Patienten, trotz der ungeheuren Widerstände, welche sie der Behandlung gleich zu Beginn entgegenbringen, an der Kur festhalten. Man könnte vielleicht die Übertragung dafür verantwortlich machen. Diese Kranken beginnen jedoch die Kur in der Regel mit einer negativen Übertragung, die ja dazu geeignet wäre, den Kranken eher vom Arzte abzustoßen als ihn an denselben zu binden. Ferner kommt es vor, daß manche Patienten

---

1) Freud, Das Ich und das Es. (Ges. Schriften, Bd. VI.)

zu Beginn überhaupt noch keine Zeit hatten, eine Übertragung herzustellen, sie verhalten sich ziemlich lange abwartend, wie ein ruhiger Beobachter — und dennoch lassen sie sich behandeln.

Wie ist also der Widerspruch zu verstehen, daß der Patient, trotz der fortwährend wirksamen Verdrängung, die einführenden Grundregeln der psychoanalytischen Kur leicht versteht und oft gleich in der ersten Stunde die intimsten Angelegenheiten seines Lebens dem Arzte, einem ganz fremden Menschen, anvertraut?

Bei dieser Gelegenheit möchte ich auf eine Erscheinung allgemeiner Natur aufmerksam machen. Wir nehmen es als Selbstverständlichkeit hin, daß die Neurotiker sich mit Widerständen in die psychoanalytische Kur begeben. Wir vergessen aber, daß die Großzahl dieser Kranken gerne zum Arzte geht, einen nach dem anderen aufsucht, einem jeden seine Leidensgeschichte vorjammert und gleich einen Grund seiner Krankheit, in der Regel irgendein schreckhaftes Ereignis, anzugeben weiß. Ich erinnere mich eines Zwangsneurotikers, der, obwohl er nichts von der Psychoanalyse wußte, mit einer derart verständnisvollen, schriftlich niedergelegten Krankengeschichte in die Kur kam, daß sie während der Behandlung nur erweitert und ergänzt zu werden brauchte. Es ist auch bekannt, daß manche Patienten gleich in den ersten Stunden das wertvollste Material liefern, und wenn man sich nicht durch die in der Analyse auftauchenden Widerstände beirren läßt, sondern sich an die ersten Mitteilungen hält, so kommt man am ehesten zum Ziele. Es kommt auch vor, daß ein Kranker, der sich zunächst zur Psychoanalyse nicht entschließen kann, immer wiederkommt, manchmal jahrelang, mit dem sichtlichen Bestreben, ein Stück nach dem andern seiner Leidensgeschichte unbemerkt anzubringen. Solche Kranke erwecken den Eindruck, als ob sie unter einem Zwange ständen, der sie immer wieder zum Arzte treibt. Wenn man noch die große Schar derjenigen berücksichtigt, die sich nicht für krank halten, sich aber immer dem Analytiker aufdrängen, mit dem nicht wegzuleugnenden Bestreben, ihm intime Angelegenheiten ihres Lebens anzuvertrauen, so wird — abgesehen von den zahllosen Fehlhandlungen — der Eindruck eines Dranges zur Selbstentlarvung nur noch verstärkt. Schon allein die Beichte der katholischen Kirche weist zur Genüge darauf hin.<sup>1</sup>

Da die Selbstentlarvungstendenz in extremen Fällen zum Bloßlegen

---

1) Eines der Motive der Tendenz zur Selbstentlarvung ist leicht zu erkennen, nämlich: nicht nur die Beichte, sondern auch das Verhalten mancher Patienten in der Analyse zeigt, daß die Selbstentlarvung das Schuldgefühl bis zu einem gewissen Grade entlastet.

mancher Schichten des Unbewußten führt, deckt sie sich in einem gewissen Sinne mit einer anderen, schon im Symptome auftretenden Tendenz, und zwar mit derjenigen zur Aufhebung der Verdrängung.<sup>1</sup> Beide Tendenzen kommen also einander entgegen und unterstützen sich gegenseitig. Wenn sie noch eine Verbindung mit dem Bedürfnis, sich von der Krankheit zu befreien, eingehen, so geben sie, wie es sich später zeigen wird, den Anstoß zur Behandlung. Es ist daher nichts Überraschendes, wenn es sich in der Analyse herausstellt, daß der bewußte Genesungswunsch von unbewußten Motiven gestaltet wird. Verläßt man sich nämlich nicht auf die bewußten Angaben der Patienten, so zeigt es sich bald, daß es sich immer um ein „Mißverständnis“ handelt: Arzt und Patient reden aneinander vorbei, denn beide verstehen unter psychischer „Gesundheit“<sup>2</sup> etwas ganz anderes.

Zum erstenmal kam mir dieses gegenseitige Vorbeireden am deutlichsten bei Beobachtung von Schizophrenen zum Bewußtsein. Die Schulmeinung geht dahin, daß bei Psychosen (Paranoia, Schizophrenie, Melancholie usw.) keine Krankheitseinsicht besteht. Zu meiner größten Überraschung bemerkte ich jedoch, daß diese Kranken (besonders Schizophrene) mitunter ein ausgesprochenes Streben nach Genesung an den Tag legen, also ein Krankheitsgefühl wohl haben. Das analytische Verständnis des Gesundheitswillens dieser Kranken ließ auch nicht lange auf sich warten. Es zeigte sich bald, daß ihr Heilungswunsch überdeterminiert war, mehreren Motiven entsprang, die jedoch in der tiefsten Schichte des Unbewußten in einem einzigen Motive zusammenflossen.

Am meisten an der Oberfläche befand sich ein Wunsch, die aktuellen Schwäche- und Unlustgefühle, die in den vorangegangenen ängstlich-hypochondrischen Sensationen ihren Ursprung hatten, zu überwinden. In einer tieferen Schicht ging dieser Wunsch auf infantile Strebungen aus der Periode des kindlichen Beschäftigungsdranges und Größenwahnes mit seiner Allmacht und Magie zurück und gipfelte in dem einen Bestreben, in den Mutterleib zurückzukehren und aus sich selbst heraus wiedergeboren zu werden.<sup>3</sup>

1) Die Tendenz zur Aufhebung der Verdrängung findet schon theoretisch darin ihre Begründung, daß alle unbewußten Regungen eine progressive Tendenz haben, welche sich in dem Bestreben, sich des Systems *Bw* und der Motilität zu bemächtigen, äußert.

2) Auf die Diskussion des Begriffes „Gesundheit“ soll hier nicht eingegangen werden. Übrigens wird es sich zeigen, daß „Gesundheit“ unter Umständen auch als „Reaktion“ oder „Symptom“ aufzufassen ist.

3) S. meine Arbeiten „Über den katatonischen Anfall“ u. „Über den Verlauf des Libido-konfliktes in einem Falle von Schizophrenie“. Diese Zeitschr. Bd. VI u. VII, 1920/21.

Obwohl es mir im Gegensatz zu Rank<sup>1</sup> scheint, daß die Mutterleibs- und Wiedergeburtphantasien nicht in allen Neurosen die gleiche Rolle spielen, entspringt der Genesungswunsch auch in ihnen dem frühinfantilen Triebleben. In allen Fällen jedoch, die in psychoanalytische Behandlung kommen, nicht ausgenommen die Lehranalysen, handelt es sich immer um ein Mißverständnis: der Analysierte erwartet von der Psychoanalyse etwas anderes, als sie zu bieten vermag.

Daß der Kranke unter Heilung etwas anderes versteht als der Arzt, illustriert vielleicht am besten ein von Ferenczi in der Wiener PsA. Vereinigung mitgeteilter Fall. Der Patient wollte durch Psychoanalyse seine Nase heilen lassen, während er einen kranken Penis hatte.

Einen ähnlichen Fall erlebte ich vor mehreren Jahren. Eine Patientin bildete sich ein, kranke Zähne zu haben, obwohl dieselben vollkommen gesund waren. Es handelte sich bei ihr um einen unbewußten starken Kannibalismus und einen intensiven Kastrationskomplex. Sie hatte also recht, wenn sie Heilung auf psychischem Wege suchte, nur gab sie sich von den Motiven nach psychischer Behandlung nicht Rechenschaft. Der bewußte Wunsch lautete: „Ich will gesunde Zähne haben“, der unbewußte: „Ich will einen Penis haben“. Der Arzt hatte aber die Aufgabe, ihr das Unbewußte bewußt zu machen.

Die Genesungsmotive der Neurotiker sind so mannigfaltig, wie die Motive ihrer Krankheit selbst. Natürlich kann in erster Reihe die voll zum Bewußtsein gekommene Krankheitsunlust den Patienten zum Arzt führen, wie dies am deutlichsten bei der neurotischen Angst der Fall ist. Erinnert man sich jedoch, daß die neurotische Angst Ausdruck der Libido-störung ist und daß der Patient gewöhnlich zu Beginn der Behandlung für eine gewisse Zeit die Angst durch Bindung der Libido in der Übertragung verliert,<sup>2</sup> beim Arzte, dem typischen Repräsentanten der Eltern-imagines, dem mit allen geheimnisvollen Eigenschaften ausgestatteten Helfer der Menschheit, so ist hier das triebhafte Moment gar nicht zu verkennen.

Vielleicht noch auffälliger zeigen alle Arten von psychisch Impotenten, daß der Genesungswunsch durch unbewußte Motive aktiviert wird. Zum Beispiel, ein Mann von 34 Jahren verliebt sich in eine verheiratete Frau, Mutter von sechs Kindern, Gattin seines Freundes. Er ist bei ihr impotent und wird es zugleich bei anderen Frauen. In die Kur kommt er mit dem Wunsche, nur bei dieser einzigen Frau potent zu werden, alle anderen kümmern ihn nicht. Er will diese Frau von ihrem Manne trennen,

1) Das Trauma der Geburt. (Internat. PsA. Bibl. Nr. XIV.)

2) Später verliert er das Symptom auf analytischem Wege.



wünscht ihm den Tod, steht mit Wahrsagerinnen in Verbindung, die natürlich, ihm zu Gefallen, die Erfüllung seiner Wünsche prophezeien. Der gebildete, sonst einsichtsvolle Mann ist nicht imstande, das Sinnlose der Situation einzusehen, und erwartet von der Behandlung die Verwirklichung seiner infantilen Wünsche. Sein unbewußtes Streben war also, infantil zu bleiben. Der Arzt hingegen hätte ihn von seinen infantilen Fixierungen befreien sollen.

In der Regel erwarten auch Impotente von der Behandlung nicht eine durchschnittliche, normale Potenz, sondern, wie ich die Beobachtung Ranks<sup>1</sup> bestätigen kann, fast immer eine Überpotenz. Es kommt in der Analyse nicht selten nach Überwindung eines Stückes des Kastrationskomplexes vor, daß diese Patienten plötzlich überpotent werden. Sie freuen sich dann, sind stolz auf ihr leistungsfähiges Genitale und darauf, daß sie imstande sind, die Frau zu befriedigen. Sie genießen dabei eine narzißtische Befriedigung durch Identifizierung mit dem leistungsfähig gewordenen Genitale. Obwohl sie selbst sexuell (genital) unbefriedigt bleiben, halten sie sich jetzt für gesund und wollen die Behandlung abbrechen. Nach kurzer Zeit stellt sich der alte Zustand wieder ein und jetzt beginnt der zweite Teil der Behandlung.

Welche Vorstellungen die Kranken von ihrer erstrebenswerten Gesundheit haben, beziehungsweise welches Ichideal ihnen dabei vorschwebt, mögen einige sehr kurze Beispiele zeigen.

Ein Patient hatte das Gefühl, als ob er verkehrt und umgestülpt wäre, als ob er aus zwei Personen bestehen würde. Es schien ihm dabei, daß die eine nach vorwärts, die andere nach rückwärts schaut. Er hatte Angst, auf die Straße zu gehen, denn er glaubte, daß ihm seine Zehen an den Fersen heraus schauen, weshalb er über die eigenen Füße zu stolpern sich fürchtete; beim Sprechen mußte er sich immer an den Schädel greifen, um sich zu überzeugen, wo er den Kopf und wo er das Gesicht hat usw. Er stellte sich nun seine Heilung so vor, daß der vorwärts schauende Mensch aus ihm verschwinden werde. Dieses Symptom war überdeterminiert; seine tiefste Bedeutung bestand in einer Identifizierung mit der Mutter, die sich in ihm in der nach rückwärts schauenden Person verkörpert hat. Er erwartete daher von der Behandlung, sie werde ihm ein vollkommenes Aufgehen in der Mutter ermöglichen und damit seine Verwandlung in einen offenkundigen Homosexuellen herbeiführen, während sein bisheriges Verhalten einer verkappten Inversion entsprach.

Eine 17<sup>1/2</sup>jährige Zwangsneurotikerin, die an Grübelzwang leidet,

1) „Zum Verständnis der Libidoentwicklung im Heilungsvorgang.“ Diese Zeitschrift, Bd. IX, 1923.

ungeheuer trotzig ist, und sich einbildet, von den Eltern und allen anderen erwachsenen Personen unterdrückt zu werden, stellt sich ihren Zustand nach Beendigung der Kur etwa so vor: Sie wird dann alles wissen, jedes Rätsel lösen können, sie wird imstande sein, aus jedem Material alles anzufertigen, sie wird von den Erwachsenen nicht mehr unterdrückt werden, sondern, von niemandem beeinflusst, stets ihren eigenen Willen durchsetzen. Von der Unerfüllbarkeit ihrer Hoffnungen war sie natürlich zu Beginn der Kur nicht zu überzeugen. Sie wollte bleiben, wie sie war, nur dabei nicht leiden.

Wie sehr der bewußte Genesungswunsch von unbewußten, gerade das Gegenteil anstrebenden Regungen durchkreuzt sein kann, zeigt zum Beispiel folgender Fall. Ein Impotenter verlangte stürmisch den Beginn der Kur, denn er befürchtete, daß ihn seine Frau verlassen werde, wenn er nicht bald gesund werde, und ohne sie könne er nicht leben. Natürlich brachte er in die Kur ungeheure Widerstände mit. Schon in der Ordinationsstunde fragte er mich, ob es nicht besser wäre, wenn er sich jetzt für eine gewisse Zeit von seiner Frau trennen würde. Ich bestand aber darauf, daß vorläufig alles beim alten bleibe. In den nächsten Stunden kam er jedoch immer wieder auf diese Frage zurück, wobei Phantasien zum Vorschein kamen, daß er sich nicht nur vorübergehend von seiner Frau trennen wollte, sondern ernsthaft scheiden lassen. Nachdem es sich herausstellte, daß seine jetzige vollkommene Impotenz einem unerledigten Rachegefühl als Reaktion auf ein bestimmtes Erlebnis entspricht, tauchten Träume und Phantasien auf, in welchen er seine Frau verläßt und in seine Heimat, zur Mutter zurückkehrt. Sein bewußter Wunsch, potent zu werden, widersprach also einem unbewußten Wunsche, zur Mutter zurückzukehren, der anscheinend für ihn „Gesundheit“ bedeutete.

Wie tief derartige „Genesungswünsche“ in frühinfantilen Strebungen verankert sind und in ihnen ihre Erfüllung suchen, mögen zwei Träume zeigen.

Ein Mädchen, das viel unter ihrer Krankheit zu leiden hatte, träumte einmal, daß sie sich in ihrer Heimat, in der ersten Wohnung aus ihrer Kindheit, mit einigen ihrer Altersgenossinnen aus der Pubertätszeit befindet. Sie erhielt, wie sie erzählt, von ihnen die ersten sexuellen Aufklärungen, besonders von dem einen Mädchen, die, weil elternlos, mehr Freiheit als die anderen genoß. Von da aus kam sie auf eine infantile Erinnerung aus ihrem zweiten bis dritten Lebensjahre zu sprechen, als sie vom Kindermädchen sexuell verführt wurde. Dieser Traum ist die Übersetzung eines Gedankens, den die Patientin — da sie sich in diesen Tagen besonders schlecht fühlte — vor dem Einschlafen laut vor sich hersagte: „Wie glücklich wäre ich, wenn ich wieder Kind sein könnte.“

Instruktiver ist der Traum einer anderen Patientin. Es handelt sich um eine Frau, die wegen Frigidität in Behandlung kam. In die zweite Sitzung brachte sie einen Übertragungstraum, *daß sie sich bei mir befindet, ich habe viele Patientinnen, die sich um mich bewerben, wähle jedoch die Träumerin und küsse sie auf den Mund, bin aber jünger und schöner. Dann befindet sie sich auf einem großen Schiffe, das von einem großen Wasser in einen kleinen Fluß hineinfahren soll, und es hängt nur vom Steuermann hoch oben ab, ob das Schiff nicht an dem ins Wasser hineinragenden felsigen Ufer stranden und die schmale Stelle passieren wird. Beim Aussteigen sieht sie einen schönen Palast und eine alte Frau mit einem Korbe.*

Gleich in der ersten Stunde erklärte sie mir, daß sie unter ihrer Frigidität gar nicht leide, sondern aus einem anderen Grunde in Behandlung komme. Sie habe nämlich nach ihrer Scheidung in relativ kurzer Zeit mehrere Männer „verbraucht“ und befürchte, wenn das so weiter geht, in wenigen Jahren auf der Straße zu enden. Um dieser Eventualität vorzubeugen, begab sie sich in die Psychoanalyse, also aus moralischen Gründen, und hofft nach Beendigung der Kur ein anderer Mensch zu werden.

Am Trautstage befand sie sich in einer Gesellschaft, die etwas von der Psychoanalyse verstand. Es fiel dort eine Bemerkung, daß man in der psychoanalytischen Behandlung zwei Arbeiten zu leisten habe, zuerst Herstellung der Übertragung und dann Lösung der Übertragung, wobei letzteres jedoch das Schwierigere sei. Sie erwiderte darauf scherzhaft, daß sie es sich leichter machen werde, denn sie werde den Arzt nach Beendigung der Kur heiraten.

Daß ich sie unter vielen anderen Frauen wähle, hat hier eine individuelle Begründung. Sie hatte im Leben immer das Mißgeschick, daß derjenige Mann, den sie liebte, sich von ihr abwendete und sich einer ihrer Freundinnen zukehrte. So war es auch mit ihrem geschiedenen Ehegatten. Sie ist das vorjüngste von mehreren Kindern und hatte immer den Eindruck, daß sie von der Mutter am wenigsten geliebt wurde und das Aschenbrödel der Familie sei. Als sie in späteren Jahren erfuhr, daß sie kein Brustkind, sondern ein Flaschenkind war, konnte sie sich kaum fassen.

Der Kuß auf den Mund entspricht einer Erinnerung. Als sie als junges Mädchen zum erstenmal von einem Manne geküßt wurde, rannte sie zur Mutter mit der Frage, ob man von einem Kuß ein Kind bekommen kann. Einen Tag später reproduzierte sie eine zweite, viel wichtigere Erinnerung. Das beliebteste ihrer Kinderspiele war, mit der jüngsten Schwester „Mutter und Tochter“ zu spielen. Die Patientin spielte die Rolle der Tochter, die

Schwester diejenige der Mutter. Das Spiel bestand darin, daß die Patientin sich auf einen Diwan legte, die Augen schloß und sich schlafend stellte. Nach einer Weile kam die jüngere Schwester (die „Mutter“) heran und weckte die „Tochter“ (Patientin) mit einem Kuß auf den Mund aus dem Schlafe. (Die Situation in der Analyse auf dem Diwan!)

Die Patientin wünscht also auf dem Umwege über infantile Phantasien, von mir anderen Frauen (Kindern) vorgezogen, befruchtet und zum neuen Leben wiedererweckt zu werden. Derselbe Wunsch kommt im zweiten Teile des Traumes (Wasser) noch klarer zum Ausdruck. Dieser Teil beginnt wiederum mit einem Ödipustraum, mündet assoziativ in eine Erinnerung eines Kinderspieles mit einem Bruder. Dieser Teil endet aber mit einem symbolischen Geburtstraum (Alte Frau — Korb — Wasser — Palast). Die alte Frau stellt assoziativ eine Hebamme und die Mutter dar. Das Kind im Korbe ist mit der Träumerin identisch. Aus Rücksicht auf Diskretion muß ich leider auf die Mitteilung des weiteren Materials verzichten.

Dieser Traum kann als Programm der Behandlung betrachtet werden. Der bewußte Wunsch, durch die Psychoanalyse ein neuer Mensch zu werden und den Arzt zu heiraten, wird im Unbewußten als Rückkehr in den Mutterleib und Wiedergeburt dargestellt. Die heterosexuelle Objektwahl ist bloß eine oberflächliche. Der Traum beginnt mit einem Inzest, endigt aber in einer tieferen Schicht in der Vereinigung mit der Mutter. Der ganze Sinn der Mutterleibs- und Geburtsphantasien kann aber erst erfaßt werden, wenn die unbewußte Bedeutung der Kinderspiele bekannt ist. Der bewußte Genesungswunsch aktiviert eine unbewußte Phantasie und läuft in eine infantile Befriedigungssituation aus. Die Patientin will bewußterweise die Frigidität beim Manne verlieren, unbewußt sie behalten.

Dieser Fall ist ferner geeignet, ein gewisses Licht auf die Beziehung zwischen Gesundheitswille und Übertragung zu werfen, was jedoch am nächsten Falle deutlicher zu sehen sein wird.

Eine Frau kommt wegen hysterisch-hypochondrischer Erscheinungen in die Behandlung. Mit einer in der dritten Stunde ungeschickt gestellten Frage, warum sie sich behandeln läßt, löste ich zunächst Widerstände aus. Sie schaute mich verwundert an und antwortete gekränkt, sie suche selbstverständlich Heilung bei mir. Nach zwei Wochen erfuhr ich aber etwas anderes. Ihre Freundin, die in meiner Behandlung stand, hatte damals unter heftiger Übertragung sehr zu leiden und vertraute ihr ihre unerwiderte Liebe zu mir an. Sie aber war über meine Zurückweisung der Freundin empört, machte ihr Vorwürfe, daß sie nicht imstande war, mich zu gewinnen, und fügte hinzu, daß ihr dies nicht passieren könnte,

sie würde sich, wenn sie nur wollte, unter allen Umständen Gegenliebe erzwingen. Obwohl sie schon früher beschlossen hatte, in Behandlung zu gehen, zögerte sie noch immer. Erst die Empörung gegen mich und der Wunsch, der Freundin zu zeigen, wie man es besser macht, beschleunigten ihren Entschluß, mit der Behandlung zu beginnen. Hier stellte es sich bald heraus, daß sie allen Frauen gegenüber mißtrauisch war, da sie bei ihnen nur Neid und Eifersucht witterte. Sie war an den Vater sehr stark fixiert; bis zu seinem Tode, welcher in ihrem 11. Lebensjahre erfolgte, schlief sie mit ihm in einem Bett und hatte die Mutter vollkommen von seiner Seite verdrängt. Sie gab der Mutter Schuld an seinem Tode, und versöhnte sich mit ihr erst nach der Hochzeit. In der Analyse stellte sich vom ersten Tage an eine ebenso heftige und unangenehme Form der Übertragung ein, wie bei ihrer Freundin, die sie eben deswegen so ausgezankt hatte.

Der vom Unbewußten her gespeiste Genesungswunsch bedient sich also der Übertragung, um auf diesem Wege die infantilen Triebziele in der Gegenwart zu erreichen. Die Übertragung wird daher durch den Genesungswunsch mobilisiert, und ersetzt ihn mehr oder weniger im Laufe der Behandlung, was natürlich, je nach den Umständen, für die Dauer und den Erfolg der Kur wichtig ist. Bei dieser Patientin scheiterte die Behandlung, weil der Genesungswunsch vollkommen von der Übertragung abgelöst wurde.

Es ist daher verständlich, daß die Behandlung auf unüberwindbare Schwierigkeiten in denjenigen Fällen stößt, wo der Gesundheitswille entweder von vornherein ganz fehlt oder wo eine Verbindung zwischen dem bewußten Genesungswunsche und den unbewußten Strebungen nicht hergestellt werden kann, schließlich überall dort, wo der Gesundheitswille durch die Übertragung — bei sehr passiven Naturen — vollkommen ersetzt wird. Zwei Fälle mögen dies veranschaulichen: 1. Als es sich bei einem Homosexuellen herausstellte, daß er von der Behandlung die Rückkehr seines verlorenen Geliebten erwartete, brach er die Kur ab. 2. Ein anderer Patient, der von seiner Frau mißhandelt, gequält, erniedrigt wurde, sich aber von ihr nicht trennen konnte, wollte von der Behandlung, der er sich gefügig unterwarf, dazu gebracht werden, daß er sich endlich zu einer Scheidung entschlief. Als es sich jedoch zeigte, daß er in sehr hohem Grade passiv war und schwere Schlage- und Fesselungsphantasien hatte, blieb er aus. Unbewußt wollte er gar nicht von seiner Frau loskommen. In die Analyse wurde er von seiner Geliebten, bei der er impotent war, getrieben. Bewußt wollte er normal werden, unbewußt masochistisch bleiben.

Daß der Gesundheitswille allein, wenn er vorhanden ist, auch ohne Übertragung zur Genesung führen kann, beweisen nicht nur manche Spontanheilungen von Schizophrenie, Melancholie usw., sondern vor allem diejenigen Neurotiker, die überhaupt ohne ärztliche Hilfe gesund werden. Da diese, sowie andere nicht psychisch behandelten Fälle unserer Beobachtung schwer zugänglich sind, sind wir kaum imstande, uns irgendwelche Vorstellungen über ihre Genesungsmotive zu machen.

Die aktuellen Genesungsmotive treten am klarsten bei Spontanheilung der Schizophrenie hervor, und zwar in den Fällen von ängstlicher Hypochondrie. Dieselbe beruht auf einer Libidostauung an den Organen, die, wie nicht anders zu erwarten, eine Störung des Selbstgefühls verursacht. Die damit einhergehende Unlust löst ein aktuelles Streben nach Beseitigung dieser Störung aus, welches nicht nur in den bereits besprochenen unbewußten Strebungen nach „Genesung“ mündet, sondern sogar von ihnen bald vollständig abgelöst wird. In der Regression aber kommt diese einer narzißtischen Tendenz nach Wiederherstellung des ungetrübten infantilen Ideal-Ichs gleich. Manche Patienten benehmen sich auch so, als ob sie diese Tendenz verwirklichen wollten, andere sagen es direkt heraus, daß sie ihr Ichideal, das ihnen verlorengegangen zu sein scheint, wiedergewinnen wollen.

Ein ähnliches Verhalten können wir bei Depersonalisationszuständen beobachten. Eine Patientin leidet seit mehreren Jahren an verschiedenen Zwangsgedanken, Phobien und konversionshysterischen Symptomen. Deswegen wäre sie jedoch nicht in Behandlung gekommen, wenn sie nicht überdies unter einem anderen Symptom viel zu leiden hätte. Dieses Symptom besteht u. a. in folgendem: Wenn sie in Gesellschaft kommt, verfolgt sie der Zwangsgedanke, ihren Nachbarn aufzufordern, sich nackt auszuziehen. Sie beherrscht sich jedoch immer, dafür scheint es ihr aber, als ob sie sich plötzlich verändert hätte, ihre Stimme klingt ihr wie aus der Ferne entgegen, fremd, ihre Gedanken und ihr Körper erscheinen ihr ebenfalls fremd. Dies sei ein schreckliches Gefühl und sie bittet mich, sie vor allem von diesem Symptome zu befreien.

Solange sie sich zu erinnern vermag, hatte ihr ihre schlecht verdrängte Schau- und Zeigelust viel zu schaffen gegeben. Obwohl man es ihr frühzeitig streng verboten hatte, verstand sie es jedoch immer, ihren Trieb in irgendeiner Form durchzusetzen. Es ist daher klar, daß er gerade in Gesellschaft am mächtigsten wurde. Früher entzog sie sich diesen Zwangsvorstellungen durch hysterische Ohnmachtsanfälle, jetzt trachtet sie sich zwar bewußt zu beherrschen, bekommt aber dafür Fremdheitsgefühle, die sie eben zum Arzte führten.

Es ist also das gestörte Selbstgefühl, welches das Bestreben, sich davon zu befreien, auslöst, mit anderen Worten den Genesungswunsch aktiviert. Ähnlich verhält es sich in der schizophrenen Hypochondrie, mit dem Unterschiede jedoch, daß bei dieser die Störung des Selbstgefühls durch Libidostauung an den Organen verursacht wird, während sie in der Depersonalisation die Folge einer momentanen Zurückziehung der gesteigerten Libido ist, welche von einer Unterbrechung der Wahrnehmungsleitung zwischen dem Ichideal und den Gefühlen und Empfindungen des Ichs begleitet wird.<sup>1</sup> Das Gemeinsame beider Fälle ist aber, daß die Störung des Selbstgefühls zur Ursache des Genesungswunsches wird.

Auf andere, aber ähnliche Störungen des Ichgefühls stoßen wir bei den anderen Neurosen, am auffälligsten vielleicht bei der Impotenz. Es gibt Menschen, die niemals potent waren, und es auch nicht wußten, da sie es nie erprobt hatten. Erst wenn sie gezwungen sind zu koitieren, werden sie sich ihrer Impotenz bewußt. Diese Erkenntnis geht mit einer ungeheuren Erschütterung des Selbstgefühls einher, meistens durch Anregung des bisher latenten Kastrationskomplexes. Sie rennen dann verzweifelt und hilfeschend zum Arzte, durch welchen sie jedoch, wie bereits erwähnt, nicht eine durchschnittliche Potenz zu erreichen hoffen, sondern eine Überpotenz und Wiederherstellung einer infantilen Situation.

Ähnliches gilt von der Hysterie und der Zwangsneurose. So sahen wir, daß die frigide Frau aus moralischen Skrupeln eine Veränderung ihres Zustandes anstrebte, das zwangsneurotische Mädchen aus der in der Aktualität enttäuschten Allmacht, die anderen Patienten direkt aus Unlust, veranlaßt durch das Versagen der Objektlibido, der infantilen Wünsche und Strebungen. Allen diesen Fällen war gemeinsam, daß das Streben nach Beseitigung des gestörten Selbstgefühls, den Wunsch nach Wiederherstellung einer infantilen Situation (des ungetrübten Ideal-Ichs) erweckte.

Über das Selbstgefühl sagt Freud<sup>2</sup> zusammenfassend: „Ein Anteil des Selbstgefühls ist primär, der Rest des kindlichen Narzißmus, ein anderer stammt aus der durch Erfahrung bestätigten Allmacht (der Erfüllung des Ichideals), ein dritter aus der Befriedigung der Objektlibido.“ Das verletzte Ichideal regt also den Genesungswunsch an, der aber in einem infantilen Idealzustande seine Erfüllung sucht. Mit anderen Worten, das Ichideal gibt den Anstoß zur Bildung des Genesungswunsches (und des Gesundheitswillens), die Energie dazu wird jedoch aus dem Reservoir des unbewußten Trieb- lebens geschöpft.

1) Vgl. meine Arbeit „Über Depersonalisationszustände im Lichte der Libidotheorie“. Diese Zeitschrift. Bd. X. 1924.

2) Zur Einführung des Narzißmus. (Ges. Schriften, Bd. VI, S. 185.)

Damit wäre auch zum Teil verständlich, warum die Kur keine Fortschritte macht, solange sich der Patient gut fühlt. Erst wenn durch ein Vertiefen der Analyse und Versagen der Übertragung das Selbstgefühl neuerdings erschüttert wird (was der ersten aktuellen Störung gleichkommt), macht die Behandlung wieder Fortschritte.

Der Genesungswunsch stellt sich nicht ein, wenn in den Symptomen die aktuelle Unlust durch Erreichung entsprechend großer primärer Lust („primärer Krankheitsgewinn“) entweder vollkommen ausgeglichen wird, wie z. B. in Fällen von Masochismus, oder überkompensiert wird, wie z. B. im Größenwahn der Paranoia. In allen diesen Fällen wird die Behandlung, wenn nicht vereitelt, so doch sehr erschwert. Gegen seinen Willen ist daher der Kranke überhaupt nicht zu behandeln.

Wenn der Gesundheitswille sich in den Dienst von Regressionstendenzen stellt, so sollte man erwarten, daß der Patient dadurch eigentlich noch tiefer in die Krankheit hineingerät. Tatsache jedoch ist, daß die Patienten, eben von diesem Gesundheitswillen zum Arzte getrieben, häufig Heilung finden. Wie ist dieser Widerspruch zu verstehen? An dieser Stelle muß ich wieder die Schizophrenie heranziehen. Die Remissionen der Schizophrenen gehen manchmal so weit, daß sie praktisch als geheilt gelten. Der Heilungsprozeß verläuft, wie mir scheint, typisch.

In dem von mir veröffentlichten Falle,<sup>1</sup> in welchem eine Art Übertragung zustandekam, spielte sich dieser Prozeß in der Weise ab, daß der Patient bis in den Mutterleib regredierte, symbolisch eine Wiedergeburt durchmachte, die Libido- und Ichentwicklung nochmals abgekürzt durchlief und an einem bestimmten Punkte dieser „Wiederentwicklung“ stehen blieb. Jetzt ereignete sich etwas Merkwürdiges. Bis dahin stand der Kranke unter der Herrschaft einer Wahnidee, daß ich ihn „suggeriere“ und „hypnotisiere“, ihn verfolge und ihm alles Böse antun möchte. Nachdem er den kurz skizzierten „Wiederentwicklungsprozeß“ durchgemacht und sich mit dem Vater versöhnt hatte, identifizierte er mich mit ihm, und, um die Genesung beschleunigen zu lassen, verlangte er von mir hypnotisiert zu werden. Der frühere Verfolger wurde jetzt zum helfenden Vater und heilenden Arzte. Die überschüssige homosexuelle Libido, die, früher eingezogen und mit einem negativen Vorzeichen versehen, projiziert werden mußte, wurde jetzt, mit einem positiven Vorzeichen ausgestattet, zum Träger des Gesundheitswillens.

Es fragt sich nur, welcher Mechanismus dieser Umkehrung zugrunde liegt. Wie ich an der angeführten Stelle zu zeigen versuchte, hat sich

1) „Über den Libidokonflikt eines Falles von Schizophrenie“, diese Zschr. Bd. VII.



jetzt das Ichideal des Patienten verändert. Nachdem er an einem gewissen Punkte seiner Wiederentwicklung stehen geblieben war, verzichtete er auf ein Stück seines infantilen narzißtischen Ichideals mit dessen Allmacht und Magie, die er jetzt seinem Vater überließ. Deshalb wollte er mich als Hypnotiseur. Der Fortschritt äußerte sich in dem Bestreben, die sich außerhalb des Ichs befindlichen Kräfte anzuerkennen und sich an die Objektwelt anzupassen. Erst eine Veränderung des Ichideals, ähnlich wie sie R a n k<sup>1</sup> bei Neurotikern fand, ermöglichte eine Umkehrung der Richtung der Libido, als dessen Folge die Anpassung an die Außenwelt und die Korrektur der infantilen Strebungen und Wünsche zu betrachten ist.<sup>2</sup>

Obwohl an dieser Verwandlung eines schweren und typischen Krankheitssymptoms in ein anderes, die Genesung unterstützendes und in Heilung ausklingendes „Symptom“ noch manches aufzuklären wäre, scheint mir jedoch von besonderer Wichtigkeit die Tatsache, daß dieselbe libidinöse Kraft einmal zur Krankheit führen, das andere Mal, wenn am Ich Veränderungen eingetreten sind, zur treibenden Kraft des Genesungswunsches werden kann. Es hat demnach den Anschein, als ob die Krankheit selbst einen Keim zur Genesung in sich tragen würde, ähnlich wie bei manchen organischen Krankheiten Toxine Antitoxine erzeugen.

Bei Neurotikern sind diese Verhältnisse nicht immer so durchsichtig wie in diesem Falle von Schizophrenie, aber oft ziemlich klar und im Prinzip die gleichen. Hier näher auf dieses sehr verwickelte Problem einzugehen, würde zu weit führen, deshalb möchte ich nur das bisher Gesagte kurz zusammenfassen: Die mit der aktuellen Störung des Ichs einhergehende Unlust erzeugt einen Wunsch nach Beseitigung dieser Störung, löst den Gesundheitswillen aus. Dieser wiederum mobilisiert eine Tendenz zur Wiederherstellung einer lustvollen infantilen Situation, welche sich mit der primären Krankheitsabsicht deckt. Die Zielvorstellung des Gesundheitsens entspricht daher den Motiven der Krankheit. Wenn beide Strebungen sich so zusammengefunden haben, ergeben sie die Triebkraft zur Behandlung. Hier erst setzt die psychoanalytische Kur ein, welche die bewußte Tendenz, gesund zu werden, zu erfüllen scheint, und die unbewußte Tendenz, eine infantile Libidoposition wiederherzustellen, in der Übertragung tatsächlich erfüllt. So scheint sie beiden Bedingungen zu entsprechen und deshalb ersetzt die Übertragung in einem gewissen Abschnitte

1) „Zum Verständnis der Libidoentwicklung im Heilungsvorgang“. l. c.

2) Der hier geschilderte Heilungsvorgang ist nicht mit dem von F r e u d beschriebenen „Heilungsversuch“ zu verwechseln!

der Kur den Genesungswunsch. Die Behandlung jedoch bringt es mit sich, daß dieser Wunsch der Reihe nach von seinen unbewußten Beimischungen befreit wird.

Die Versuchung, den Genesungswunsch und die Übertragung zusammenzuwerfen, wäre daher naheliegend, aber verfehlt. Obwohl beide im Laufe der Behandlung verschmelzen oder aber der Genesungswunsch sogar von der Übertragung gänzlich abgelöst wird, sind sie am Anfang und am Ende der Kur genau gegeneinander abgegrenzt. Der Genesungswunsch, der, wie jedes andere Symptom, psychoanalytisch zu beurteilen ist,<sup>1</sup> gibt den Anstoß zur Behandlung, die Übertragung ist bloß das Hilfsmittel, dessen sich der Patient bedient, um im günstigen Falle dem bewußten Genesungswunsche zum Siege zu verhelfen. In dem Sinne, glaube ich auch, ist die Antwort zu verstehen, welche sich Freud auf die Frage, „mit welchen Triebkräften wir denn in der Therapie arbeiten?“, erteilt, und zwar daß wir es vor allem zu tun haben „mit dem Streben des Patienten, gesund zu werden, das ihn bewogen hat, sich in die gemeinschaftliche Arbeit mit uns zu fügen“.<sup>2</sup>

Dem Wesen nach widerspricht also der Genesungswunsch der Heilung im Sinne einer Anpassung an die Realität, denn er sucht die Wiederherstellung einer infantilen Libidoposition, um das narzißtische Ideal-Ich ungetrübt wieder aufzurichten. Er ist jedoch für den Erfolg der Kur unentbehrlich, denn er ist verankert im Unbewußten, in denjenigen Triebregungen, die seinerzeit, schlecht verdrängt, zur Krankheit führten, jetzt aber, von dort aus psychoanalytisch geleitet, zur Genesung führen. Wie die Krankheit als Folge gestörten Libidoablaufes ausgebrochen war, so führt jetzt dieselbe Libido auf dem Umwege einer kunstgerecht gehandhabten Übertragung, nachdem gewisse Veränderungen am Ich eingetreten sind, zur Genesung. Der Psychoanalytiker trägt daher — wie schon so oft hervorgehoben wurde — nichts Neues ins Seelenleben des Kranken hinein, er verwandelt nur mit seinem Eingreifen Kräfte, die gleichzeitig mit dem Ausbruche der Krankheit auftreten.

Damit ist aber gesagt, daß die Psychoanalyse die einzige adäquate Behandlungsmethode psychogener Erkrankungen ist, sie kommt dem Kranken in seinem Heilungsbestreben entgegen, sie nützt nur natürliche Heilungskräfte aus. Das fühlen auch die Patienten am besten, denn, wie ich bereits

1) Übrigens fordern Ferenczi und Rank in ihrer Schrift „Entwicklungsziele der Psychoanalyse“ (Neue Arb. z. ärztl. PsA., Bd. 1) ebenfalls die Analyse dieses Wunsches.

2) Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. (Ges. Schriften, Bd. VII, S. 454.) Von mir unterstrichen.

eingangs erwähnte, welcher Neurotiker erzählt nicht gerne von seinem Leiden, vertieft sich nicht in seine Vergangenheit, sucht nicht die vermeintlichen Ursachen seiner Krankheit usw.? Es ist mir vorgekommen, daß Patienten, die keine Ahnung von der Psychoanalyse hatten, ihre Krankheit gleich in den ersten Stunden auf irgendein Erlebnis aus der ersten Kindheit zurückführten, was sich später als richtig erwies. Jetzt behandle ich noch einen Mann, dessen Krankheit mit einer widerlichen Erinnerung an die Mutter begann und sich daran anschließend so entwickelte, daß er in zwanghafter Weise unter Angst und Grauen von Erinnerungen an die erste Kindheit verfolgt wurde. Den Beginn seiner Erkrankung nannte er „Autoanalyse“. Im Laufe der Behandlung versagten jedoch eine Zeit lang die Erinnerungen immer mehr. Wenn auch in anderen Fällen die Widerstände in der Kur wachsen, so liegt dies im Wesen der Behandlungsmethode. Auf die Schwierigkeiten der Behandlung hier näher einzugehen, liegt jedoch nicht in den Absichten dieses Aufsatzes.

*Eingegangen im Oktober 1924.*

## Äquivalente der Trauer

Vortrag auf der 1. Deutschen Zusammenkunft für Psychoanalyse in Würzburg, Oktober 1924

Von Dr. Karl Landauer (Frankfurt a. M.)

Im Jahre 1895 hat Freud einen Aufsatz veröffentlicht,<sup>1</sup> in dem er, der auf psychogene Erklärungen nervöser Zustände und Erscheinungen wie kein zweiter eingestellt war, auf eine Reihe Phänomene hinweist, welche somatisch erklärbar seien als Äquivalente der Angst, körperliche Parallelvorgänge des seelischen Affektes. Er zeigte, daß in vielen Krankheitsfällen eine oder gehäufte der beschriebenen Ausdruckserscheinungen auftreten können, ohne daß der seelische Parallelvorgang im Bewußtsein wäre, daß aber die Kenntnis des psycho-somatischen Zusammenhanges die Auffindung des unbewußten Affektes ermöglicht, dessen Abfuhr dann der Heilung des Leidens den Weg ebnet. Kaum eine Anregung des Wiener Meisters hat praktisch und theoretisch gleich großes Aufsehen erregt. Eine Fülle von Arbeiten — auch außerhalb der psychoanalytischen Schule — hat kasuistische Bestätigungen und Nachträge gebracht. Ihren vorläufigen Abschluß fanden sie in der bekannten Monographie Stekels,<sup>2</sup> die ein wahres Lexikon der Ausdruckssprache des Angstaffektes darstellt.

In anderer Beziehung aber fiel Freuds Anregung völlig unter den Tisch: bisher wurden meines Wissens nie analog die Äußerungen anderer Affekte untersucht, obwohl auch bei ihnen die seelischen Vorgänge unbewußt bleiben und ihre körperlichen Ausdrucksphänomene, vom Kranken unverstanden, in Erscheinung treten können. Der Hauptgrund hiefür ist wohl, daß solche Symptome, deren Quelle dem Patienten unbewußt, dem Arzte unbekannt ist, meistens sekundär überdeterminiert, rationalisiert werden, und Arzt und Patient sich leicht damit begnügen, diese später, eventuell durch Regression, geschaffenen Zusammenhänge zu enträtseln, ohne daß übrigens die Phänomene dadurch schwinden müßten. Auf ein-

---

1) „Über die Berechtigung, von der Neurasthenie einen bestimmten Symptomenkomplex als ‚Angstneurose‘ abzutrennen.“ Kleine Schriften zur Neurosenlehre, I. Folge. (Ges. Schriften, Bd. I.)

2) „Nervöse Angstzustände und ihre Behandlung.“

mal berichtet dann der Kranke im Weiterverlauf der Analyse, er habe bestimmte Erscheinungen verloren. Sie sind sozusagen verdorrt, da es inzwischen gelang, auf anderem Wege, oft großen Umwegen, die Ursache der Affekte, deren somatischer Parallelvorgang die Symptome waren, zu finden, sie zu erledigen und so den Symptomen — ohne es zu wissen — das Wasser abzugraben.

Ich glaube, wir können die Leidenszeit unserer Kranken oft beträchtlich abkürzen und für Arzt und Patienten den Heilungsvorgang überzeugender gestalten, wenn wir bei Ausdrücken der Affekte den analogen Weg, wie wir ihn längst bei der Angst benützen, einschlagen: aus dem Vorhandensein von Affektäquivalenten auf einen, eventuell unbewußten, Affekt schließen. Dazu ist aber eine exakte Ausdruckspsychologie nötig.

Den ersten Weg wies mir die Analyse eines schweren Falles von Asthma: Ich wußte die Patientin in der Familie der zwangsneurotischen Schwester häufigen Reibereien ausgesetzt, deren Folgen stets Krankheitsattacken waren. Eine Zeit lang war das Befinden sehr gut gewesen; die Schwester war verweist.<sup>1</sup> Sie ist eines Mittags zurückgekehrt, und am selben Nachmittag kam die Kranke trotz schönen Wetters heiser mit starkem Schnupfen und Giemen in die Analyse. Das sei wieder einmal angefliegen gekommen; dabei habe sie sich nicht erkältet. Die Frage drängte sich auf: „Was hat Sie schon wieder verschnupft?“ Lachen der Patientin. Jetzt sei ihr auf einmal klar, was dieser Ausdruck bedeute.<sup>2</sup> Ihre Schwester habe sie tatsächlich durch eine taktlose Bemerkung verstimmt und sie habe nur mit Mühe die Tränen unterdrückt. Gleich darauf sei sie so heiser gewesen, daß sie kaum ein Wort hervorbrachte. Auch habe sofort das Giemen eingesetzt. Während des mit großer Leidenschaft vorgebrachten Berichtes klärt sich unter Aushusten des Ärgers die Stimme völlig, das Giemen sistiert, die Konjunktiven sind nicht mehr gerötet, die Nase hat aufgehört zu sezernieren. Wir stehen vor der typisch kathartischen „Heilung“ eines Krankheitssyndroms. Dieser Vorfall lenkte meine Aufmerksamkeit auf die im Asthma verborgene Trauer, während ich bisher in

1) Es genügt, wie man sieht, häufig beim Asthma eine Klimaveränderung der Umgebung, wenn die des Kranken untunlich ist.

2) Gewöhnlich wird für die Verstimmung bei „Erkältungen“ der umgekehrte rationale Kausalnexus hergestellt: das Krankheitsgefühl soll die Verstimmung hervorrufen. Warum die geringfügige Schädigung eines Schnupfens die starke Gefühlsreaktion erzeugt, bleibt so ungeklärt, da doch ganz schwere konsumierende Erkrankungen, wie beginnender Krebs, das Allgemeingefühl nicht tangieren müssen oder, wie Lungentuberkulose, sogar eine Euphorie bewirken können. Derselbe Glaube wie beim Schnupfen besteht noch beim verdorbenen Magen und bei Lebererkrankung.

ihm unter dem Einfluß Marcinowskis<sup>1</sup> (ich betone: mit Recht) nur den Ausdruck der Angst gesehen hatte: Ich war neben der Phobie auf eine Depression gestoßen, deren beider Erledigungen nunmehr anzugehen waren.

Eine Bestätigung dieser Auffassung brachte kurz darauf ein anderer Fall einer Asthmakranken, deren Anfälle — wie so oft — mit Tränenträufeln eingeleitet wurden. Ein trauriger Affekt war nicht im Bewußtsein, während der ängstliche — wie fast immer beim Asthma — bewußt, seine Ursache verdrängt war. Auch hier brachte die Verfolgung der Angst allein keine Besserung der Krankheitserscheinungen, ja sogar eine sehr unangenehme Verschlimmerung. Auf die Bemerkung hin, daß Tränen in der Regel ein Ausdruck von Trauer seien, erschien eine Szene aus dem dritten bis vierten Lebensjahr, in der Patientin sich gegen den älteren zurzeit kranken Bruder zurückgesetzt fühlte, sich gänzlich verlassen glaubte und so jämmerlich weinte, daß sie schließlich vor Schluchzen kaum mehr Luft bekam. Die Analyse dieser Situation mit den in ihr enthaltenen Todes- und Liebeswünschen brachte eine schlagartige Besserung zuwege, nachdem noch kurze Zeit zuvor die Kranke giemend, hustend und stöhnend nach Atem gerungen hatte. Das Tränenträufeln und der Polykatarrh der Konjunktiven und der Luftwege schwanden mit der Trauer und mit ihr auch die Äußerung der Angsthysterie. Patientin wurde symptomfrei. —

Ausgehend von meiner Kasuistik, fasse ich die Ausdruckserscheinungen der Trauer in klinische Bilder zusammen. Bei ihnen sind nicht alle Symptome gleichwertig. Nur ein Teil ist direkte Ausdrucksweise des Affektes. Ein anderer dagegen ist durch somatisch-kausalen Zusammenhang aus den primären Erscheinungen entstanden. Innerhalb der psychischen Kette treten physiologische Kurzschlüsse auf, d. h. hier fehlen psychologische Zusammenhänge. Aber selbst diese Phänomene können wieder sekundär psychisch determiniert werden und bilden dann oft die besten Ausdrucksmöglichkeiten und somit Verankerungen der unbewußten regressiven Wünsche.

Warum im Einzelfalle gerade die betreffenden Organe und Organsysteme befallen sind, entzieht sich meist unserer Erkenntnis. Wohl gelingt es zuweilen, die psychische Persönlichkeit dafür anzuschuldigen. Meist aber wird das „körperliche Entgegenkommen“ — wie Freud die Summe ererbter und erworbener Insuffizienzen nennt — die Ursache sein, d. h. die Ergründung liegt außerhalb der Möglichkeit des Psychoanalytikers.

1) „Die Heilung eines schweren Falles von Asthma durch PsA.“ *Jahrb. f. Psychoanalyse*, Bd. V, 1913.

1) Das Weinen. Bei starkem Weinen beobachtet man neben dem Tränenfluß eine Rötung der Augen, Lidschwellung, sowie starke Absonderung dünnflüssigen Schleimes aus der Nase. Die Stimme wird heiser. Es tritt Rachen- und Kehlkopfhusten auf, nach einiger Zeit zäher Tracheal- und Bronchialauswurf: Also ein Katarrh der oberen Luftwege. Das Gesicht ist gerötet. Fibrilläre Zuckungen um die Mundwinkel und Nase sind von komplexen Aktionen ganzer Muskel und Muskelgruppen im Bereiche des siebenten, zehnten, elften und zwölften Gehirnnerven, später von krampfhaften Zusammenziehungen des Zwerchfelles und mächtiger Inanspruchnahme der auxiliären Atemmuskulatur gefolgt, wobei dann Zeichen des Lufthungers<sup>1</sup> und der Angst auftreten können. Seinen Höhepunkt erreicht diese Erscheinung oft in dem sogenannten „Atemhalten“ der Kinder, einem traumatischen Ereignis ersten Ranges. Grobschlägiger, unregelmäßiger Tremor der Hände kann auf die übrigen Gliedmaßen übergreifen und zu Jaktationen des gesamten Körpers führen. Schwäche in Armen und Beinen, manchmal bis zum Einknicken der Knie, tritt auf. Sensible Reizerscheinungen im Sinne des Ameisenlaufens und oft schmerzhaft tonische Krampfzustände, besonders in Waden, Großzehen- und Daumenballen, werden beobachtet. Es liegt das klinische Bild der Tetanieähnlichkeit, des Kalkmangels im Blute, vor.<sup>2</sup>

Sowohl einzelne wie gehäufte Symptome dieser Gruppe begegnen uns oft als neurotische Phänomene, am vollständigsten beim Asthma. Besonders häufig sind die Erscheinungen, die gleichzeitig Ausdruck der Angst sein können, da sie der Entäußerung von zwei so wichtigen Affekten dienen. Mehrere können auch der Abfuhr der Wut die Bahn öffnen. Auch sie sind oft Gegenstand unserer Bemühungen.<sup>3</sup>

1) Meist inspiratorische Dyspnoe, während bei reiner Angst die expiratorische vorherrscht.

2) Nähere klinische und experimentelle Daten in meiner Arbeit „Das Tetanoid“ Arch. f. Neur. u. Psych., 20.

3) Katarrh der männlichen Harnröhre. (Bei Frauen fehlen mir einschlägige Beobachtungen.) Bei einem Kranken, der mich wegen Masochismus und Zwangsonanie aufgesucht hatte, war die Analyse bis zu dem Punkte gediehen, daß ich auf Grund einer kräftigen positiven Übertragung Enthaltensamkeit nahelegen konnte. Nach wenigen Tagen stellte sich eine Depression und etwa drei Wochen nach Beginn der Onanieabstinenz ein schleimiger Ausfluß aus der Harnröhre, Rötung um die Öffnung derselben und starker Juckreiz ein. Durch mechanische Reizung konnte die Urethritis nicht bedingt sein, da sie erst längere Zeit nach Aufhören der stark betriebenen Onanie und ohne nächtliche Pollutionen, welche man auf unbewußte onanistische Akte hätte zurückführen können, in Erscheinung trat. Gonorrhöe war ausgeschlossen, da Patient bis dahin nie Geschlechtsverkehr gehabt hatte (zu aller Vorsicht wurde dies von einem Hautarzt mikroskopisch bestätigt). Klar ist, daß es sich um einen Ejakulationsersatz handelte, der durch seinen Juckreiz der nur mühevoll unterdrückten Onanie zum Durchbruch verhelfen sollte. Einen Wegweiser, warum gerade dieses Surrogat vom Unbewußten des Patienten gewählt worden war,

II) Der Speichelfluß. Bei trauriger Verstimmung tritt oft eine starke Absonderung dünnflüssigen, manchmal fade, manchmal bitterlich schmeckenden Speichels auf, der verschluckt wird. Als Determinierung dieses Phänomens finden sich Assoziationen zu Wasser und Milch, die in der Kindheit mit großer Lust im Munde herumgespielt und geschluckt wurden. Als tiefere Begründung kann man die orale Wiedereinverleibung einer eigenen Körperausscheidung im Sinne Abrahams Erklärung, melancholischer Psychismen aufzeigen. Bei den häufigen Schluckbewegungen die reflektorisch, nicht psychisch bei Herabsinken schon geringer Flüssigkeitsmengen auf den Kehldeckel ausgelöst werden, werden auch ganz beträchtliche Luftmassen einverleibt. Dies ist dann die Ursache des äußerst wichtigen Syndroms des Luftschluckens. Hier liegt ein Schulfall dessen vor, was ich somatischen Kurzschluß nenne, denn aus dem körperlichen Anlaß des Reflexschluckaktes folgen somatisch eine Reihe Erscheinungen, die dann psychisch determiniert und miteinander und mit dem Anlaß zu einer scheinbar einheitlichen werden. Zunächst das Völlegefühl im Leib, das zu Schwangerschaftsphantasien führt; das Aufstoßen, bei dem auch Speiseteile hervorgebracht werden können und das mit Graviditäts-erbrechen in Zusammenhang gebracht werden kann; die Koliken, die an Wehen erinnern und den Weg bahnen zu analen Erlebnissen der Kindheit: Klistieren, Geburtsphantasien, „Infektionen“ durch den Mund usw.; Flatulenz mit der nicht seltenen Folge des Aufriechns der Winde, ein Vorgang, der mir einmal als Deckerinnerung der von Abraham beschriebenen Wiedereinverleibung des Kotes durch den Mund begegnete.<sup>1</sup> Man sieht, körperliche Kausalreihe und seelische Vorgänge verfilzen sich

bot die Beobachtung, daß akuter Tripper und Rezidive des chronischen sehr häufig von Depressionen begleitet sind. Gemeinhin wird die Verstimmung aus der Trauer über das Mißgeschick und die Schuld der Infektion erklärt. Jedoch wäre es auch möglich, daß statt des verständlichen Zusammenhanges ein psychosomatischer Parallelvorgang bestünde, daß die Sekretion der Urethra Ausdruck des depressiven Affektes wäre. Es könnte sich bei diesen Menschen um Zyklische handeln, die sich die Infektion in der manischen Phase zugezogen und bei denen die Sekretionserhöhung der depressiven Phase die Wucherung der Bakterien auslöst. Ähnliches kennen wir, wenigstens in Bezug auf Infektionsursache und Zeit des Primäraffektes, bei vielen Syphilitikern. Ich legte dem Patienten unter Hinweis auf den bestehenden traurigen Affekt diese Möglichkeit nahe, betonte jedoch: Möglichkeit, durchaus nicht Gewißheit. Noch in der nämlichen Analysenstunde, die uns dann einen Fortschritt in der Bearbeitung der Trauer brachte, hörte das Jucken auf und anderen Tages waren sämtliche Erscheinungen der Urethritis verschwunden, um nicht wiederzukehren. Ich bin mir des Hypothetischen meiner Bemerkung wohl bewußt, möchte jedoch die Anregung zur Prüfung dieser Frage geben.

1) Ein anderes Mal traf ich auf das Verschlucken des beim Weinen gebildeten Nasenschleimes, der durch die Choanen angesaugt wurde, als den Repräsentanten desselben Psychismus.



zu einem unentwirrbaren Chaos. Wie schwer es gelingt, dieses zu durchbrechen, weiß jeder Analytiker. Einleuchtend erscheint es, daß die geeignete Stelle hierfür die des psychischen Parallelvorganges des Speichelflusses ist.

III) *Achylie*. Daß Trauer die Absonderung des Magensaftes stört oder ganz unterbricht, ist wiederholt (Ziehen, Berger und andere) experimentell nachgewiesen worden. Auch das klinische Bild, das dann entsteht, ist genau bekannt. Ich hebe nur einige häufigere psychische Determinierungen hervor, die oft zu sehr festen Hilfsankern der larvierten Depressionen werden: das Völlegefühl, die Appetitlosigkeit, die den Abschluß von der Außenwelt erleichtert, das Aufstoßen, die Durchfälle kurz nach der Nahrungsaufnahme („es bleibt gar nichts mehr bei mir“), die die Brücke zur Analerotik schlagen.

An dieser Stelle möchte ich darauf verweisen, daß Beobachtungen über Zusammenhänge zwischen Leber und trauriger Verstimmung gemacht worden sind, wie die Namengebung *Melancholie* beweist. Ich selbst verfüge nicht über eigene Erfahrungen dieser Art. Denn der eine Fall einer häufig deprimierten Patientin, die mich wegen Dämmerzuständen aufsuchte und wiederholt während der Behandlung subikterisch war, auch an „Gallenblasenanfällen“ litt, war in dieser Beziehung völlig undurchsichtig. Einmal nämlich bestanden deutliche Zusammenhänge mit der Wut, — von anderen, weniger auffälligen, psychischen Determinierungen zu schweigen, — andererseits war eine somatische Kausalkette von Narbenkontrakturen infolge Operation eines Magengeschwürs unleugbar.<sup>1</sup>

IV) Die *spastische Obstipation*, welche zu dem vorgehenden Syndrom in Widerspruch zu stehen scheint, alterniert sehr häufig mit ihm, nicht selten in rasch wechselnden Phasen. Auch hier sind die psychischen Verarbeitungen wohlbekannt: das Hervortreten des analerotischen Charakters und die Schwangerschaftsphantasien. Hier kann ich mich ganz kurz fassen, da ich auf die grundlegenden Arbeiten von Freud, Abraham, Jones und anderen verweisen kann.

V) *Pseudo-Parkinson*: Das Gesicht ist starr, ausdruckslos, mimische Bewegungen sind kaum vorhanden, ebensowenig Mitbewegungen, z. B. der Arme beim Gehen. Sind Ausdrucksbewegungen nachweisbar, so ist ihr Einsetzen verspätet, ihr Ablauf verlangsamt. Da sie lange beibehalten werden können, wenn

<sup>1</sup>) Daß *Superazidität* und *Ulcus ventriculi* ihrerseits psychogen sein können (und in diesem Fall waren), hat von klinischer Seite von Bergmann betont. Ihre Erforschung, Heilung und Verhütung durch die Psychoanalyse ist ein aussichtsreiches Problem, das uns in chronischem Zustand oft durch die Tatsache ermöglicht wird, daß auffallend zahlreiche Neurotiker, welche uns aus irgendwelchen Gründen aufsuchen, mit diesen Leiden behaftet sind.

längst ihr Anlaß abgeklungen, so erscheint das Gesicht maskenhaft erstarrt, die Gesten gefroren. Der Körper wird vorgebeugt. Die Arme werden embryonalartig angezogen. Eine einmal aufgenommene Gehrichtung wird automatisch beibehalten, bis ein Hindernis hemmt. Es besteht Hypotonie, welche myoklonische Zuckungen, namentlich abends vor dem Schlafengehen oder kurz nach dem Einschlafen, erscheinen läßt. Daraus erwächst eine Einschlafstörung mit Beschäftigungsangst<sup>1</sup> und Emporschrecken aus dem Schlaf. Man sieht: ein Teil dieser Symptome deckt sich mit solchen unter I. beschriebenen, ein Teil steht in direktem Gegensatz zu anderen dort aufgezeigten. Wir stoßen also auf das Analogon des widerspruchsvollen Verhaltens der spastischen Obstipation und der achylischen Durchfälle auf der einheitlichen Basis der Trauer. Auch der jetzige Gegensatz dürfte seine Erklärung darin finden, daß die Hypermotilität sekundär ist und der Beseitigung der Ausscheidungsprodukte des Polykatarrhs dient. Vielleicht ist aber auch manches an dem Syndrom des Pseudo-Parkinson oder das ganze erst Folge des unter VII. zusammengefaßten Bildes.

Die Auslösungsmöglichkeit zweier widersprechender Symptome auf Grund ein und derselben psychischen Reaktion — in unserem Falle der Trauer — ermöglicht oft das psychische Phänomen der *Überkompensierung*: der seelische Vorgang findet eine körperliche Bahnung vor.

VI) Schmerzen: Im Volksmund ist der Ausdruck Herzeleid für Trauer gebräuchlich. Auch spricht man davon, daß einem das Herz wehtut, wund sei, brenne. Gewöhnlich wird dementsprechend der Schmerz als Druck, Wundgefühl, Brennen, manchmal auch als Krampfen, Zusammenpressung in der Herzgegend beschrieben. Mögen oft auch nur geringe Sensationen bestehen, so kommen doch bisweilen heftige Qualen vor. Sie können dann den Ausgangspunkt oft bedenklicher, hypochondrischer Verarbeitung bilden. Häufig wird auch über Druck auf der Brust geklagt: Man bekommt zu hören: „Der Kummer liegt zentnerschwer auf der Brust, drückt mich zusammen, nieder.“ All diese Herz- und Brustbeschwerden gehen lückenlos in die Präkordialangst über. Die Trennung von Trauer- und Angstäußerung — etwa entsprechend der Einteilung Baudouins *angoisse* und *anxiété* — hat hier etwas Gekünsteltes. Vielmehr kann ein Phänomen Ausdruck einmal des einen, das andere Mal des anderen Affektes sein und ist es in den pathologischen Fällen wohl stets von beiden gleichzeitig.

Nicht selten trifft man auch Schmerz in der Magengegend von schneidender oder stechender Qualität, also anders geartet, als er dem Syndrom der Achylie entspräche; deren Schmerzäußerung ist natürlich sekundär,

1) Konflikt der Tendenz der Abkehr von der Außenwelt und der masochistisch onanistischen Zuwendung zum eigenen Körper, in den die Außenwelt introjiziert ist.

wie die Sensationen des Ameisenlaufens, die bleierne Gliederschwere und die Koliken.

VII) Die Assoziationshemmung: Hier könnte man ebenso wie bei Pseudo-Parkinson, den Schmerzen, der Adynamie der Gliedmaßen und der Müdigkeit vielleicht von einer sekundären Folge der die Trauer darstellenden Abkehr von der Außenwelt sprechen und die primäre Existenz der Störungen als Begleiterscheinungen des Affektes leugnen. Ich führe sie trotzdem an, da sie ab und zu die einzige greifbare Äußerung einer unbewußten traurigen Verstimmung ist. Wenn man die Möglichkeit übersieht, verfällt man leicht in den Fehler, an dem schleppenden, scheinbar affektlosen Sprechen und den mangelnden Einfällen des Kranken vorbeizugehen und beraubt sich, stier auf das Verdrängte schauend, der Möglichkeit, das Verdrängende — nämlich die Trauer — anzugehen. Freud hat uns mit Recht darauf aufmerksam gemacht, daß Zensur und Zensuriertes in gleicher Weise dem Unbewußten angehören. Es ist praktisch nicht gleich, was wir zuerst finden. Ein Gleichnis sei erlaubt: Wenn ich weiß, daß an einen langen, scheinbar glatten Gang irgendwo ein geheimes Gemach mit mir bekannten Schätzen grenzt, so ist mir damit noch recht wenig gedient. Erst der Fund einer Tapetentür ermöglicht mir — allerdings oft erst nach langer Mühe — den Zugang. In unserem Falle schleppender Assoziationen ist das Verdrängende ein unbewußter trauriger Affekt, dessen psychophysische Äußerung, eben die Assoziationshemmung, vom Kranken gar nicht bemerkt oder als krankhafter Zwang empfunden wird.

Damit sind wir wieder an unserem Ausgangspunkt angelangt: den therapeutischen Erwägungen der Praxis. Es mag auf den ersten Blick eigenartig erscheinen, daß, — nachdem die Psychoanalyse in den letzten dreißig Jahren so viele wichtige Probleme aufgeworfen und teilweise gelöst hat, — auf eine Arbeit aus ihrer Kinderzeit zurückgegriffen wird. Dies ist kein Zufall, wie die Tatsache zeigt, daß auch Ferenczi und Rank in ihrer letzten technischen Arbeit auf Berührungspunkte mit der Psychokatharsis hinweisen.

Das hat zunächst einen sozialen Grund: Freuds Material war, als er seine ersten großen Arbeiten schuf, noch dasselbe, wie es jeder Nervenarzt hat; es bestand größtenteils aus akuten Fällen, d. h. Kranken, die sich Jahre, eventuell ihr ganzes bisheriges Leben relativ gesund gefühlt hatten, suchten ihn bei Beschwerden auf, die schon für sie fast datummäßig eingesetzt hatten. Es handelte sich um akute Konflikte von Menschen, die frühere günstig allein erledigt hatten. Bei den erstaunlichen Erfolgen, die Freud mit seiner neuen Methode erzielte, konnte es nicht ausbleiben, daß ihn immer mehr Leute aufsuchten, die schon aus früheren inneren Kämpfen

als Verstümmelte hervorgegangen waren und ein Leben von einem Sanatorium zum anderen, von einem Arzt zum anderen hinter sich hatten. Auch waren es zum großen Teil Personen, die sich ihr Siechtum materiell leisten konnten. Und so ward in den nächsten Jahrzehnten die Psychoanalyse die Domäne der chronisch Kranken und der krankhaften Charaktere. Hier sammelte sie ihre Erfahrungen und Erkenntnisse, die die Wissenschaft so anregten, hier feierte sie die unwahrscheinlichsten Erfolge, von hier aus wird sie immer mehr in das Gebiet der bisher unheilbar geglaubten Krankheiten vordringen.

Aber eben diese Erfolge auf wissenschaftlichem und praktischem Gebiet änderten das Krankheitsmaterial wieder — wenigstens z. T.: — es kommen erneut Aktualkonflikte zum Analytiker. Dazu traten die Veränderungen, die der Krieg in materieller Beziehung in der alten Klientel, dem gebildeten Mittelstand, hervorgerufen, und die Aspirationen der Psychoanalytiker, nicht nur einigen wenigen, sondern der breiten Masse Helfer zu werden, die mit zur Gründung der Polikliniken führten. Dies alles mußte zwingen, die Behandlungsdauer zu kürzen, ohne daß es nötig oder auch nur möglich wäre — wie ich Eitingon beistimme — Konzessionen der Tiefe der Analyse zu machen. Wir dürfen keine der bisherigen Errungenschaften preisgeben. Im Gegenteil.

Ein zweiter Grund kommt hinzu: Jeder Analytiker mußte es mit Bedauern erleben, daß ihm Fälle — und oft gerade die am besten durchgearbeiteten — mißlangen. Woran lag es? Durch die Fülle von Kenntnissen, die sich beim Arzte angesammelt hatten, namentlich in bezug auf die Übersetzung aus der Symbolsprache, war sein Augenmerk oft allzusehr auf derartige Mitteilungen eingestellt. Überhaupt auf die Mitteilungen durch Worte. Verbale Mitteilungen sind aber immer solche von bewußten, zum mindesten momentan bewußten Dingen oder es sind Symbole, bei denen die Assoziationen des Arztes — nicht des Patienten, selbst wenn er von uns die Symbolsprache erlernte — eine Brücke vom Bewußten zu einer neu zu schaffenden bewußten Deckvorstellung bilden. Das Resultat ist eine Pseudobewußtmachung, die Folge oft: eine theoretische Erledigung supponierter Konflikte, während die realen unbewußt und unerledigt bleiben.

Hier kann und muß die andere Mitteilungsmöglichkeit des Kranken, die Mitteilung durch Darstellung, einspringen. Sie hatte ihre Bedeutung bei den Fehlleistungen und ähnlichen Vorkommnissen aus der „Psychopathologie des Alltagslebens“ von je behalten. Sie muß ihre Ergänzung in einer exakten Ausdruckspsychologie finden, zu der Freud in seinen Arbeiten zur Angst den Grundstein gelegt hat. Die Einstellung des Arztes

auf sie erfordert, — wie ich an anderer Stelle ausführlich dargetan habe, — keine Aktivität, sondern im Gegenteil Passivität des Arztes: er muß seine Assoziationen hemmen, namentlich seinen „Symbolisierungszwang“ in die Gewalt bekommen und den Ausdrucksphänomenen des Kranken das Feld überlassen.<sup>1</sup>

Er wird auch in theoretischer Beziehung viel Neues sehen und die Folgerungen, die Freud aus seinen Forschungen über die Äußerungen des Angsteffektes ableitete, ergänzen können. Dieser hatte als Formen, in denen uns die Angst begegnet, folgende aufgestellt: die Realangst, die Angstneurose und die Angsthysterie. Heute, nachdem inzwischen außer der Hysterie auch die Genese anderer psychoneurotischer Störungen weitgehend geklärt wurde, können wir für das Vorkommen der Trauer folgende Erscheinungsweisen aufstellen:

1) Realtrauer: d. h. die adäquate Reaktion des Selbst<sup>2</sup> auf eine Beraubung des Ichs von einem Liebesobjekt. Im vorhergehenden haben wir die somatischen Reaktionserscheinungen ausführlich — wir sind uns dessen bewußt: noch durchaus unvollständig — zu beschreiben gesucht. Die psychischen Leistungen, mit denen es die narzißtische Verwundung auszugleichen trachtet, haben Freud, Abraham und Ferenczi uns weitgehend verständlich gemacht. Auf eine Äußerung Freuds müssen wir besonders hinweisen: Die flottierende narzißtische Libido kann sich an einzelne Organe — eben die, deren Äußerungen beschrieben wurden — fixieren und so diese Organbetätigungen zu libidinösen machen. Dies ist die eine Wurzel der Trauerlust, die auch unter dem Namen Sentimentalität läuft und als Rührseligkeit eine der Hauptlustbefriedigungen darstellt, welche gewisse Volksstücke usw. zu bieten haben. Die andere Ursache der Trauerlust ist die negative, daß — wie bei jedem Affekt — die Behinderung der Abfuhr eine unlustvolle Stauung darstellt, welche geeignet ist, der Realität angepaßte Betätigung zu behindern. Die Trauerarbeit an sich ist also eine der Realität angepaßte Leistung. Die Tatsache des Lustgewinns aus einem traurigen Anlaß muß sie schon allein zur Verdrängung prädisponieren, wie ja auch die Sentimentalität „ästhetisch“ verpönt ist. Aber auch die einzelnen Organlustgewinne können noch durch ihre spezielle Form oder durch die Tatsache, daß das Organ in den Dienst der Libido statt der Ichtriebe tritt, tabuiert werden. Auch kann ihre Stärke und Dauer Anlaß einer Verdrängung werden.

1) „Passive“ Technik. Diese Ztschr. X. 1924.

2) Ich gebrauche den Ausdruck „das Selbst“ synonym für die Gesamtheit des Menschen, also Ich plus Körperlichkeit plus dem Ich gegenüberstehende Psyche, Bewußtes plus Unbewußtes.

II) Die depressive Aktualneurose: Hier handelt es sich um dieselbe adäquate Reaktion, doch sind irgendwelche Teile des Prozesses der Verdrängung anheimgefallen, sei es die Beraubung, sei es das Liebesobjekt, sei es die Reaktion oder auch nur ihr psychischer Anteil. Oft bleibt als einziges im Bewußtsein oder nur objektiv nachweisbar, was gleichzeitig der Entäußerung eines anderen bestehenden Affektes dient, z. B. der Angst, Wut usw. Heilung erfolgt durch Behebung der Verdrängung und nachfolgender Affekterledigung.

III) Die depressive Konversionsneurose: Die Trauer ist die inäquate Reaktion auf einen irgendwie gearteten Reiz. Ein Beispiel aus dem Alltagsleben: Eine Mutter weint bei der Hochzeit der Tochter. Wir wissen, — und in vielen Fällen solcher Freudentränen ist es auch dem Weinenden voll bewußt, — daß der freudige Anlaß alte verdrängte Trauer mobilisiert hat, d. h. sich zu seiner Entäußerung der für die Trauer charakteristischen regressiven Mechanismen bedient. Vor allem diesen Vorfällen hat die Psychoanalyse ihr Augenmerk zugewendet. Im Falle der depressiven Konversionsneurose ist es gerade der äquate Anlaß, bzw. der äquate Teil des Anlasses der Trauer, der besonders häufig der Verdrängung anheimgefallen ist. Hier hat die Therapie ein bei weitem größeres Arbeitsgebiet vor sich: sie hat die Verdrängung zu beheben, die auf dem ins Unbewußte verschobenen, dem Reiz adäquaten Affekt lastet, diesen zur Erledigung zu bringen sowie die alten Anlässe der Trauer, auf die regrediert war, aus dem Unbewußten zutage zu fördern und auch sie zu erledigen. Es ist wohl unnötig, hervorzuheben, daß — wie bei der depressiven Aktualneurose — auch noch Teile der Reaktion Trauer ins Unbewußte verdrängt sein können.

IV) Die notwendige Ergänzung der depressiven Konversionsneurose ist die in irgend einen anderen Affekt verwandelte, die permutierte Trauer. Zur Genüge kennen wir traurige Anlässe, auf die mit Lachen, Ausgelassenheit, ja Manie reagiert wurde. Ich erinnere nur an die erfolgreichen Arbeiten über Trauerritten, in denen zahllose freudige Affekte ihren Ausdruck finden.

Ein besonders häufiger Spezialfall der permutierten Trauer ist der, daß die Trauerlust als Ganzes oder auch nur einzelne lustvolle Organäußerungen der Trauer gehemmt oder verdrängt werden und sich nun — wie jede andere gehemmte Libido — als Angst äußern, bzw. als Angst ins Bewußtsein wiederkehren. Die dann resultierende Erkrankung ist längst als ängstliche Depression, Melancholie anxiosa klinisch beschrieben.

Die Ergebnisse unserer Untersuchung über die Trauer und ihre Äquivalente scheinen nicht geeignet, die Neurosenlehre zu vereinfachen. Und analoge Forschungen über andere Affekte (Freude, Sehnsucht, Hoffnung,

Wut, Schreck, Scham usw.) werden, — wie einfache Überlegungen ergeben, — zumal wenn wir an die große Wahrscheinlichkeit gleichzeitiger Permutierung mehrerer Affekte in einen oder mehrere andere denken, — die möglichen Krankheitsformen zu astronomischen Größen machen, mit anderen Worten: jeder Krankheitsfall ist praktisch ein singuläres Ereignis, was therapeutisch strengste Individualisierung aufnötigt. Wenn Versimpelung der tausendfältigen Natur unsere Aufgabe wäre, so müßte ich um Verzeihung bitten. Ihre Zeit unnütz vergeudet zu haben. Ist es aber Zweck der Wissenschaft, eine Ahnung von der Buntheit des Seins zu geben, dann werden meine Anregungen nicht vergebens gewesen sein.

*Eingegangen im Oktober 1924.*

# KASUISTISCHE BEITRÄGE

## Aus der Analyse eines Falles von Päderastie

*Vortrag auf der I. Deutschen Psychoanalytischen Zusammenkunft in Würzburg, Oktober 1924*

Von Dr. Clara Happel (Frankfurt a. M.)

Der Patient, aus dessen Analyse ich einiges mitteilen will, war ein zwei- und zwanzigjähriger Bursche aus einfachem Milieu, der mir wegen Homosexualität von einem für die Psychoanalyse interessierten Kollegen zugewiesen wurde.

Der Kollege schrieb mir, der junge Mann habe die Klinik aufgesucht, mit der Frage, ob er sich kastrieren lassen sollte, da er fürchtete, durch seine Inversion mit dem Gesetz in Konflikt zu kommen und sich und seine Familie ins Unglück zu stürzen. Die Neigungen des Patienten seien im wesentlichen bisher aktiv pädophil. Mit gleichaltrigen jungen Männern wolle er nichts zu tun haben. Der Patient hatte bereits mehrmonatige Behandlung bei verschiedenen Ärzten teils ambulant, teils in einer Heilstätte erfahren, doch niemals dauerhaften Erfolg erzielt.

In der Analyse ergab sich zunächst ein Erlebnis des Analysanden aus seinem achten Lebensjahr, das, als eine typische Deckerinnerung, in regressiver und progressiver Richtung alle Fäden der Perversionsbildung in sich vereinigte.

Damals hatte die Mutter ihn überrascht, als er bei einem sogenannten „Schulespiel“ mit seinen Schwestern und einer gleichaltrigen Freundin ebenso wie diese seine Hosen heruntergestreift hatte, um seine Geschlechtsteile zu zeigen. Er hatte beim Eintritt der Mutter seine Hosen sofort heraufgezogen, konnte jedoch nicht so schnell wie die Mädchen, die nur ihre Röcke herunterfallen ließen, fertig werden. Die Mutter hatte nichts gesagt, vielleicht nicht einmal etwas gemerkt, was ihn aber nicht daran hinderte, sich von ihr ertappt zu fühlen.

Im späteren Leben fürchtete er besonders, von der Mutter ertappt zu werden und schämte er sich wegen seiner Homosexualität speziell vor ihr. Daß er stark an sie fixiert war, zeigte sich recht offensichtlich auch darin, daß er beruflich in ihren Diensten stand und von ihr ein Taschengeld bezog.

In der Analyse gelangten wir zunächst zur Erkenntnis der Bedeutung der Exhibitionssituation für die spätere Gestaltung der Perversion, und ihr wollen wir uns daher auch zuerst zuwenden.



Die Fixierung an die erwähnte Situation, die offenbar stark ambivalente Empfindungen erregt hatte, zeigte sich in mancherlei Zügen. Vor der Mutter exhibieren (und natürlich unbewußt das Gleiche von ihr erwarten), entsprach wohl auch bei unserem Patienten einem frühen, bald verdrängten Wunsch. An dessen Stelle trat im Kindheitserlebnis das Exhibieren vor kleinen Mädchen, das dann in der Perversion auf kleine Knaben übertragen wurde. Die Verdrängung hatte, anscheinend infolge des Mißglückens eines Kompromisses in der Realität, — nämlich anstatt von der unerreichbaren Mutter vor kleinen Mädchen zu exhibieren, — einen Schritt vorwärts gemacht.

Von der Mutter ertappt, aber nicht bestraft werden — das ist der zweite bleibende Zug in seinem Denken und Fühlen. Er hatte es nicht nur bei seinen homosexuellen Verführungen von Knaben, sondern auch bei gelegentlichen Diebstählen und Raufereien meist so eingerichtet, daß er ertappt wurde, war aber dabei stets der Überzeugung, daß man ihm nichts tun würde, bzw. gelinde mit ihm verfahren würde. Dank seiner die Menschen fast komisch berührenden „Ungeschicklichkeit“ hatte er auch immer recht behalten.

In seiner Phantasie wiederholte sich dazu stets die Vorstellung seiner Unverwundbarkeit. Sie bildete die Einleitung, gewissermaßen die Bedingung für das Zustandekommen sadistischer und anderer Phantasien.

Die Wirkung des auf verbotenem Tun Ertapptwordenseins schien also zunächst darin zu bestehen, daß er das reale Liebesobjekt — kleine Mädchen — aufgab, — eine Leistung, die vermutlich der bereits vollzogenen Aufgabe des phantasierten früheren und ersten Liebesobjekts — der Mutter — nachgebildet wurde, die Betätigung des Exhibierens aber beibehielt.

Das Sich-Ertappenlassen ist ebenfalls nur ein gesteigertes und auf andere Objekte (Nachbarn, Polizei usw.) übertragenes Gesehenwerden = Exhibieren vor der Mutter. Dieses Ertapptwerden bedeutet aber auch eine Wendung des Vergnügens, die penislosen Mädchen zu schrecken und einzuschüchtern, in eigenes Schreckgefühl, also eine Wandlung von sadistischen in masochistische Antriebe. Zugleich findet ein wenigstens teilweiser Ersatz des Genitales statt und der genitalen Aktivität in eine andere Art von Aktivität, die diese symbolisch zu vertreten vermag, nämlich Diebstahl, Rauferei, Prahlerei.

Die Wirkung jener Kindheitsszene hätte gewiß nicht so stark sein können, wenn es nicht gerade die Mutter gewesen wäre, an der er in starker libidinöser Empfindung hing, die ihn überraschte und störte. Jedoch müssen wir nach allen bisherigen Erfahrungen annehmen, daß vor dem Erlebnis des achtjährigen Knaben wichtigere, die Perversion determinierende Geschehnisse lagen, für die jene spätere Szene nur den Abschluß bildet. Andererseits könnte man die Art der Wirkung, die einen Kompromiß darstellt aus Hemmung und Anspornung, geradezu als spezifischen Erfolg jener realen Begebenheit auffassen. Diese ist für die Psyche des Knaben etwa charakterisiert durch die Worte: *Fortiter in re, suaviter in modo*. Es erfolgte eine plötzliche mit Schreck verbundene Unterbrechung der Erregungsabfuhr, fast zugleich aber eine unerwartete staunenerregende Befriedigung über das Ausbleiben jeglicher Strafe. Beides mußte geradezu als Aufforderung wirken, den mißglückten Versuch zu wiederholen: das Drängen des unbefriedigt gebliebenen Triebes sowohl wie das Ausbleiben des erwarteten Zorns; im dynamischen Sinne vor allem wohl

die plötzliche Abfuhrsperrre, die zu ungezählten Wiederholungen führt, wie wir von der Schreckneurose wissen.

Wie im realen Leben, so erfuhr auch in der Phantasie, wie wir hörten, das Kindheitserlebnis seine Wiederholungen und anlässlich einer solchen während der Analyse in einem Traum auftretenden Wiederholung gelangten wir zur Aufklärung des Zusammenhanges.

Der Traum hatte folgenden Inhalt: *„Ich befand mich mit meiner Mutter im Begattungsakt. Da kommt der Fuhrmann. Ich wundere mich, daß er nichts sagt, keinen Einspruch erhebt. Unterdessen mache ich ruhig weiter.“*

Der Fuhrmann ist natürlich eine Ersatz-Person des Vaters, hinter der sich aber auch die Mutter selbst verbirgt, von der er bei verbotenen Tuns gestört wird, und die doch anscheinend mit ihm im Bunde ist, nichts gegen ihn unternimmt. Der Koitus mit der Mutter als Prototyp „verbotenen Tuns“ vertritt die exhibitionistischen Handlungen seiner Kindheit und alle späteren Ersatzleistungen. Der durch den Traum dargestellte latente Gedanke: wenn nur die Mutter mit mir im Bunde ist, dann kann auch der Vater mir nichts anhaben — knüpfte an einen in der vorhergegangenen Analyse erzählten Streit mit einem Fuhrmann wegen sexueller (übrigens heterosexueller) Herausforderungen an, der polizeiliche Feststellung des Patienten zur Folge hatte. Dieses Erlebnis hatte zunächst in dem Patienten das Gefühl ausgelöst, er habe es nun im Leben und in der Analyse verdorben. Dagegen brachte ihm die dem Traum vorausgehende Analyse das Sicherheitsgefühl, daß dem nicht so sei, und er schloß daraus, daß nun auch die Polizei ihm nichts anhaben werde.

Der Traum ist also insofern ein Übertragungstraum, als er besagt: „Wenn ich mit der Analytikerin, d. h. der Mutter, einig bin, dann kann mich auch die Polizei, also der Vater, nicht stören.“

In tieferem Sinne zeigt er, wie hinter dem auslösenden Tageserlebnis, das auf die Kindheitsszene zurückführt, der eigentliche ursprüngliche Ödipuskomplex auftaucht.

Über den ursprünglichen Ablauf des Ödipuskampfes und die vorhergehende Kinderzeit des Patienten ist aber folgendes zu sagen. Der Patient war als zuerst einziger Sohn zwischen zwei Töchtern vermutlich eine Zeitlang das bevorzugte Kind der Eltern. Aus seinen ersten Lebensjahren erinnert er sich größter Unbekümmertheit und bubenhafter Keckheit, die auch dem Vater gegenüber zum Ausdruck kam und sehr stark kontrastiert mit seinem jetzigen schüchternen und leicht gedrückten Wesen. — Mit etwa drei Jahren wachte er eines Nachts im gemeinsamen Schlafzimmer auf von einem Streit der Eltern. Er hörte die Mutter sagen: „Er hat mir doch nur ein kleines Glas Bier angeboten; das konnte ich ihm nicht abschlagen.“ Darauf sagte der Vater etwas, was er nicht verstand. Die Mutter setzte sich dann im Bette auf, und der Vater gab ihr einen Fußtritt in den Rücken. Er erinnert sich dann noch, gefragt zu haben: „Was macht ihr denn da?“ worauf ihm die Mutter antwortete: „Nichts, schlaf du nur.“

Es bestehen, wie wir gleich sehen werden, auffällige Beziehungen zwischen dieser Szene, dem in der Analyse vorgefallenen Traum und der Exhibitionsszene im achten Lebensjahre.

Das Überraschtwerden beim Koitus mit der Mutter im Traum, beim

Exhibieren im Kindheitserlebnis kehrt die Situation der Eifersuchtsszene insofern um, als der ehemalige Zuschauer nun zum aktiv Beteiligten wird. Im Traum und in der Eifersuchtsszene ist der Vater der Eifersüchtige. In der Deckerinnerung dagegen wird der Knabe von der Mutter in einer kindlichen „Liebesszene“ gestört — das soll wohl ausdrücken, daß damals die Mutter die Eifersüchtige war, die den Sohn hinderte, ihr untreu zu werden. Und so kommen wir zu der Ansicht, daß auch die beobachtete Eifersuchtsszene nur eine Deckerinnerung ist für eine noch früher erlebte Koituszene, bei der der Knabe selbst der eifersüchtige Zuschauer und eventuell auch Störer war. Daß gerade eine Mißhandlungsszene der Mutter zur Bedeutung einer Deckerinnerung dafür gelangt, entspricht, wie wir wissen, den infantilen Vorstellungen vom Koitus. Im Traum ist er „an der Mutter“, wie er sich ausdrückte, und der Fuhrmann (= Vater) muß zuschauen und noch dazu schweigen, so wie es sein Los ehemals gewesen war. Auch die Mutter „schwieg“ oder beantwortete seine Frage mit „gar nichts“ und ließ ihn also in eben jener unbefriedigenden Unsicherheit, ob etwas geschehen oder ob „gar nichts geschehen sei“, in der er sie nach der Exhibitionsszene ließ, und in der er selbst noch viel mehr damals zurückblieb; denn er wußte ja nicht, hatte sie etwas gesehen oder nicht, von dem, was er als Kind getrieben hatte.

Herr Dr. Abraham hatte bei einer früheren Mitteilung des jetzt als Deckerinnerung bewerteten Erlebnisses aus dem achten Lebensjahr meines Patienten bereits die Vermutung ausgesprochen, daß eine derartige Frühzene der eigentliche Anlaß des späteren Perversionsmechanismus sein mußte. Um diesen aber in Gang zu bringen und nicht statt seiner eine Neurose oder andersartige Perversion zu verursachen, bedurfte es noch weiterer sehr wesentlicher Ereignisse und ihres spezifischen Einflusses auf das Libidoschicksal des Patienten.

Im neunten Lebensjahr erkrankte der bisher gesunde und kräftige Knabe an Scharlach und Diphtherie. Er brachte damals längere Zeit im Krankenhaus zu und lag während dieser Zeit im Bett neben seiner Schwester. Mit Verwunderung und Angst erlebte er, wie die Krankenschwester bei ihm wie bei dem kleinen Mädchen rektal die Fiebertemperatur maß. Das grausige Gefühl, daß die Pflegerin da unten was bei ihm mache, und das niederschmetternde Bewußtsein, daß er nicht anders wie ein Mädchen behandelt wurde, verließ ihn nicht und erfuhr seine rationelle Motivierung durch eine Trommelfellperforation und eine schwere Schädigung seines Gehörs, mit der er schließlich das Krankenhaus verließ.

Die reale Krüppelhaftigkeit, in der die schwere Krankheit ihn zurückgelassen hatte, bedeutete eine sehr schwere Beeinträchtigung seines Narzißmus, verstärkte seine unbewußten Kastrationsvorstellungen und gab den letzten Anstoß, die erste sexuelle Blütezeit, das inzestuöse Liebesobjekt, die kindliche Großmannssucht und den knabenhaften Penisstolz gründlich und schleunig zu verdrängen.

Ein weiterer Schlag traf seinen Narzißmus im achten Lebensjahre durch die Geburt eines Bruders, der in den nächsten Jahren mit seiner kräftigeren, gesunden Konstitution dem nun kränkenden älteren bald einen erheblichen Anteil der Liebe und des Stolzes beider Eltern raubte. Es kann uns nicht wundern, daß der entthronte Liebling nunmehr sich in hohem Maße

von der Wirklichkeit zurückzog und in Phantasien, gerade auch solchen von der Unverwundbarkeit, Entschädigung suchte für die verloren gegangenen realen Glücksgüter.

Wenn wir das bisher Erfahrene zusammenfassen, so erkennen wir, daß der Zusammenbruch nicht nur einem hohen Maße von Narzißmus ein Ende machte, sondern auch mit ihm der bisherigen ausschließlichen Identifizierung mit dem Vater auf Grund gleicher Liebe zur Mutter, gleicher Eifersucht auf sie und des gemeinsamen Penisstolzes.

Vor der Krise im achten und neunten Jahre hatte er in ungebrochenem, kindlichem Größenwahn den Vater zur Rede gestellt; der Knirps mit einem Holzschild hatte keck und übermütig dem Vater gedroht, er würde es mit ihm zu tun haben, wenn er die Mutter ärgerte. Kleinen Mädchen gegenüber hatte er sich sehr überlegen gefühlt wegen seiner Kletterkünste und seiner männlichen Fähigkeit, einen Schmerz zu verbeißen. Jetzt dagegen ist er nicht besser als ein Mädchen, er ist schwächlich und wird anal gemessen. Vor allem aber: Die Mutter zeugt Kinder nicht mit ihm, sondern mit dem Vater, und sogar der kleine Bruder gilt ihr mehr als er selbst — denn ihm schenkt sie die Brust.

Seine Versuche, sich seiner alten Überlegenheit zu versichern, wie z. B. in der Exhibitionsszene, schlagen fehl, müssen fehlschlagen, denn er hat die Sicherheit des unantastbaren Penisbesitzes und damit allen Glauben an sich selbst verloren, und die Mutter liebt ihn nicht mehr. Beides fällt im Grunde zusammen.

Die weitere Analyse ergab übrigens noch eine dritte, für die Bedeutung des Kastrationskomplexes charakteristische Deckerinnerung. Seine kleine Schwester konnte eines Tages ihren Kopf beim Spielen aus einem Eisengitter nicht zurückziehen — unzweifelhaft eine symbolische Darstellung seiner eigenen Furcht, den Penis in der engen weiblichen Scheide zurücklassen zu müssen.

Zwei kleine Ergänzungen noch:

1. Im Traum, in der Eifersuchtsszene und in der Exhibitionsszene aus dem achten Lebensjahr kehrt das Motiv des „Nichtssagens“ wieder. Es wird durchaus ambivalent verwertet. Es wiederholt das unbefriedigende „Nichts“, mit dem die Mutter seine Fragen und seine Anteilnahme in der nächtlichen Eifersuchtsszene abweist. Andererseits ist es das erleichtert empfundene Nichts-sagen = Nichtschelten der Mutter bei seinem verbotenen Tun. Es bezeichnet die große Unsicherheit des Knaben, ob die Mutter ihm freundlich oder feindlich gesinnt sei. Daher auch im Traum das ungläubige Erstaunen, daß der Fuhrmann nichts sagt.

2. Die Bedingung des „verbotenen“ = perversen Tuns, führt gleichfalls auf die Mutter selbst zurück, denn diese hatte ja, wie das Kind wohl verstand, etwas in den Augen des Vaters *Verbotenes* getan, als sie sich von einem fremden Mann Bier anbieten ließ. Die Selbstbestrafungen des Knaben, wie sie im Sichertappenlassen und auch in der Absicht, sich kastrieren zu lassen wegen seiner Perversion, zutage treten, sind also im Namen des Vaters vollzogene Mißhandlungen der Mutter, die infolge der Introjektion dem eigenen Ich zuteil werden. —

Der normale kindliche Ödipuskampf endet mit dem Aufgeben der Mutter als Liebesobjekt und der Verstärkung der Identifizierung mit dem Vater.

In unserem Falle sehen wir das mächtige Eingreifen der Kastrationsangst zu einem eigenartigen Ausgang führen. Denn diese Kastrationsangst läßt der Liebeswahl des Patienten nur noch solche Objekte, die

1. nicht dem Vater gehörig und nicht der Mutter gleich sind,
2. nicht das Andenken der Kastrationsbedrohung mittels eines größeren Penis oder der Kastrationsbefürchtung durch einen fehlenden Penis hervorrufen könnten, d. h. im positiven — narzißtischen — Sinne nur noch Knaben, wie er selbst einer war, die dem Vater ähnlich, doch nicht gleichwertig, und von der Mutter geliebt sind.

Der spezifischen Kompromißbildung ist es also zu danken, wenn der Patient in seinem späteren Leben auch auf die kleinen Mädchen verzichtet, — denn in ihnen flieht er die unabweisbar gewordene Kastrationsvorstellung, — wenn er aber andererseits in seiner Inversion nicht zur Männer-, bzw. Vaterliebe und somit nicht zur völligen Identifizierung mit der Mutter in passiv-weiblicher Einstellung gelangt.

Läßt zwar die nunmehr anerkannte Überlegenheit des väterlichen Penis eine normale sexuelle Potenz den Frauen = Muttergestalten gegenüber nicht zu, so bestehen doch auch Reaktionsbildungen gegenüber der in gewissem Umfang akzeptierten Kastration: Die aktiv-männliche Sexualbetätigung gegenüber Knaben dient (ähnlich wie früher die Exhibitionsszene mit den Mädchen) als Beweis des eigenen Penisbesitzes.

Die Rettung des Penis<sup>1</sup> erfolgt also bei unserem Patienten auf Grund von dessen Entwertung zum dauernd infantilen (nur schwacher Aggressionen fähigen) und einer vom Schuldgefühl geleiteten Objektbeschränkung, die ihn weder zum ernsthaften Rivalen des Vaters noch der Mutter werden läßt. Zugleich aber ermöglicht ihm die Art der Kompromißbildung, die Last eines völligen Verzichtes auf reale Triebbefriedigung ohne Aufschub abzuwälzen.

*Eingegangen am 27. Januar 1925.*

## Eine hysterische Psychose in statu nascendi

Von Dr. Wilhelm Reich (Wien)

Es ist durchaus selten, daß der nicht an Irrenanstalten tätige Psychoanalytiker Gelegenheit bekommt, hysterische Psychosen, im speziellen hysterische Spaltungen zu beobachten. Zumindest findet sich in der gesamten psychoanalytischen Literatur, bis auf die Fälle von Breuer und Freud in den „Studien über Hysterie“ (insbesondere die Fälle Anna O. und Emmy v. N.) und von einigen beiläufigen Bemerkungen anderer Autoren über diesen Gegenstand abgesehen, keine spezielle Arbeit. Es bedarf daher die Mitteilung eines solchen Falles keiner besonderen Rechtfertigung. Die wenigen theoretischen Bemerkungen, welche sich an das Referat der Analyse knüpfen werden, haben den Zweck, Probleme theoretischer und technischer Natur, die sich ergeben haben, zur Diskussion zu stellen.

1) Siehe Freud, „Der Untergang des Ödipuskomplexes“. (Ges. Schriften, Bd. V.)

## I

Es handelt sich um eine neunzehnjährige Hysterika, welche im April 1923 die Analyse bei einem Herrn der Wiener Gruppe begann und nach drei Monaten bei mir fortsetzte. Sie dauerte im ganzen sechseinhalb Monate und mußte infolge des Ausbruches einer kontinuierlichen psychotischen Spaltung abgebrochen werden. Die Patientin leidet seit mehr als fünf Jahren an Schlaflosigkeit und seit einem Jahr an einem konversionshysterischen Bauchschmerz. Letzterer ist in der Gegend des Appendix lokalisiert, örtlich scharf umschrieben und wird als stechend und bohrend charakterisiert. Fast täglich, gewöhnlich des Nachmittags, tritt er für die Dauer von zwei bis fünf Stunden in typischer Weise auf: er setzt erst leise an, steigert sich allmählich bis zu größter Intensität und flaut dann ebenso langsam wieder ab. Während der Menstruation ist er besonders intensiv und anhaltend.

Außerdem bestehen seit drei Jahren Ausnahmzustände. Die Patientin selbst weiß nichts von ihnen, glaubt vielmehr nachher immer geschlafen zu haben. Die Außenanamnese ergibt, daß die Patientin oft mehrere Male am Tag mitten in einem Gespräch plötzlich wie verloren ist, aufsteht, an den Wänden entlang sich hinschleicht, um dann am Tür- oder Fensterpfosten, den Kopf in den Armen vergraben, bitterlich weinend, unverständliche Worte vor sich herzusagen. Wie ich später in der Analyse erfuhr, traten Ausnahmzustände auch in der Nacht auf. Diese hatten anderen Charakter: Die Patientin räumte alle Kleider aus den Kästen, schmückte sich mit den schönsten Kleidern, verweilte lange vor dem Spiegel, tanzte, war fröhlich und das Ganze endete mit lustvollem Reiben der Handflächen an den Brüsten. Alles wurde vergessen und die Patientin wunderte sich dann über die Unordnung im Zimmer, besonders aber darüber, daß die feinen Kleider am Boden herumlagen. Es ist zu betonen, daß die Patientin sonst fast immer ein und dasselbe schlichte Kleid trug und jede hübschere Kleidung ablehnte.

Neben diesen Symptomen bestand aber ein Charakter, den wir alles eher denn einen hysterischen nennen möchten. Die Patientin ist seit frühester Kindheit verschlossen, meidet jede Gesellschaft, hält sich am liebsten in ihrem Zimmer auf und weist jeden Versuch, sie aufzuheitern, zurück. Sie ist deprimiert, dabei aber in Gesellschaft von einer oberflächlichen Liebenswürdigkeit. Sie will von Flirt nichts wissen und lehnt alle Annäherungsversuche junger Männer mit feinen, ironischen Bemerkungen ab. Sie will nicht imponieren, vernachlässigt eher ihr Äußeres, wie sich in der Analyse herausstellt, mit Absicht, sie hat in ihrem Benehmen manchmal einen durchaus unzugänglichen, autistischen, ja negativistischen Zug, nichts von der Aufdringlichkeit und Effekthascherei des typischen hysterischen Charakters. Sie ist sehr belesen, beherrscht mehrere Sprachen in Wort und Schrift und verfügt nicht nur über einen außergewöhnlich scharfen Intellekt, sondern auch, wie sich in der Analyse zeigte, über eine ganz ungewöhnliche Intuition. Sie fand sich sofort in die analytische Arbeit hinein und begriff das Wesen des Unbewußten, der Symbolik, der seelischen Mechanismen schon nach wenigen Stunden. Eine manchmal vorherrschende Maniertheit hat eher den feineren Charakter der Schizophrenie, als den grob aufgetragenen der Hysterie. Sie paßt auch trefflich zum vorwiegend autistischen Wesen. Als ich die Patientin zum erstenmal sah, hatte ich durchaus den Eindruck einer Schizophrenie, den ich im Verlauf der Analyse

nie ganz überwinden konnte, obwohl sich nunmehr typische hysterische Mechanismen darbieten. Der Eindruck einer Schizophrenie verstärkte sich dann wieder beim Ausbruch der kontinuierlichen Spaltung. Da es sich mir hauptsächlich um Darstellung des letzteren handelt, werde ich vom Material der viermonatigen Analyse nur so viel mitteilen, als zu seinem Verständnis notwendig ist.

Die Patientin ist die zweitälteste unter fünf Kindern. Eine um drei Jahre ältere Schwester starb genau zwei Jahre vor Ausbruch der Psychose an Typhus und spielte in der Krankengeschichte eine wesentliche Rolle. Sie war vollkommen gesund, heiter und lebensstüchtig. Von drei um vier, sechs und dreizehn Jahre jüngeren Geschwistern zeigt nur der jetzt dreizehnjährige Bruder Anzeichen eines zwangsneurotischen Charakters: er ist äußerst intelligent, grüblerisch, pedantisch und gehemmt. Der Vater ist ohne wesentliche Störungen, lebensstüchtig, ebenfalls intelligent; die Mutter ist eine reizbare Persönlichkeit ohne ausgesprochene neurotische Symptome. In der weiteren Familie nichts Bemerkenswertes.

Schon in der zweiten Woche der Analyse gelingt es, den Sinn und die Herkunft des Bauchschmerzes und der einen Form der Ausnahmszustände aufzudecken: Während einer Sitzung steht die Patientin wie verloren und wankend auf, schleicht an den Wänden entlang zum Fenster und murmelt weinend Worte vor sich hin, die ich sofort als hebräische erkenne. Die Patientin beantwortet keinen Anruf, verharret in derselben Stellung ungefähr dreiviertel Stunden, geht dann zum Sofa zurück, erwacht und sagt: „Verzeihen Sie, Herr Doktor, ich habe wieder einmal geschlafen.“ Am nächsten Tage droht dasselbe, ich verhindere es durch festes Rütteln am Arm und durch die Aufforderung, heute das zu erinnern, was sie gestern hebräisch gesprochen hatte. Sie meint darauf, sie habe seit dreizehn Jahren kein hebräisches Wort mehr gesprochen, sie habe alles, was sie einmal gelernt hatte, vergessen, und staunt über das, was ich ihr nun berichte. Allmählich fällt ihr jedoch das am Vortage Gesprochene ein und nun bricht mit allen Merkmalen kathartischer Explosion die verdrängte, in den Ausnahmszuständen wiedererlebte traumatische Situation durch: Zwischen ihrem fünften und siebenten Lebensjahr hatte sie bei einem jungen Lehrer Hebräisch gelernt. Eines Tages hatte er sie mit Alkohol betäubt; sie war mit einem stechenden Schmerz im Genitale erwacht und hatte sich nackt in seinem Bett liegend gefunden. Er kniete neben ihrem Bett, rechts von ihr, sein Kopf lag auf ihrem Bauch oberhalb der rechten Leistenbeuge (dem Orte des späteren Schmerzes) und hielt einen Finger in ihrer Scheide (daher der Schmerz beim Erwachen). Als er sie erwachen sah, warf er sich über sie; was dann geschah, weiß sie nicht mehr. Später glaubte sie, sich undeutlich erinnern zu können, daß er sein Glied gegen ihren Mund gepreßt hatte. Sie erinnert dann nur noch, aufgesprungen zu sein und nackt den Wänden entlang geschlichen zu sein. Dabei hätte sie weinend, in hebräischer Sprache, dieselben Sätze gerufen, welche sie im Ausnahmszustande zu sprechen pflegte: „Gib mir meine Kleider, gib mir meine Strümpfe, gib mir meine Schuhe. Warum machst du die Fenster und die Türen zu, ich fürchte mich, ich will nach Hause gehen.“ Er hatte sie dann ankleiden und durch ein Mädchen nach Hause führen lassen. Sie verfiel in ein „Nervenfieber“, in dem sie immerfort „zerrissene Blumen“ halluzinierte und ihre Mutter bat, ihr doch ihre Blumen zurückzugeben. Nach

vierzehn Tagen war alles vergessen und sie erinnerte sich noch deutlich ihrer Anstrengung, das Erlebte zu vergessen und beschreibt die Verdrängung wie folgt: „Es war wie ein Schleier, der sich langsam über das Vorgefallene senkte.“ Vorher hatte sie einen mächtigen Drang in sich verspürt, alles der Mutter zu erzählen, diese aber hatte sie mit den Worten „du bist immer ein raunziges, widerliches Ding“ zurückgestoßen, ohne sie anzuhören. Sie erhob schwere Vorwürfe gegen die Mutter, fühlte sich verstoßen und unglücklich. Sie erholte sich jedoch bald wieder, hatte alles vergessen, aber es blieb die Angst, am Morgen nach dem Erwachen ein Kind im Bette zu finden. Seither war sie zurückgezogen, scheu, wagte keinem Menschen in die Augen zu sehen, ohne zu wissen warum, sie wollte nie mehr Hebräisch lernen und hatte alles Gelernte vergessen. Der Lehrer zog bald darauf in eine andere Stadt. Als sie viele Jahre später dem damals geflüchteten Lehrer begegnete, empfand sie nur mehr einen heftigen Widerwillen gegen seine Person.

Wir hatten in der Analyse nicht den geringsten Grund, an der Realität des Geschilderten zu zweifeln. Die Details paßten derart prägnant zueinander, daß wir uns nur noch die Frage vorzulegen hatten, warum diese Situation traumatisch gewirkt hatte und in Ausnahmeständen wiedererlebt wurde. In vielen anderen Fällen werden solche Erlebnisse gar nicht vergessen oder kommen nicht zu derartiger Wirkung. Daß wir in diesem Erlebnis nur die Vollendung einer von lange her vorbereiteten Bereitschaft zum Trauma zu erblicken hatten, wie Abraham ausführte<sup>1</sup>, und es nur einem speziellen Symptom und einer Art von Ausnahmeständen den Inhalt gegeben hatte, zeigte die weitere Analyse. Der Bauchschmerz schwand für einige Zeit, diese Ausnahmestände kehrten nicht wieder, aber die Frage, warum die Patientin mit Ausnahmeständen reagierte, blieb zunächst ungelöst.

Der Bauchschmerz entsprach auch einer Schwangerschaftsphantasie und war zum erstenmale nach hypnotischer Behandlung durch einen Kurpfuscher (eineinhalb Jahre vor der Analyse) aufgetreten, der die Patientin entführen wollte; sie war ihm eine Zeit lang hörig gewesen, hatte aber dann ihre innere Abwehr dadurch zum Ausdruck gebracht, daß sie taub wurde, um „weder seine Leckereien noch die Eltern hören zu müssen“, welche ihr mit Mahnungen und Bitten „in den Ohren lagen“. Nach vier Wochen wich die Taubheit spontan.

Wir wollen nun kurz die Disposition zum Trauma besprechen. Im dritten und vierten Lebensjahre hatten zwei Theorien der Empfängnis bestanden: eine ältere, welche lautete: „man bekommt ein Kind, wenn man ein Kind aufißt“, und eine jüngere: „man bekommt ein Kind, wenn man geküßt wird“. Beide Theorien beherrschten sie vollkommen und erfuhren viele Abwandlungen. Sie war gerade vier Jahre alt, als ihr jüngerer Bruder geboren wurde. Um dieselbe Zeit (es ließ sich ziemlich genau ermitteln) bestand eine neurotische Eßstörung: sie wollte nur essen, wenn der Vater sie auf den Knien hielt und fütterte; ihrer Theorie entsprechend bedeutete die Eßstörung den Wunsch, vom Vater auf oralem Wege ein Kind zu bekommen. Hier ist der Ort, zu erwähnen, daß ein Detail aus der traumatischen Szene eigentlich

1) „Disposition zu traumatischen Erlebnissen.“ (Abgedr. in seiner Schrift: „Klinische Beiträge zur Psychoanalyse.“ Intern. PsA. Bibliothek, Bd. X.)



nie recht zu ebenso genauer Beschreibung gelangte wie die anderen: es hieß, der Lehrer hätte sich über sie geworfen und sein Glied an ihren Mund gepreßt, aber es war unsicher, dunkel, so daß die Vermutung nahe lag, daß hier ein Stück hinzuphantasiert worden war.

Die Analyse erwies, daß die Libidoposition der Patientin zu jener Zeit (ebenso später) eine durchwegs orale war. Sie begehrte den Vater oral (s. die Eßstörung) und entwickelte der Mutter gegenüber einen oralen Trotz, der sich zum Beispiel darin äußerte, daß sie auf Fragen nicht antworten wollte. Während der Analyse wiederholte sich diese Einstellung im Mutismus (s. später). Die durchwegs orale Einstellung in der Ödipusphase hatte ihren Grund darin, daß die Verdrängung der Genitallibido viel früher vorgefallen war.

Die Patientin erinnerte in der Analyse eine Szene, die zeitlich genau erfaßt werden konnte, da es sich um eine Übersiedlung handelte, als die Patientin noch nicht zwei Jahre zählte. Sie sieht sich als ganz kleines Kind in einem unvollkommen eingerichteten Zimmer (Übersiedlung mit eindreiviertel Jahren) stehen und weinend nach der Mutter rufen: „Mutter, Mutter, gib, gib, gib zurück, ich werde es nicht mehr tun.“ Dieser Ausruf dominierte zur Zeit der Analyse in Zuständen der Erregung. Sie wußte nie, was es zu bedeuten hatte. Erst in der Analyse erinnerte sie das mütterliche Verbot, mit dem Genitale zu spielen, und ihre damals gebildete Theorie: es gäbe zwei Sorten von Buben: die braven, welche ihr Glied behalten dürfen, und die schlimmen, denen es weggenommen wurde, i. e. die Mädchen.

Ein nie vergessener Angsttraum aus dem vierten Lebensjahre lautet: *„Ich gehe durch einen schönen, großen Garten und bitte meine ‚Omama‘ (Großmama) um ein Geschenk. Sie will mir zuerst weiße, weiße Tauben geben, die will ich aber nicht nehmen. Ich sehe Schlangen am Boden liegen, die ich gerne haben möchte. Wie ich die Hand nach ihnen ausstrecke, um sie zu berühren, werden sie starr und steif, ich erwache mit einem Schrei.“* Ein deutlicher Onanietraum (Berühren — Angst): sie will von der Mutter die Schlangen haben, das heißt das Glied, welches sie ihr genommen hat. (Vgl. hiezu den Ausruf „Mutter, gib zurück“ und die Theorie von den guten und bösen Buben.) Daß dahinter auch noch Koitusbeobachtungen steckten (die Schlangen im Garten der Mutter), sei nur erwähnt. Das Wesentliche dieser Tatsache besteht aber darin, daß noch vor dem Ende des zweiten Lebensjahres die Versagung und Verdrängung der Genitallibido, und zwar von der Mutter her, erfolgte. Damit fixierte sich die weniger verbotene orale Position, welche sowohl in den Empfängnistheorien als auch in der Eßstörung, sowie in dem Trauma mit dem Lehrer (der phantasierten [?] Fellatio) zum Ausdruck kam. Sie hat dann nie mehr genital, sondern nur oral onaniert, wie zum Beispiel in Dämmerzuständen an den eigenen Brüsten (die verdrängte Penisphantasie heftete sich hierbei an die Brust = Penis). Und hier setzt die Bedeutung der älteren Schwester an. Diese

1) Sowohl in der Mitteilung, als auch in der Niederschrift des Traumes hieß es: „weiße, weiße Tauben“. Die Patientin deutete die weißen Tauben als Symbol der Unschuld. (Forderung der Mutter.) Es lag aber die Annahme einer tieferen Bedeutung nahe: die scheinbar sinnlose Wiederholung des Adjektivs soll die Zahl „zwei“ ausdrücken und das Ganze kann dann nur die Brüste meinen.

wurde von der Patientin wegen ihrer Lebenstüchtigkeit beneidet. Das Verhältnis war bis zum Kriege, das heißt bis zum zwölften Lebensjahre der Patientin, kein gutes. Sie verhielt sich zur Schwester ablehnend, manchmal boshaft, und haßte sie bewußt. Als der Krieg eine feindliche Invasion brachte und die Bevölkerung das Haus nicht zu verlassen wagte, schloß sie sich der Schwester inniger an; es kam insbesondere zu gegenseitigen Liebkosungen an den Brüsten. Die Mutter gebar um diese Zeit das jüngste Kind, was an ihre alte Schwangerschaftsphantasie rührte; der bewußterweise immer innig geliebte Vater mußte einrücken und jetzt brachen die Ausnahmzustände und die Schlaflosigkeit aus.

Die neurotischen Zustände waren aber zunächst selten und wenig störend; erst als die nunmehr geliebte Schwester starb, brachen die Symptome in ihrer endgültigen Stärke durch. Sie hatte ihr wesentlichstes homosexuelles Liebesobjekt, beziehungsweise den Ersatz der oral geliebten Mutter verloren, zog sich von der Welt zurück und regredierte in die Phantasie.

Nun zum Ausbruch der Psychose: am Todestage der Schwester wurde die Patientin zunächst mutistisch. Sie verlor auch den Ausdruck der deutschen Sprache. Wir konnten uns nur schriftlich und französisch verständigen. Als ich sie fragte, was die Stummheit bedeuten sollte, schrieb sie als erstes „θάνατος“ auf: es bedeute den Tod, und zeigte mir eine vor zwei Jahren geschriebene Tagebuchstelle, in der es heißt: „Ich werde hindorren, ich werde verstummen, ersterben, meine Lippen werden sterben.“ Daß sie das Deutsche „verlernt“ hatte, konnte zunächst auf ihren Widerstand gegen die Fortsetzung der Analyse zurückgeführt werden. Damit war aber die Ausschließlichkeit der französischen Sprache keineswegs erklärt. Dazu schrieb sie nieder: „*Il m'est maintenant si difficile de penser autrement que français. Et en outre ça m'était toujours une grande peine et un terrible chagrin le français.*“ Zwei Tage später erfuhr ich von ihr, daß die Mutter sie französisch unterrichtet hatte. Die Depression verstärkte sich, Suizidideen setzten mit aller Vehemenz ein. Es dominierte die Idee, in einer innen mit Glas ausgekleideten Kugel zu ruhen. Ich erfuhr (es war im Winter), daß die Patientin sich mit dem Gedanken herumtrug, sich in schneeiger Landschaft dem Erfrierungstode auszusetzen, eine Idee, welche schon in frühester Kindheit, lange vor dem Trauma, bestanden hatte und durchaus lustbetont war. Es wurde klar, daß der Mutismus zunächst einer Identifizierung mit der verstorbenen geliebten Schwester entsprach und überdeterminiert war durch Sehnsucht nach dem Mutterleib. Es ist zu betonen, daß wenige Tage vor Ausbruch des Mutismus die Erinnerung an die Kastrationsdrohung der Mutter durchgebrochen war. Schon im Mutismus, aber dann noch viel deutlicher in der Spaltung, kam die scharfe Ambivalenz der Mutter gegenüber zum Ausdruck: der intensiven oralen Fixierung und Mutterleibsehnsucht stand der Haß wegen der Kastrationsdrohung gegenüber.

Die Patientin akzeptierte alle ihr gegebenen Erklärungen über die Motive des Verstummens, in erster Linie die im Verlust der deutschen Sprache sich ausdrückende Ablehnung der Analyse. Der Mutismus wich nicht. Dieser Zustand dauerte dreieinhalb Wochen. Der Vater, dem die Veränderung ihres Zustandes mitgeteilt worden war, bestürmte mich mit drohenden und bittenden Briefen. Daher wurde in einem Konsilium beschlossen, den Versuch einer suggestiven

Behebung des Mutismus zu machen, das heißt die Patientin zu einem Laryngologen zu schicken, der sie faradisieren sollte. Die Patientin willigte ein, am nächsten Tage hinzugehen; am Vormittage wich der Mutismus spontan, aber nur, um einer hysterischen Psychose mit Spaltung der Persönlichkeit Platz zu machen.

Es kann nun kein Zweifel darüber bestehen, daß der Beschluß eines suggestiven Eingriffs in diesem Falle eine Fehlentscheidung war. Man hätte abwarten müssen, doch wie glatt sich solche Vorfälle auch theoretisch lösen lassen, in der Praxis hat man es gewöhnlich mit einer *vis major* zu tun: der Vater eröffnete geradezu ein Bombardement mit Briefen. Der Zustand der Patientin schien sich ins Unendliche hinziehen zu wollen. Auch eine Unterbrechung der Analyse hatte keinen Erfolg gehabt.

Am Nachmittag des nächsten Tages kam die Patientin wie gewöhnlich zur Sitzung, aber schon an der Tür fiel ihr verändertes Wesen auf: sie sieht wie geistesabwesend an mir vorbei und erkennt mich nicht, wer ich denn sei, sie habe so eine dunkle Erinnerung, mich einmal gesehen zu haben. Sie wisse nicht, wozu sie eigentlich hergekommen sei. Ob ich denn schon das Neueste wüßte: eine gute Bekannte von ihr, die Eva S. (ihr eigener Name) sei gestorben. Was sie denn jetzt anfangen, wie sie es den Eltern der Verstorbenen mitteilen solle? Dann fügt sie spontan hinzu, sie habe die Eva erwürgt, sie habe sie zu Tode geküßt. Auf einige an sie gestellte Fragen redete sie zunächst nach dem Typus Ganser vorbei. Wer sie sei, wisse sie nicht. Sie kennt sich auf der Straße nicht aus und hat auch sonst jede Orientierung verloren. Was das denn für eine Stadt sei? Wie eigentlich doch die Menschen dieser Stadt seien: sie habe auf dem Wege zu mir meine Wohnung nicht finden können und sich bei Straßenpassanten nach dem „Dr. Richilieu“ erkündigt, das sei doch mein Name, die Leute hätten aber gelacht. Die Eva S. sei vor dem Tode sehr traurig gewesen, sie habe sich vor dem „roten und dem weißen Tode“ gefürchtet. Wie erst später klar wurde, meinte sie mit dem roten Tode die angekündigte Behandlung durch den Laryngologen, welche Kastrationsbefürchtungen geweckt hatte. Auch die Bedeutung des „Eingriffes im Munde“ ist nicht zu übersehen. Der weiße Tod entsprach ihrer Phantasie, in schneeiger Landschaft zu sterben. Ihr selbst gehe es aber sehr gut; auf eine diesbezügliche Frage meint sie, sie habe doch die Analyse nicht nötig. Ich ließ die Patientin von der Pension aus, in der sie wohnte, abholen und besuchte sie nun täglich zu Hause.

In den drei folgenden Nächten ist sie erregt, will in der Nacht aus dem Hause, sie lasse sich nicht bewachen, auch nicht einsperren. Am Tage ist sie ruhig, freundlich und spricht mit den übrigen Pensionsbewohnern. In der dritten Nacht hört sie Glockengeläute, „Sterbegeläute“. Die an sie gelangenden Briefe zerreißt sie ungelesen, wie wir aber später erfuhren, hatte sie einem Briefe beigelegte Dollarscheine an sich genommen. Am vierten Tage geht es ihr besser, sie schläft gut, der Bauchschmerz und die Depression sind geschwunden, sie ist lebhaft, gesellig und aufgeräumt. Sie erkrankt vorübergehend an den Erscheinungen eines fieberhaften Lungenspitzenkatarrhs, die aber sonderbarerweise ebenso plötzlich verschwanden, wie sie gekommen waren. Sie spricht zusammenhängend, witzig, macht sich über die Ärzte lustig, die sie „für einen

Narren halten“, manchmal kann man sich des Eindruckes der bewußten Simulation nicht erwehren. Den Vater spricht sie per „Sie“ an, verspricht sich aber zweimal und sagt ihm „Du“. Sie ist nett und liebenswürdig zu ihm, richtet seine Krawatte, bevor er ausgeht, ermahnt ihn, sich die Schuhe zu putzen, er könne doch nicht so ausgehen. An der Idee, nicht die Eva S. zu sein, hält sie fest.

Von der „Verstorbenen“ spricht sie mit großer Liebe. Sie sei so unglücklich gewesen, der Tod sei für sie die einzige Möglichkeit gewesen. An Fragen nach der älteren Schwester hört sie vorbei. Sie selbst, meint sie schnippisch, sei „ein armer Narr“. In einem späteren Briefe an mich unterschreibt sie sich wie folgt: „Es grüßt Sie bestens . . . Da bin ich aber in Verlegenheit. Wer denn? ein namenloses Narrenkind.“ Den Beschluß, in eine Anstalt gebracht zu werden, nimmt sie mit ironischer Bitterkeit auf, widersetzt sich aber nicht. Doch konnte die Internierung wegen materieller Schwierigkeiten nicht durchgeführt werden und da die Patientin ruhig war, nahm sie der Vater nach Hause. Unsere Hoffnung, daß sich die Spaltung bald geben würde, blieb bisher (es ist seither genau ein Jahr vergangen) unerfüllt. Die Patientin geht nicht aus, spricht wenig, sitzt in ihrem Zimmer und hält an ihrer Idee, nicht die Eva S. zu sein, fest. Es ist nachzutragen, daß die Patientin vor ihrer Abreise den Wunsch äußerte, in Analyse zu kommen. Äußere Momente verhinderten, diesem Wunsche zu willfahren.

## II

Es wäre vollkommen fruchtlos, die Frage zu diskutieren, ob es sich hier um eine reine hysterische Psychose oder um eine unter dem Bilde der Hysterie verlaufende Schizophrenie handelt. Die Konsiliarii dieses Falles, Doz. Dr. Schilder und Dr. Jekels, teilten meine Ansicht, daß eine Schizophrenie nicht auszuschließen sei. Das kann nur nach dem weiteren Verlaufe entschieden werden. Doch muß die ungewöhnlich lange Dauer der Spaltung hervorgehoben werden. Die Symptomatik der vorpsychotischen Persönlichkeit ist eine typisch hysterische (hysterische Dämmerzustände, konversionshysterischer Bauchschmerz), nur der Charakter ist ausgesprochen schizoid (Neigung zum Autismus, das Fehlen der hysterischen Aufdringlichkeit in der Objektbeziehung, ihre außergewöhnliche Intuition und schließlich, was man vielleicht nicht gelten lassen wird, der Eindruck einer schizophrenen Persönlichkeit, den die Patientin von allem Anfang an machte). Zu ihrem schizoiden Charakter paßt auch vortrefflich der ausgesprochen asthenische Körperbau (s. Kretschmer: Körperbau und Charakter), doch muß daran gedacht werden, daß die Hysterie sich vorwiegend aus Persönlichkeiten des schizoiden Formenkreises im Sinne Kretschmers rekrutiert.

Gewisse Rücksichten zwingen uns, die libidotheoretischen Konsequenzen dieses Falles für eine Erörterung in geeigneterem Rahmen aufzusparen. Wir begnügen uns mit der Konstatierung, daß es sich bei unserer Patientin um eine deutliche Regression zur oralen Stufe handelt, ähnlich der bei der Melancholie. Schon in der Symptomatik kommt die Analogie zum Ausdruck. Die Eßstörung, die Depression, die Suizididee, der Mutismus, der an die oral bedingte Redehemmung der Melancholie erinnert. Vater, Mutter und Schwester werden oral geliebt, die Masturbation ist oraler Natur. Ferner die orale Identifizierung

mit der verstorbenen Schwester, die einmal schwer gehaßt war. Gegen die Mutter erhebt die Patientin wegen der erlittenen Enttäuschung schwere Vorwürfe. Abraham betont in seiner „Entwicklungsgeschichte der Libido“<sup>1</sup> seine Erfahrung, wonach bei der Melancholie schwere Enttäuschungen vor der genitalen Ödipusphase typisch zu sein scheinen. Eine solche Enttäuschung liegt in unserem Falle fraglos vor: die Kastrationsdrohung vor dem Ende des zweiten Lebensjahres. Andererseits fällt uns auf, wie früh die Genitallibido in Aktion getreten war, denn wir müssen annehmen, daß das betreffende Erlebnis den Abschluß einer Periode bedeutete, die längere Zeit vorher bestanden hatte.

Die Neigung unserer Patientin zum Autismus ist durch die enorme orale Fixierung und die so deutlich gewordene Sehnsucht nach dem Mutterleib wohl genügend determiniert. Letztere bediente sich des Todes der zuerst gehaßten, später oral geliebten Schwester, indem sie dem Wahn seinen Inhalt gab, wobei die Ambivalenz deutlich zum Ausdruck kam: sie habe die Eva S. „tot geküßt“. Die vorpsychotische Eva S. war aber mit der Schwester intensiv identifiziert. Der ideelle Suizid erfolgte am Todestag der Schwester und bedeutete, der Ambivalenz entsprechend, zweierlei: erstens nochmalige Tötung der Schwester und zweitens Suizid aus Schuldgefühl (also ähnlich wie bei der Melancholie). Die submanische Stimmung nach Ausbruch der Psychose kann unter anderem auch als Triumph über das getötete Objekt aufgefaßt werden. Dies leitet über zum ökonomischen Sinn der Spaltung: sie ist als Heilungsversuch aufzufassen und bezweckt die Befreiung vom introjizierten Objekt, beziehungsweise von dem mit ihm identifizierten Teil des Ichs auf dem Wege der wahnhaften Tötung. Wir wollen aber diese Bedeutung der hysterischen Spaltung gewiß nicht verallgemeinern.

Es sei bei dieser Gelegenheit darauf hingewiesen, wie häufig hysterische Spaltungen, bzw. Dämmerzustände von Mutismus begleitet sind. Dem hysterischen Mutismus kommt aber sicherlich die Bedeutung des Totseins ganz allgemein zu. Auch in Träumen steht Stummsein häufig für Totsein. Ich erinnere überdies an die Redewendung: „er ist für immer verstummt“ für „gestorben“. Eine andere Patientin mit hysterischen Ausnahmzuständen, welche sich mit der Absicht herumtrug, ihre Kinder und sich selbst<sup>2</sup> umzubringen, entwickelte einige mutistische Phasen; der Zusammenhang mit der Suizididee war offenkundig. Lediglich als Vermutung sei vorgebracht, daß der Mutismus auch der Regression in das orale Stadium des sprachlosen Säuglingsalters entsprechen könnte. Das geht aus dem Falle „Anna O.“ (Breuer u. Freud, Studien über Hysterie) mit ziemlicher Deutlichkeit hervor.

Der Sinn und der ökonomische Zweck der Spaltung (Sterben, Entlastung vom schuldigen Ich) scheinen demnach ziemlich klar zu sein. Die Dynamik der Spaltung bedarf breiter Erörterungen, die ich mir um so eher ersparen kann, als ich die Diskussion dieser Frage an anderer Stelle versucht habe.<sup>3</sup>

1) Neue Arbeiten zur ärztlichen Psychoanalyse. Nr. II, Intern. PsA. Verlag, 1924.

2) Ebenfalls in schneeiger Landschaft! Ist das eine zufällige Häufung oder handelt es sich um eine typische Suizididee?

3) Vgl. Reich: „Der triebhafte Charakter“, VI. Kap.: „Einige Bemerkungen über den schizophrenen Projektionsvorgang und die hysterische Spaltung“ (Neue Arb. z. ärztl. PsA., Nr. IV, 1925).

## III

Am Schlusse wollen wir uns noch mit Fragen technischer Natur auseinandersetzen. Gerade die Erörterung eventuell begangener Fehler soll es uns ermöglichen, sie künftighin zu vermeiden. Rücksichten auf etwaige Ausbeutung unserer Mitteilung zum Nachweis der „Schädlichkeit der Psychoanalyse“ dürfen uns daran nicht hindern. Daß wir mit „explosiblen Stoffen“ arbeiten, hat Freud als Erster betont. Es kommt darauf an, zu erfahren, wie man ihnen beikommt.

Die Patientin setzt in der Analyse sofort mit der Übertragung der traumatischen Situation ein: in der ersten Sitzung murmelt sie mehreremal leise: „ich fürchte mich“ vor sich hin. Der Sinn des Ausspruches wurde, ohne daß ich vom Trauma eine Ahnung hatte, sofort als eine Furcht vor meiner Person im Sinne einer sexuellen Beziehung erkannt. Die Patientin war nämlich aus der Behandlung durch einen älteren Herrn zu mir gekommen; dort hatte sie mehr die zärtliche Seite der Übertragung gezeigt, hier brach die sinnliche durch. Ich gab ihr diese Erklärung, wodurch der erste Widerstand beseitigt wurde, und die Analyse nahm ihren regelrechten Gang. Es war also die positive Übertragung in typischer Weise zum Widerstand geworden.

Die Produktion von Dämmerzuständen in der zweiten Woche während der Sitzung war natürlich ebenfalls Übertragungssymptom: der Sinn der Situation war, daß sie in der Phantasie das Trauma bei mir erlebt. Es wurde bereits berichtet, wie sie zur Erinnerung der vergessenen Szene kam. Eine Analyse der damit verknüpften Übertragungssituation war aber nicht erfolgt. Ich hatte effektiv keine Gelegenheit, der Patientin zu sagen, daß sie auch mich gemeint hatte, als sie bei mir die bekannten hebräischen Sätze sprach. Diesmal war die Übertragung nicht zum Widerstand geworden, denn die Patientin assoziierte, erinnerte, fügte sich in ausgezeichnete Weise durch volle zwei Monate, bis ein neuer Widerstand, diesmal negativer, ablehnender Natur, einsetzte.

Die Analyse dieses Widerstandes führte zunächst zur Besprechung ihrer positiven Einstellung sowohl zum ersten Analytiker als auch zu mir. Sie lehnte mich jetzt ab, weil ich sie zurückgewiesen, ihre verstellten Liebesanträge nicht akzeptiert hatte. Dies wurde ihr mitgeteilt, von ihr verstanden und akzeptiert. Der Erfolg war, daß die Patientin weitere Fortschritte machte und zur Analyse ihrer Ambivalenz der Mutter gegenüber gelangte. Jetzt erst erinnerte sie, wie die Mutter sie nach dem traumatischen Erlebnis nicht hatte anhören wollen, die Vorwürfe, die sie damals gegen die Mutter erhoben hatte und ihre Abneigung gegen sie. Die Ablehnung des Analytikers war also eine Übertragung der Ablehnung der Mutter. Dazu kam die früher besprochene Liebesenttäuschung. Die nunmehr vorherrschende Mutterübertragung war auch dadurch gekennzeichnet, daß die Patientin einen heftigen Fragedrang aktivierte; sie stellte zuerst banale, dann andere Fragen, wie zum Beispiel, ob sie noch eine Jungfrau sei und ähnliches mehr. Im Verlaufe der Analyse dieser Übertragungssituation erinnerte die Patientin den Inhalt der zweiten Art von Dämmerzuständen (Onanie an den Brüsten), die Szene aus dem zweiten Lebensjahre, sowie Details einer Fragedrangperiode aus der Zeit um die Geburt des Bruders: sie hatte die Mutter immerfort gefragt, was das denn für ein Ding wäre, das der Bruder da hatte (das Glied), bis die Mutter eines Tages mit den Worten: „Du

bist ein ungezogenes Ding“ dem Fragedrang ein Ende setzte. Einige Tage später kam der Todestag der Schwester und es erfolgte der Ausbruch des Mutismus. Auch dieser bedeutete ja in erster Linie Ablehnung der Analyse: sie hatte die deutsche Sprache verlernt. Diese Situation wurde der Patientin mit allen bekannten Hintergründen voll gedeutet und von ihr, wenn auch ohne Erfolg, akzeptiert.

Der Fall wurde in klassischer, vollkommen passiver Analyse durchgeführt. Nun haben aber gerade in jüngster Zeit Ferenczi und Rank<sup>1</sup> der Analyse der Übertragungssituation mit Recht größere Bedeutung beigemessen. Das Neue an ihren diesbezüglichen Ausführungen läßt sich kurz folgendermaßen charakterisieren: in der passiven, klassischen Analyse galt die Regel, die Übertragung erst dann zu analysieren, wenn sie zum Widerstande geworden ist.<sup>2</sup> Demgegenüber betonen Ferenczi und Rank, insbesondere letzterer,<sup>3</sup> die Notwendigkeit, die Übertragungssituation immer zu analysieren, auch wenn sie nicht zum Widerstande geworden ist, zum Beispiel auch aus jedem Traum die Übertragungssituation nach Möglichkeit herauszuschälen. So wollen sie die Analyse des Erlebten in erster Linie auf dem Übertragungswege erzielen.

Ich habe mich nun überzeugen können, daß man mit der klassischen Regel Freuds bei allen milderer Neurosen sehr gut auskommt, habe aber an Analysen von triebhaften Charakteren und schweren Charakterneurosen die Erfahrung gemacht, daß hier nur mit unausgesetzter Analyse der Übertragung Brauchbares auszurichten ist. Ich zähle unseren Fall zu den schwersten Neurosen und vermute, daß hier ebenfalls tägliche Übertragungsanalyse nötig gewesen wäre, ohne darum überzeugt zu sein, daß die neuere Anwendung der Übertragungsanalyse den Ausgang anders gestaltet hätte.

Viel wesentlicher scheint mir ein anderes Moment zu sein. Soll die analytische Arbeit fruchtbar werden, so muß das Ich des Patienten bereit sein, die Konflikte, welche in der Analyse aktiviert werden, insbesondere aber die durchbrechenden, verdrängt gewesenen Triebregungen zu verarbeiten. Dazu ist es notwendig, daß das Ich stark genug sei, die Bewußtheit sonst verdrängten Materials zu ertragen. In milden Fällen haben wir es von vornherein mit einem starken Ich zu tun und brauchen den Durchbruch des Unbewußten nicht zu fürchten. Es gibt aber auch Fälle (dazu gehört der unsrige), deren Ich nicht von vornherein jene feste Fügung aufweist, die zum günstigen Ausgang der Analyse unerlässlich ist. Deren Ich muß durch „Ichanalyse“ erst gestärkt werden, wie immer diese Ichanalyse auch aussehen mag. Es ist ja bekannt, daß „latente“ Schizophrenien durch die Analyse zu manifesten werden können, was nur auf die vorhandenen Defekte im Ich, beziehungsweise im Ichideal zurückzuführen ist. In solchen Fällen ist es nun notwendig zu bremsen, wenn die Assoziationen, die Erinnerungen, insbesondere die inestuösen Konflikte allzu rasch bewußt werden, wie in unserem Falle. Es wird aufgefallen sein, wie viel und wie verpöntes Material in der kurzen Zeit von dreieinhalb Monaten zum Durchbruch kam. Das Überfluten des Bewußtseins mit verdrängtem

1) „Entwicklungsziele der Psychoanalyse“, Neue Arbeiten z. ärztl. Psychoanalyse Nr. I. Int. PsA. Verlag, 1924.

2) Freud: Weitere Ratschläge zur Technik. (Ges. Schriften, Bd. VI.)

3) „Das Trauma der Geburt.“ Internat. PsA. Bibliothek, Bd. XIV, 1924.

Material muß ungünstig wirken, weil es nicht genügend verarbeitet werden kann, weil das Ich nicht genug Zeit hat, sich mit ihm stückweise abzufinden. Bei Neurosen ohne Ichdefekte kommt es niemals zu derartig gehäuften Durchbrüchen, es ist hier im Gegenteil die große Langsamkeit der Bewußterwerden charakteristisch. Unser Fall hat aber solche Defekte im Ich gezeigt, die in der Spaltung des Ich klar zum Ausdruck kamen und seinerzeit nicht genügend gewürdigt waren.

*Eingegangen am 1. Dezember 1924.*

## Koinzidierende Phantasien bei Mutter und Sohn

### Von Dr. Karl Abraham (Berlin)

Ein junger Mann, der sich in meiner psychoanalytischen Behandlung befand, hatte seit früher Jugend beobachtet, daß seine Mutter neben ihrer Ehe intime Beziehungen zu einem Freunde unterhielt. An diese Tatsache knüpften sich bei ihm typische Phantasien im Sinne der Hamlet-Geschichte: die Mutter werde gemeinsam mit ihrem Freunde den Vater umbringen. Diese seit Jahren wiederkehrenden Tagträumereien wurden der Analyse unterworfen und traten zurück, als dem Patienten bewußt geworden war, daß sein eigener verdrängter Wunsch dahin ging, mit Hilfe der Mutter den Vater zu beseitigen. Nachdem die dem Vater feindlichen Phantasien des Patienten weitgehend analysiert waren, berichtete er mir eines Tages ein sonderbares Vorkommnis. Während die ganze Familie am Mittagstisch saß, hatte die Mutter erzählt, sie habe in der Nacht etwas Eigentümliches geträumt. Ein fremder Mann habe sie verhöhnt und sich geringschätzig über ihre Fähigkeiten und Eigenschaften geäußert. Sie habe ihn dann mit Hilfe des Herrn X. (ihres Freundes) hinausgeworfen.

Mein Patient hatte bei der Erzählung seiner Mutter aufgehört und augenblicklich verstanden, daß der Fremde niemand anderer sein konnte, als sein Vater, den die Mutter gemeinsam mit ihrem Freunde „hinauswarf“, d. h. beseitigte. Er schloß mit Recht daraus, daß die Phantasie seiner Mutter sich mit der gleichen Untat befasse, wie zuvor seine eigene. Die Übereinstimmung ging sogar noch mehr ins Einzelne. Auch er selbst hatte gegen den Vater oftmals in der Phantasie den Vorwurf erhoben, er wisse die wertvollen Eigenschaften seiner Frau nicht zu schätzen. Mit dem nämlichen Vorwand begründet diese selbst die Beseitigung des Ehemannes.

Das Beispiel zeigt, in welchem Maße Tagträume einer Person mit Phantasiegebilden einer anderen zusammenfallen können.

## Beitrag zur Psychologie des Sportes

### Von Dr. Helene Deutsch (Wien)

Das vorliegende Erfahrungsmaterial ergab sich aus der Psychoanalyse eines Patienten, der an Impotenz mit Angstzuständen und Depressionen leidet. Der Patient, dem es infolge seiner Minderwertigkeitsgefühle fast unmöglich ist, in



seinem Beruf etwas zu erreichen, oder in gesellschaftliche Beziehungen zu treten, hat nur eine Möglichkeit, sich zeitweise „vollwertig“ zu fühlen und seiner Komplexeinstellungen restlos Herr zu werden. Er bringt es nämlich zustande, sich eifrig in allen möglichen Formen des Sports zu betätigen. Im Laufe der Analyse hatten wir oft Gelegenheit, die Beziehungen zwischen seinen sportlichen Interessen und seinen Symptomen aufzudecken und festzustellen, welche Triebregungen dabei desexualisiert, bzw. sublimiert wurden und in welcher Weise es dem Patienten gelungen ist, seinen Kastrationskomplex zu überwinden, d. h. dessen Ausdruck in Minderwertigkeitsgefühlen in der sportlichen Betätigung zu kompensieren. Obwohl diese Ermittlungen dem Analytiker nichts Neues bieten, erscheint mir doch das gewonnene Material eines Berichtes wert, weil die frühinfantilen Erlebnisse des Patienten einen Einblick gewähren in den Mechanismus, dessen sich die Komplexe bedienen, um den psychischen Apparat durch eben diese Abfuhrform zu entlasten. Dieser Mechanismus, der an und für sich auch nichts Neues für uns bietet, scheint mir aber in diesem Zusammenhang der Aufmerksamkeit würdig zu sein und etwas für die Psychologie des Sportes prinzipiell Wichtiges darzustellen.<sup>1</sup>

Während der Analyse hatten wir mehrmals Gelegenheit uns mit einem Traum zu beschäftigen, der, in verschiedenen Variationen auftretend, sich seit der ersten Kindheit immer mit demselben Inhalt wiederholte und mit intensivstem Angsteffekt verbunden war. Ein kugeliges Gebilde, ein Ball, ein Luftballon, ein rundes Gebäude, eine romanische Säule, eine Wolke von kugeliger Form, ein exotischer Vogel usw. schwebt in diesem Traume über seinem Kopfe und droht ihn beim Herunterfallen zu vernichten. Der Patient sucht vergebens nach Hilfe und erwacht mit Angstsensationen.

Die Analyse dieses Traumes erleichterte uns den Weg bei der Verfolgung der Symptome zu ihren Ursprungstellen. Im vierten Lebensjahr des Patienten entdeckten wir seine infantile Neurose, die sich zuerst in der typischen kindlichen Dunkelheits- und Einsamkeitsangst dokumentierte. In seiner damaligen Angstphantasie streckte sich ihm eine Hand drohend entgegen. Die Angst vor dieser Hand war der Inhalt seiner Befürchtungen. Zu dieser Zeit stand Patient unter dem Zeichen schwerer Kämpfe gegen die Masturbation mit masochistisch-sadistischen Phantasien. Die Hand, die sich ihm in der Dunkelheit entgegenstreckte, war die strafend-kastrierende Hand des Vaters, seine Angst also Kastrationsangst.

Diese ersten Angstzustände wurden im achten Lebensjahr durch eine ausgesprochene Phobie abgelöst. Diese Phobie hatte denselben Inhalt wie seine Angstträume; die Erinnerung an dieselbe gehörte zu einem ganz verschütteten Material und kam erst im späten Stadium der Analyse zur Sprache. Sein damaliger Zustand stellte eine Art Platzangst mit scharf umschriebenem Inhalt dar. Er befürchtete nämlich, daß ein Ball, mit dem er selbst spiele, oder ein von jemand anderem geworfener Ball könnte ihm auf den Kopf fallen und ihn tödlich verletzen oder ihn durch Schwächung des Kopfes zum Idioten machen. Diese Angst schränkte seine Bewegungsfreiheit ein, denn überall befürchtete er das unheimliche Ereignis. Auch diese Phobie erwies sich, wie

<sup>1</sup>) Melanie Klein versuchte in ihrer Arbeit „Zur Frühanalyse“ (Imago, Bd. IX, 1923) dieser Frage näherzutreten.

die ersten Angstzustände, als Kastrationsangst, wobei hier die drohende väterliche Hand durch den Ball ersetzt wurde. Die Erklärung, wie die Hand der Verwandlung in eine Kugel unterlag, würde uns zu weit von unserem Thema führen; ich möchte nur kurz andeuten, daß dabei das als „kugelig“ perzipierte Genitale des Vaters und die kugeligen Organe der Mutter eine Rolle spielten.

Die Phobie dauerte kurze Zeit und wurde dann von diffusen Angstgefühlen, leichten Zwangssymptomen usw. abgelöst.

Kurze Zeit nach dem Verschwinden der Phobie, vielleicht unmittelbar nachfolgend, entwickelte sich beim Patienten die erste eifrige Sportneigung. Sonderbarerweise war es gerade der Ballsport, der sein Interesse fesselte, das Spielen mit einem Ball, dann Fußball, Tennis, von da aus entwickelten sich die sportlichen Neigungen weiter.

Wir sehen, daß die ganze selbstgeschaffene, lustbringende Spielsituation mit der phobischen identisch ist: dadurch, daß der Patient in Spannung die Kugel erwartet. Der Unterschied beider Situationen besteht darin, daß er in der Phobie unzweckmäßig die Flucht ergreift, im Sportspiel zweckmäßig die Situation zu beherrschen versucht. Wir haben bereits erfahren, wie die Phobie eine Fortsetzung der Angst vor der drohenden Hand ist, wobei die Kugel das nach außen projizierte Angstobjekt darstellt: nämlich die kastrierende Hand des Vaters, der in jener Phase das libidinös begehrte und gleichzeitig gehaßte Objekt war.

Wenn wir zum Ausgangspunkt weiterer Erwägungen die Tatsache nehmen, daß die sportliche Situation inhaltlich die phobische wiederholt, so müssen wir annehmen, daß sie auch ökonomisch denselben Zweck verfolgt: den psychischen Apparat von der inneren Last zu befreien, durch Verlegung der Triebgefahr in die Außenwelt und Erledigung derselben durch entsprechende Abwehrreaktionen.

Wir wissen jedoch, daß in der Phobie die Angst nicht vollkommen gebunden werden kann, weil es doch nicht gelingt, die innere Gefahr tatsächlich nach außen zu verlegen; auch geschieht dies nur um den Preis des selbstaufgelegten Verbotes und Verzichtes, also unter dem Zeichen der Unlust. Anders ist es bei der sportlichen Leistung. Hier gelingt es vollkommen, die von innen drohende Gefahr nach außen zu verlegen, also die neurotische Angst in eine Realangst zu verwandeln und durch Einhaltung bestimmter Bedingungen statt der Unlustsituation der Phobie die lustpendende des Spieles zu schaffen.

Nach der Überführung eines individuell verschiedenen Quantums der Kastrationsangst in die Realangst werden in der sportlichen Situation jene Bedingungen hergestellt, die zur Erledigung derselben die idealsten sind, und zwar: die Erwartungsbereitschaft, die Abschätzung der drohenden Gefahr, die Prüfung eigener Kräfte, rationeller Angriff und Verteidigung.

Ich spreche von der realen Angst der sportlichen Situation, obgleich es in der Wirklichkeit nicht zur intensiveren Angstentwicklung kommt. Das hier auftretende, erregende Spannungsgefühl ist jedoch nur quantitativ und nicht qualitativ von der Angst verschieden. Es gibt auch hier graduelle Unterschiede, und auch erfahrene Sportleute wissen von Erregungen zu erzählen, die uns als Angstäquivalente bekannt sind.

Das nun in der Außenwelt befindliche Angstobjekt, dem die Bewältigungstendenzen gelten, ist der sportliche Partner, beziehungsweise das zu bewältigende Element: Gebirge, Wasser, Luft usw.

Auch andere libidinöse Regungen kommen hier zur Entladung, doch liegt ihre nähere Erörterung nicht im Rahmen dieser Mitteilung. Vor allem sind es homosexuelle Neigungen und die damit zusammenhängenden Aggressionstendenzen sowie masochistische Strafwünsche, die hier in einer desexualisierten, ichgerechten Form zur Abfuhr gelangen. Ob es sich dabei um einen nicht verdrängten Teil der libidinösen Regungen, also um wirkliche Sublimierungen handelt, oder um Reaktionsbildungen, ist für uns in diesem Zusammenhang belanglos.

Durch die Möglichkeit der Abfuhr in ichgerechter Form wird der Konflikt zwischen den Ichtendenzen und Sexualtrieben vermindert, und durch das harmonische Wirken beider kommt es zu einer Steigerung der Machtgefühle im Ich.

Ein anderes, das Ich befriedigende Motiv liegt in der beim Sport so ausgeprägten Exhibition und in dem damit zusammenhängenden Gefühl der eigenen körperlichen Macht. Auf den Zusammenhang des letzterwähnten mit dem Kastrationskomplex hat Hárník bereits hingewiesen.<sup>1</sup>

Dank dem ichgerechten Charakter der Entladung und der mit ihr verbundenen Stärkung der narzißtischen Selbstgefühle wird der ganze oben angenommene Prozeß der partiellen Erledigung der Kastrationsangst stark lustbetont, im Gegensatz zur Unlust der Phobie. Die hier vorgebrachte Erklärung gestattet ihre Verallgemeinerung zur Annahme, daß die sportliche Betätigung auch beim nicht ausgesprochen neurotischen Individuum dem gleichen Mechanismus der Projektion einer Angstquelle nach außen und der Angsterledigung dient. Es gibt nämlich auch beim Normalen Situationen, in denen die sonst restlos gelungene Angstbindung plötzlich scheitert, das ganze narzißtische stolze Gebäude zusammenfällt und der sportliche Herkules die aus dem Dunkeln wiederkehrende Hand offensichtlich zitternd und ängstlich erblickt. Es sind das jene Momente, in welchen der Sportler plötzlich ohne rationelle Begründung von Angstgefühlen befallen wird. Diese Angst tritt entweder zu Beginn einer sportlichen Leistung — als eine Art Lampenfieber — auf oder sie überrascht ihn mitten auf der Turnleiter, auf einem einsamen Gebirgsteg oder sonst einem sportlichen Betätigungsfeld. Sie hat dann den Charakter der neurotischen Angst und deutet auf den Durchbruch, auf das Mißlingen der scheinbar geglückten Bewältigung.

So sehen wir im Sport eine jener Schutzvorrichtungen oder Ventile, durch die sich der geplagte Mensch eines winzigen Stückes seiner Angst vor der drohenden Hand zu erwehren versucht.

Von da aus wird uns auch verständlich, warum sich der waghalsige Tourist unter größter Lebensgefahr in das unsichere Erlebnis begibt: er versucht sich eines Teiles seiner Todesangst zu entledigen, indem er sich in den Kampf gegen die drohende Hand (Gott — Vater — Natur) hinauswagt, nachdem es ihm gelungen ist, die in ihm herrschenden Gewalten in der Außenwelt unterzubringen und so seine Gewissensangst in eine reale umzuwandeln. Auf diese Weise wird die ursprüngliche Situation zwischen Ich und Außenwelt wiederhergestellt, der ganze Kampf spielt sich nicht mehr zwischen den Ich-

1) Hárník: Schicksale des Narzißmus bei Mann und Weib. Int. Ztschr. f. Psychoanalyse, Bd. IX, 1923.

instanzen, sondern zwischen Ich und Außenwelt ab. Auch der soziale Wert des Sportes liegt psychologisch zum Teil darin, daß durch diesen Prozeß der Verlegung des Kampffeldes Aggressionsneigungen ichgerecht abgeführt werden. Durch Steigerung der narzißtischen Befriedigung wird die Wunde des Kastrationskomplexes gemildert und vor allem wird die Möglichkeit geschaffen, ein Stück der allmenschlichen Kastrations-, beziehungsweise Todesangst rationell zu erledigen.

*Eingegangen im November 1923.*

## Bewußtseinsfremdes Erinnerungsmaterial im Traume

### Von Dr. Otto Fenichel (Berlin)

Ein Patient, der wegen Schwierigkeiten, die aus seinem zwangsneurotischen Charakter stammten, die Behandlung aufgesucht hatte, stand unter dem grundlegenden Einfluß von verdrängten frühinfantilen Sexualbeobachtungen an seinen Eltern. Seine Neurose war beherrscht vom Konflikt zwischen positivem und negativem Ödipuskomplex. Der Patient hatte sich mit beiden beobachteten Partnern identifiziert und konnte auf keine der beiden Lustmöglichkeiten endgültig verzichten. Indem er sich während seiner Kindheit vorwiegend mit seinem Vater identifizierte, konnte er während derselben halbwegs gesund bleiben; er hatte dabei mit seiner jüngeren Schwester vom sechsten Lebensjahr an ein regelrechtes Liebesverhältnis. Als aber später im homosexuellen Milieu des Kriegsdienstes die verdrängt gewesene Mutteridentifizierung durchbrach, erkrankte er unter allen Zeichen eines schweren Schuldgefühls. Die Neurose wurde im Verhältnis zu einer Freundin manifest, die vorher die eines militärisch vorgesetzten Kollegen gewesen war. Erwähnt sei noch, daß bei der Analyse der Kastrationsangst mit dem Einfall einer „vagina dentata“, die den Patienten verschlucken könnte, eine eigenartige Sensation wiedererwachte, die der Patient in der Kindheit gekannt, seither aber bis zur Analyse vergessen hatte. Sie war in Worten nicht wiederzugeben. Der Versuch, es dennoch zu tun, lautete: „Mit kolossaler Geschwindigkeit — im Dreck — nach abwärts.“

Als die Analyse schon recht weit vorgeschritten war, erfuhr der Patient, daß seine jüngere Schwester sich verlobt hatte. Das Material, das durch diesen rezenten Anlaß zum Vorschein kam, ließ den außerordentlich intensiven Sadismus des Patienten in neuem Lichte erscheinen. Dieser galt nicht nur, wie bisher angenommen worden war, beiden Eltern, — die Grausamkeit beinhaltete dabei beiden gegenüber sowohl die Beseitigung, die das sexuelle Beisammensein mit dem anderen Teil ermöglichen sollte, als auch das sadistisch gedachte sexuelle Beisammensein selbst, — sondern auch einem phantasierten Bruder. Der Patient hat nicht nur einem Hund, der ihm zärtlich zugetan war, plötzlich die Haare ausgerissen, bis er ihn biß, sondern auch mit Leidenschaft und Ausdauer kleine Schmutzkäfer getötet, die aus einem Schmutzgraben krochen; er träumte auch, daß er Spielkameraden in einen Abgrund stoße. Es wurde die Vermutung ausgesprochen, daß eine oft erwähnte gynäkologische

Erkrankung der Mutter ein Abortus gewesen sein dürfte und daß gegen diesen nie geborenen Bruder sein Haß wüte. Ganz dunkel trat nunmehr eine Erinnerung auf, er glaube wirklich, es habe geheißen, er werde einen Bruder bekommen, dann sei die Mutter krank geworden.

Nach einem neuen Brief der verlobten Schwester brachte er nun in außerordentlichem Affekt einen eigenartigen „Traum von unten“, den er mit der Sensation „Mit kolossaler Geschwindigkeit — im Dreck — nach abwärts“ zusammenbringt; der ganze Traum sei gleichsam unter dieser Sensation geträumt. In diesem Traum, den der Patient, dessen Muttersprache nicht die deutsche ist, später aufschrieb, heißt es wörtlich:

*„Auf einmal höre ich einen starken Schrei. Ich laufe in der Richtung und öffne das Zimmer, von wo der Schrei kommt. Ich sehe dort eine nackte Frau, die von einem kleinen weißen Hund an den Genitalien blutig gebissen wird. Ich treibe den Hund weg und laufe ihm nach. Als ich ihn erreiche, verwandelt sich derselbe in einen sehr ekelhaften Käfer, der in meiner Kindheit in unserem Schmutzgraben hauste, aber er ist rot, voll mit Blut und zirka 30 cm lang. Ich trete demselben auf den Schwanz, da krümmt er sich. Ich laß ihn dort und will zu der geretteten Frau zurück. Ich bin aber in der Großstadt und finde nicht den Weg. Ich kehre in ein Klosett ein und da sehe ich in dem Loch eine mächtig große hirntartige Masse. Es ist Hirn oder Dreck. Es hat eine dunkelrötliche Farbe. Ich schaue es an und da verschwindet es auf einmal. Es ist so schwer, daß es von selber die Klappen hinunterdrückt. Jetzt werde ich auf einmal bewußt, daß ich schwer krank bin. Ich bin ‚dreckkrank‘. Ich muß in einen Badeort und da geh’ ich nach G., einen kleinen Badeort neben meiner Heimatstadt. Dort ist eine Ärztin, die Dreckkranken helfen kann. Wie ich ankomme, seh’ ich auf eine Tafel aufgeschrieben, daß von fünf Dreckkranken drei gestorben sind. Ich träume noch etwas weiter, ich glaube, es sind Badeerinnerungen aus meiner Kindheit.“*

Es ist nicht zu verwundern, wenn zu einem solchen Traum zunächst keine Einfälle kommen wollten. Der Patient bahnte aber doch einen Weg zu seinem vollen Verständnis an, indem er eine Stelle zur näheren Erörterung herausgriff: Die hirntartige Masse im Klosett. Zu ihr fällt ihm „Hirn mit Ei“ ein, das man ißt. Es war aber kein solches Hirn, sondern gleichzeitig Blut und Dreck und dunkelrot. Er kann diesen Eindruck nicht wieder los werden. Es war auch ein Laib Brot, jedenfalls etwas zum Essen, ein Mittelding zwischen Hirn, Blut, Kot und Brot. Er sieht die Form noch ganz genau vor sich. Es unterscheidet sich vom Brot durch die Erhöhungen und Gruben dazwischen, die das ganze wie das Gehirn überziehen. Die Erhöhungen und Gruben sind aber nur auf der einen Seite, die Rückseite ist glatt und wie mit einer dunkelroten Haut überzogen. Er sieht diese Haut, die blutig und dreckig ist, herunterfallen, sie ist dunkler rot als die eigentliche Masse, in die weiße Inseln eingestreut sind. — Diese Beschreibung ist nicht zu verkennen. „Wissen Sie, was das ist, der Mutterkuchen?“ fragte ich den Patienten. — „Ja, was bei der Geburt nach dem Kind herauskommt. Warum fragen Sie?“ — „Wissen Sie, wie er aussieht?“ — „Keine Ahnung.“ — Ich holte den anatomischen Atlas und zeigte dem Patienten eine Plazenta. „Das hab’ ich doch geträumt!“ rief er aus, war außerordentlich erregt und wußte sich das Wunder nicht zu deuten, wie er von etwas träumen könnte, das er nicht wüßte. Er müsse es

einmal gewußt haben, meinte ich, und es sei nichts gar so Seltenes, daß verdrängte Eindrücke aus dem dritten Lebensjahr im Traume unverändert wieder auftauchen.

Nach dieser Entdeckung wird es nicht schwer, eine Erklärung dafür zu finden, warum zum ersten Teil des Traumes die Einfälle völlig versagten. Es ist ein Wiederholungstraum, der uns die Geschichte des infantilen Traumas vorführt, das die Analyse schon hypothetisch erschlossen hatte. Damals wurde ein Bruder geboren, der gleich tot war. Aktuell wurde im neuen Schwager wieder ein Bruder geboren. Der Traumwunsch für den ersten Traumteil lautet: Möge es doch wieder so gut abgehen wie damals! Er hörte damals also offenbar die Mutter schreien, lief zu ihr hinein. Der weiße Hund, den er zuerst sah, kann vielleicht für weiße Wäsche stehen. Daß der neugeborene Käfer, der als Hund der Mutter die Genitalien blutig gebissen hat, rot ist und gerade 30 cm lang, läßt wahrscheinlich erscheinen, daß das Kind nicht nur die Plazenta, sondern auch die Frühgeburt selber gesehen hat. (Nur um eine solche kann es sich gehandelt haben.) Er zertritt diesen Käfer, d. h. er macht sich seiner bösen Wünsche wegen für den Tod dieses kleinen Bruders verantwortlich. Da er zur geretteten Frau, also zur Mutter, zurück will, ist er in der Großstadt und findet nicht den Weg. Das bedeutet „Ich kenne mich nicht aus mit dem, was da vorgeht“. Im Grübeln darüber entdeckt er „im Klosett“ die Plazenta, die die Sache noch rätselhafter macht; also wohl in einem Gefäß zusammen mit Dingen, die er für Kot halten mußte.

Der Patient bestätigt diese unsere Analyse sofort, indem er nunmehr Einfälle bringt, die den zweiten Traumteil verständlich machen. Wir erfahren, was es mit der „Dreckkrankheit“ auf sich hat. Er hat als Kind oft die Hosen beschmutzt, da sagte man ihm, das täten nur kranke Kinder. Und tatsächlich bestätigte ihm ja jetzt die Mutter, daß das Kinderkriegen eine schwere Krankheit sei. Er gebiert nicht Kinder, sondern Kot. Wenn er jetzt bemerkt, daß er selbst dreckkrank sei, so ist das die Identifizierung mit der gebärenden Mutter. Die Mutter ist später auch tatsächlich zur Erholung in den Badeort gefahren, der das ständige Sehnsuchtsziel seiner späteren Kindheit war und in den er nunmehr im Traume fährt, sich selbst also in jeder Beziehung an die Stelle der Mutter setzend. Die Ärztin, die die Dreckkrankheit heilt, ist eine alte Köchin, die mit seinem Genitale gespielt und ihn wohl auch gereinigt hat, wenn er sich beschmutzt hatte, ihn so von der Dreckkrankheit heilend. Von fünf sind drei gestorben, bedeutet: Von den fünf Geschwistern (er hat außer der jüngeren noch zwei ältere Schwestern, also mit dieser Frühgeburt zusammen wären sie fünf) sollen drei sterben, nur er und die jüngere Schwester, mit der er das Verhältnis hatte, sollen übrig bleiben. (Vielleicht vernachlässigt er auch die älteren Schwestern und meint, Mutter, Neugeborenes und jüngere Schwester sollen sterben, er und der Vater übrig bleiben?)

Wie zu erwarten, führten die weiteren Assoziationen zur Dreckkrankheit mitten ins Gebiet des Kastrationskomplexes. Er hatte erwartet, die Mutter werde im Badeort sterben. Wenn er, sich ihr gleich setzend, vom Vater ein Kind wünscht, so muß auch er wie sie sterben. Man drohte ihm, wenn er die Hosen beschmutze, müsse er sterben. Also die symbolische Gleichung: *Dreckkrank sein — Kinder kriegen — Sterben — kastriert werden.* — Als er

einmal eine gleiche Matrosenkappe bekam wie seine Schwestern, machte er einen großen Krach, weil er kein Mädchen sein wolle, und warf sie ins Klosett. Die Krankheit wird also vom Vater empfangen, wenn man sich der Mutter gleichsetzt. Solange er die kastrierenden Matrosenkappen den Käfern gleich ins Klosett warf, um männlich und vatergleich zu bleiben, blieb er gesund. Ja, noch als er im siebzehnten Lebensjahr eine Wiederholung der Urszene ins Werk setzte, tat er das so, daß er ein Kindermädchen in Gegenwart eines kleinen Kindes koierte, also in voller Vateridentifizierung. Als im Feld die Versuchung zu groß wurde und vielen feindlichen auch zwei gütige Vorgesetzte gegenüberstanden, als die Homosexualität sich Bahn brach und er, ein Kind sich ersahnend, zur alten Mutteridentifizierung regredierte, da gehörte zum Durchbruch dieser Identifizierung auch eine neuerliche Erkrankung; er erkrankte prompt an einer Zwangsneurose, die ja, insoferne sie der anal-sadistischen Organisationsstufe angehört, auch tatsächlich eine Dreckkrankheit darstellt. Was Wunder, wenn er, sich nach Gesundung sehnend, diese nur im Wege der Vateridentifizierung finden zu können glaubt und den ihn behandelnden Arzt deshalb im Traum durch eine Ärztin ersetzt.

Ein Erinnerungsgefühl an die erschlossene Frühgeburt der Mutter, deren Zeuge der Patient als Kind gewesen sein soll, stellte sich nie ein. Wohl aber bekamen wir eine ganze Reihe Indizien und indirekte Bestätigungen für unsere Hypothese.

## Analyse einer Symptomhandlung

Von Dr. M. Wulff (Moskau)

Eine Patientin kommt eines Tages unter anderem auf ihren Aufenthalt in Paris im Alter von 12 bis 13 Jahren zu sprechen, wobei sie ziemlich indifferentes Material mitteilt. Am nächsten Tag kommt sie in etwas deprimierter Stimmung mit der Angabe, sie hätte die Nacht sehr unruhig geschlafen, laut geschrien, so daß ihre Tante aus dem Nebenzimmer zu ihr kam und sie weckte; an Träume könne sie sich aber nicht erinnern. Nach einer kurzen Pause erzählt sie weiter: „Gestern gegen Abend, als es im Zimmer ziemlich dunkel war, habe ich mich plötzlich an eine schreckliche Geschichte aus der Zeit meines Pariser Aufenthalts erinnert. Ich hatte in Paris ein Zimmer im fünften Stock mit einem Fenster nach dem Hof, auf dem immer Katzen herumliefen. Eines Abends, als es im Zimmer schon ziemlich dunkel war, erschien plötzlich an meinem offenen Fenster ein großer, schwarzer Kater, setzte sich ruhig nieder und begann mich mit seinen gelben, leuchtenden Augen zu beschauen. Ich wurde ängstlich und wie er ganz unbeweglich da saß und mich mit seinen im Dunkel brennenden Augen fixierte, steigerte sich meine Angst bis zum Entsetzen; zitternd am ganzen Körper, verkroch ich mich in den entlegensten Winkel des Zimmers und blieb da wie verzaubert sitzen, ohne einen Laut von mir geben zu können. Der Kater kam am nächsten Abend wieder und der ganze Vorfall wiederholte sich. So ging es einige Tage hintereinander fast täglich, meine Angst nahm zu, so daß ich schon

den ganzen Tag unruhig war und mit Schauer und Unbehagen auf den kommenden Abend wartete; ich mußte nämlich abends zu Hause bleiben.

Nun muß ich hinzufügen, daß in meinem Zimmer ein Kanarienvogel war, den ich sehr liebte. Eines Abends, als der Kater am Fenster saß und ich vor Angst ganz erregt war, sprang ich plötzlich aus meinem Winkel auf, ergriff den Käfig und warf das arme, zappelnde Vögelchen dem schrecklichen Kater zu. Er verschwand sofort mit seiner Beute, ich aber merkte einen Blutstropfen auf dem Fenster, schrie laut auf und fiel um. Man hat mich nachher bewußtlos am Boden liegend gefunden.“

Die Analyse dieser Symptomhandlung gelang schnell und leicht. Es kam sofort eine Erinnerung an einen anderen sonderbaren, etwas phantastischen Vorfall, bei dem sie eine ähnliche Angst erlebt haben wollte. Im Alter von zehn Jahren lebte sie bei ihrem Onkel auf seinem Gut. Eines Tages wettete sie mit ihren Spielkameraden, daß sie sich auf die Geleise hinlegen und ruhig liegen bleiben könne, während ein Zug über sie hinwegsaust. Das will sie angeblich auch ausgeführt haben. Als die Lokomotive schon ganz nah war, habe sie das Bewußtsein verloren. Nachher habe man sie ganz unbeschädigt aufgehoben und es sei nicht leicht gewesen, sie zum Bewußtsein zu bringen. Ob das Erzählte eine wirkliche Tatsache oder eine Phantasie ist, kann nicht entschieden werden, ist aber auch nicht von Belang. Die Patientin erinnerte weiter einen Traum aus dem (ungefähr) fünften Lebensjahr, der von einem ähnlichen Angsteffekt begleitet war. Sie träumte von einem jungen Studenten, der mit einem langen Messer Frauen, darunter auch sie selbst und ihre Mutter, in Stücke schneidet, ähnlich wie man in der Küche Fleisch zum Kochen vorbereitet; es fließt viel Blut, aber die Frauen bleiben dabei ganz und gesund. Und zuletzt knüpfte sich an den Traum eine Erinnerung an einen belauschten Koitus des Studenten mit der Mutter, dessen Zeuge die Patientin im Alter von drei Jahren gewesen war. Äußere Umstände lassen an dem angegebenen Alter von drei Jahren keinen Zweifel aufkommen.

Die Analyse klärte also die Symptomhandlung auf; die Patientin opferte den Vogel, mit dem sie sich identifiziert hatte, zugleich aber war diese Opferung eine symbolische sexuelle Hingabe, wobei der Kater (Vaterimago, Totem) die Rolle des Mannes (Student im Traum) spielt. Der Koitus selbst wird als eine Zerstückelung (mit einem Messer) oder Erwürgen, wobei auch Blut fließt, perzipiert, entsprechend der sadistischen Sexualauffassung des Kindes.



## Referate

### Aus den Grenzgebieten

Lichtenstern, R.: Die Überpflanzung der männlichen Keimdrüse. Julius Springer, Wien 1924.

Die von dem Autor in diesem Buche niedergelegten Erfahrungen über die Keimdrüsen transplantation bei Keimdrüsenverlust, Keimdrüsenatrophie, Eunuchoidismus und Homosexualität haben Anspruch auf das psychoanalytische Interesse. Nach mehrfachen Angaben, und wie der Verfasser auf Grund eigener Beobachtungen bestätigen zu können glaubt, bestehen die psychischen Erscheinungen nach Operation oder traumatischem Verlust der Sexualorgane in depressiven, melancholischen Stimmungen, mangelndem Interesse an der Außenwelt, Verminderung der Energie, rascher Ermüdbarkeit bei geistigen Anstrengungen, Unlust zur Arbeit, Lebensüberdruß. Diese psychischen Veränderungen eilen den nach der Kastration auftretenden körperlichen Symptomen um Wochen voraus. Aus den angeführten Krankengeschichten und Operationsprotokollen ist zu entnehmen, daß nach Hodenimplantation bei Individuen mit traumatischer Kastration, bei denen jede geschlechtliche Erregung verschwunden war und Erektionen nicht mehr auftraten, sieben Tage nach der Operation die ersten Erektionen und vierzehn Tage später bereits erotische Träume und sexuelle Begehungen sich einstellten. In weiteren vier bis sechs Wochen war bei mehreren Fällen normaler Geschlechtsverkehr mit mäßiger Ejakulation möglich. Ein Patient, der drei Monate nach der Kastration operiert worden war, heiratete ein Jahr nach der Operation und ist nach nunmehr achtjähriger Beob-

achtung völlig gesund; ebenso ein nach einem Jahr operierter Fall. Ein Patient, bei dem zehn Jahre nach Verlust der Testes die Implantation vorgenommen wurde, verlief ebenso günstig. In diesem Falle war die Kastration im Alter von 32 Jahren erfolgt. Aber auch ein Patient, der im Alter von 14 Jahren nach einer Leistenbruchoperation eine Hodenschrumpfung mit allen Folgeerscheinungen in der Körperentwicklung (Eunuchoidismus) erlitten hatte, seither niemals ein Geschlechtsgefühl, keine erotischen Träume noch Erektionen gekannt hatte, bei dem dann elf Jahre später die Implantation vorgenommen wurde, soll nach sechs Tagen Erektionen, nach vierzehn Tagen erotische Träume gehabt und nach drei Jahren die erste Ejakulation erlebt haben. In der Zwischenzeit hatte Patient die Körperentwicklung nachgeholt mit allen sekundären Geschlechtscharakteren. Seit dem vierten Jahre nach der Operation war der Sexualverkehr in normaler Weise möglich.

Beim Eunuchoidismus — hier verfügt der Verfasser über acht Fälle — treten die Erfolge viel später auf als nach der Operation erwachsener Kastraten. Aber auch hier konnte in einigen Fällen nicht nur scheinbar vollkommener Libidoubau, sondern auch deutliche Charakterveränderungen erzielt werden. Bei einem Patienten mit Pseudologie und Drang zur Eigentumsentwendung soll diese Triebhandlung nach der Operation verschwunden sein.

Nachdem der Verfasser der Auffassung Steinachs von der Homosexualität sich anschließt, die dahin geht, daß dieselbe auf dem Vorhandensein einer zwittrigen Geschlechtsdrüse als Folge einer unvollständigen Differenzierung der embryonalen Keimstockanlage beruht, hat er eine teils einseitige, teils völlige Kastration in Fällen von Homosexualität vorgenommen und den Hoden eines Normalgeschlechtlichen implantiert. Bei einem dreißigjährigen Mann, der seit dem 14. Lebensjahre manifest homosexuell war und aus einer Familie stammte, in der sämtliche Geschwister homosexuell sind, beschreibt L. die Beeinflussung in folgender Weise: „Zwölf Tage nach der Operation meldet der Kranke, daß er Erektionen hat und zu seinem Erstaunen normalgeschlechtlicher

Natur sei. Der Inhalt seiner Träume seien Mädchen, nicht mehr Männer; die Erektionen werden von Tag zu Tag heftiger.“ Die heterosexuelle Libido nimmt in den folgenden Wochen zu. Erinnerungen an das frühere Tribleben werden als äußerst peinlich empfunden. Nach sechs Wochen normaler Koitus mit normalem Empfinden. Hand in Hand mit diesen Umstimmungen der Sexualität gingen auch Veränderungen in den sekundären Sexuszeichen vor sich.

Nicht in allen Fällen war der Erfolg derart ausgesprochen. Aber bei allen — einer davon soll ohne Erfolg analysiert gewesen sein — stellten sich nach kürzester Zeit unzweideutige Änderungen im Sexualempfinden ein.

F. Deutsch (Wien)

Lipschütz, Alexander: *The Internal secretion of the sex Glands. The problem of the „puberty gland“.* (Die innere Sekretion der Geschlechtsdrüsen. Das Problem der „Pubertätsdrüse“.) Hefers, Cambridge 1924.

Ein ausführliches Referat über die deutsche Ausgabe dieses Buches („Die Pubertätsdrüse und ihre Wirkungen“) erschien in dieser Zeitschrift (Bd. IV, 1920, S. 84). Der Autor hat jetzt sein Werk englisch veröffentlicht; die Revision wurde von Prof. Marshall besorgt. Die englische Ausgabe weicht von der deutschen in vielen Beziehungen ab; der Autor hat manches umgearbeitet und die neuesten Forschungsergebnisse der letzten Jahre mitaufge-

nommen. Das Buch ist bekanntlich eine der maßgebenden Veröffentlichungen auf diesem Gebiet und enthält außerdem eine vortreffliche Zusammenstellung der einschlägigen Literatur. Die Wichtigkeit des Themas für alle Forscher auf dem Gebiet des Sexuallebens, wo eine Scheidung zwischen Psychologie und Physiologie besonders schwer fällt, ist ohne weiteres einleuchtend.

Jones (London)

Pathologisch-anatomische und klinische Arbeiten zum Geburtstrauma.

Freuds Theorie von der Entstehung der Angst aus dem Erlebnis des Kindes während seiner Geburt hat die Aufmerksamkeit darauf gelenkt, daß neben dem Gebärvorgang, dem bisher die Geburtshilfe ihr hauptsächliches Augenmerk geschenkt, auch ein Vorgang des Geborenwerdens besteht, daß das Kind nicht nur Objekt, sondern auch Subjekt der Geburt ist. Außer Ranks bekanntem Buch zeitigte diese Einstellung die feinsinnigen Arbeiten von Alexander und Garley. Dieselbe Zeit brachte auf organischem Gebiete eine wichtige Parallelerscheinung:

Dr. Philipp Schwartz, Privatdozent am Frankfurter Pathologischen Institut, fand, — von der Annahme ausgehend, daß nach Sprung der Fruchtblase die Differenz des Druckes zwischen Gebärmutterinhalt und Außenwelt in den vorliegenden Kindesteil, also in der Regel den Schädel, Blut pressen müsse, — bei der Sektion von hunderten während oder kurz nach der Geburt verstorbenen Kindern Gehirnveränderungen. Da waren zahlreiche Rupturen größerer und kleinerer Venen mit ihren schon mit bloßem Auge wahrnehmbaren Schädigungen; da die kleineren

zerstreuten Zerstörungen. mit ihren je nach dem Zeitraum, den das Kind die Geburt überlebt hatte, mehr oder weniger fortgeschrittenen Ausgleicherscheinungen — Auflockerungs-, Verödungsprozessen, Bindegeweswucherungen — da die bisher als normal angesehenen, nun als Reaktion auf mikroskopisch kleine Blutungen erklärten Körnchenzellen. Namentlich für die asphyktisch Geborenen oder kurz nach der Geburt an Pädatrophie und Ernährungsstörungen Verstorbene konnten Gehirnerstörungen als Todesursache nachgewiesen werden. Auch bei den Überlebenden, vor allem den Idioten, wurden durch die klinischen Untersuchungen von Mitarbeitern, besonders dem Otologen Prof. V o ß, an der Hand von Reflexveränderungen die Folgen des Geburtstraumas aufgezeigt. So konnte der bisher bei Neugeborenen als normal angesehene B a b i n s k i s c h e Zehenreflex auf Schädigung *intra partum* zurückgeführt werden. Aber noch harren eine große Anzahl wichtiger Fragen, wie die der Epilepsie und der kindlichen Bewegungsstörungen, ihrer Lösung (Häufigkeit der Blutungen in den Stammganglien). Dies liegt an der uns Psychoanalytikern leicht verständlichen Tatsache, daß — im Gegensatz z. B. zu den doch scheinbar weniger interessierten Ohren- und Augenärzten — die Neurologen noch kaum auf die Funde reagiert haben. Wie wenig sie in die Schulpsychiatrie passen, die, im Augenblick angeführt von dem reuig zurückgekehrten K r e t s c h m e r, wieder sehr mit Heredität arbeitet, ersieht man daraus, daß beinahe der einzige Widerhall eine Polemik über die Körnchenzelle ist, deren krankhafte Genese bestritten wird. Nein, die einschlägigen Krankheiten dürfen nicht im Individualleben erworben sein, denn sonst müßte man am Ende noch zugeben: Nicht unsere Vorfahren sind an unseren Neurosen und Psychosen schuld, sondern wir selbst, unsere unbewußten Triebe; wir könnten sie auch bei uns bekämpfen, dürften sie nicht mehr gewähren lassen.

Für uns Psychoanalytiker sind diese Widerstände nicht vorhanden. Für uns ist die Erklärung der Asphyxie und der

Nachweis der Häufigkeit, ja fast Regelmäßigkeit derartiger Gehirnschädigungen durch die Geburt eine willkommene körperliche Parallele zu den von Freud postulierten Angstvorgängen. Wir begrüßen es, nun eine Ursache zu sehen, warum der eine mehr, der andere weniger unter Angst leidet. Wir freuen uns, jetzt wenigstens in einem Falle zu wissen, was wir uns unter dem „körperlichen Entgegenkommen“ F r e u d s vorstellen müssen. Aber wir erhoffen noch mehr Klärung mancher noch rätselhafter Äußerung des Bewegungstriebes, athetischer und choreiformer Unruhe. Wir akzeptieren auch gerne, daß durch die bei Frühgeburten — vergleiche die Arbeit von H o l l ó s — und besonders bei Erstgeborenen viel häufigeren Gehirnläsionen eine weitere Erklärung für das zahlreiche Auftreten von Neurosen bei diesen gegeben ist, also nicht einzig das psychische Moment entscheidet, sondern körperliches Entgegenkommen findet.

Aber noch einen — wenn ich so sagen darf — familiären Reiz haben die neuen gehirnanatomischen Arbeiten von S c h w a r t z für uns Schüler F r e u d s, der vor seiner analytischen Zeit Arbeiten wie: „Zur Kenntnis der zerebralen Diplegien des Kindesalters“ (Deuticke, 93) schrieb: Hier finden wir nämlich (im Gegensatz zu damaligen Autoritäten wie S t r ü m p e l l) schon die Bedeutung des Geburtstraumas: die verschiedenartigsten Gehirnbefunde — Auflösungsprozesse, sklerosierende Prozesse — werden darauf zurückgeführt. Man könne aus dem Gehirnbefund nicht entscheiden, ob er entzündlichen oder geburtstraumatischen Ursprungs sei (vergleiche heute den Streit um die Körnchenzellen!). Traumatisch könne verlangsamer, aber ebensogut beschleunigter Geburtsverlauf wirken (nach S c h w a r t z kommt es auf die Druckdifferenz an, die in beiden Fällen abnorm stark ist). Bei der Lektüre dieser alten Arbeiten genießen wir heute, da wir sein späteres Werk kennen, das Vergnügen zu sehen, wie er schon damals sich mit Problemen (z. B. dem Erstgeborenen, der Asphyxie) herumschlug, die andere kaum heute, Jahrzehnte später,

sehen; daß er schon damals Material sammelte, daß er erst vor kurzem verwertete; daß das, was er — wie seine Gegner z. B. bei der Angsttheorie meinen — aus leerer Spekulation zu geben scheint, aus erstaunlichen Kenntnissen auch der somatischen Seite der Neurologie schöpft.

Im folgenden seien die wichtigsten Arbeiten von Schwartz und seinen Mitarbeitern angeführt:

Philipp Schwartz: Erkrankungen des Zentralnervensystems nach traumatischer Geburtsschädigung. Zeitschrift f. d. ges. Neurologie u. Psychiatrie, 24. (Das Hauptwerk.) — Derselbe: Zeitschrift

f. Kinderheilkunde, B. 29, 21. — Derselbe: Zentralblatt f. Allgemeine Pathologie, B. 32, 21. — Derselbe: Zeitschrift f. Kinderheilkunde, B. 31. — Derselbe: Münchener Medizinische Wochenschrift, 22. — Derselbe: Klinische Wochenschrift, IV. Jahrgang, Nr. 8. — Voß: Geburtstrauma und Gehörorgan. Zeitschr. f. Ohrenheilkunde, 24. — Berberich u. Wichert: Zur Symptomatologie des Geburtstraumas. Zeitschr. f. Kinderheilkunde, 24. — Stern u. Schwartz: Klinisches zum Geburtstrauma. Klinische Wochenschr., 24.

Landauer (Frankfurt a. M.)

### Schweizer, Dr. Walter: Erklären und Verstehen in der Psychologie. Paul Haupt, Bern 1924.

Lehrreiche Polemik gegenüber der Jasperschen Anschauung von der Gegensätzlichkeit des Verstehens und des Erklärens in der wissenschaftlichen Methodologie. Jaspers bestreitet, wie bekannt, die Möglichkeit der kausalen Erklärung innerhalb der verstehenden Psychologie. Jede kausale Forschung müsse — nach Jaspers — in außerbewußte Grundlagen des Seelischen dringen, während die verstehende Psychologie im Bewußtsein stecken bleiben müsse. Verfasser weist nun die Selbstwidersprüche der Jasperschen Auslegungen nach und findet die Stellung-

nahme Jaspers' in zwei Vorurteilen begründet: in einem somatischen Vorurteil, das alles Psychische auf Körperliches zurückführen will, und in einem Vorurteil, welches in der Kausalität einen mechanischen Zusammenhang erblicken möchte. Auf Freudsche Gedankengänge wird, doch zu wenig, verwiesen. Verfasser stimmt Jaspers darin bei, daß nicht alles Seelische aus bloß Triebhaftem zu verstehen ist, es gebe ja noch außer den triebhaften Anlagen „Einstellungen“, „Ideen“, „Wertungen“ als letzte „Positionen“ des Erklärens.

Hermann (Budapest)

### Eliasberg, Dr. med. et phil. Wladimir: Psychologie und Pathologie der Abstraktion. Eine experimentelle Untersuchung über aufgabefreie (natürliche) Beachtungsvorgänge an vorschulpflichtigen Kindern, normalen Erwachsenen, akademisch Gebildeten, Apathikern, Dementen und verschiedenen Fällen von Hirnverletzung unter besonderer Berücksichtigung der Beziehungen des Denkens zur Sprache. (Beiheft 35 zur Zeitschr. f. angew. Psychol.) J. Ambr. Barth, Leipzig 1925.

Geschickte Versuche, deren Ergebnisse sich an mancher Stelle mit analytischen Erfahrungen berühren. So z. B. die Beobachtung, daß unter dem Einfluß der Hemmung eine tiefere Schicht der Bewegungsmechanismen hervortritt, oder die Beschreibung des Verhaltens der Kinder, welches sich durch eine innere Reifung vom Lustprinzip zum Realitätsprinzip kennzeichnen läßt (hier auch Be-

rufung auf Freud), oder die Feststellung, daß „primitivere Funktionsweisen und Inhaltsgestaltungen auf eine Hirnverletzung hin wieder ins Spiel treten können“. Auch eine neuerliche Bestätigung der primitiven Randwahl- und Mittewahl-tendenzen sowie der zwangsmäßigen „Häufung“ (Wiederholung) der Wahl wird aus den Versuchsergebnissen abgeleitet.

Hermann (Budapest)

Grote, L. R.: Über den Normbegriff im ärztlichen Denken, (Zeitschr. f. Konstitutionslehre, Bd. VIII, H. 5.) J. F. Bergmann, München, und Julius Springer, Berlin 1922.

Schriften wie die vorliegende, die sich mit den erkenntnistheoretischen Voraussetzungen des ärztlichen Denkens beschäftigen, sind ein Zeichen der Tendenz zur Selbstbesinnung in der Medizin und interessieren auch den psychoanalytischen Therapeuten. Aus der anregenden Schrift, die reichlich Stoff zum Nachdenken gibt, hebe ich einen Hauptgedankenzug hervor:

Der Verfasser unterscheidet im medizinischen Denken den klinisch ärztlichen und den rein erkenntnistheoretischen Anteil. Begriffe, die in dem letzten Bereiche Geltung und Bedeutung haben, brauchen diese nicht oder nicht in demselben Maße im ersteren zu haben. Das gilt vom Begriff der Norm. Dieser, wie er gewöhnlich gefaßt wird, ist der statistische oder der Begriff des Durchschnittlichen. Er ist, so lange eine oder nur wenige Eigenschaften in Frage stehen, graphisch durch binominale Kurven darstellbar.

Aber bleibt man auch nur bei der begrifflichen Formulierung dieses Normbegriffes, so zeigt sich, daß er nur einen rein erkenntnistheoretischen Wert hat und für die praktisch-ärztliche Betrachtung ungeeignet ist. Der statistische Normalmensch ist nur eine Fiktion, in Wirklichkeit gibt es ihn nicht, „oder, wenn es ihn gäbe, könnte er nur den Wert einer ungeheuren Seltenheit beanspruchen“.

Das, was der Arzt benötigt, ist eine Unterscheidung von Krankheit und Gesundheit. Es zeigt sich aber, daß der theoretische Normbegriff nur einen Unterschied zwischen dem, was ihm entspricht, und dem, was von ihm abweicht, der Anomalie, ermöglicht. Aber der Begriff der Anomalie deckt sich nicht mit dem der Krankheit.

Der Verfasser hat bereits in seinen „Grundlagen ärztlicher Betrachtung“ 1921 den Begriff der Norm als für das praktische ärztliche Bedürfnis unverwendbar bezeichnet und an dessen Stelle den Begriff der „Responsivität“ geprägt. Für

die Wertung, ob ein Mensch krank sei, ist „nicht ein errechenbarer Durchschnitt der Erscheinungsform“, „sondern der Normalzustand der Person“, „die persönliche Normalität der Person“ das Vergleichsmoment. Diese nennt er die Responsivität (das Sich-selbst-Entsprechen) der Person im Gegensatz zur Irresponsivität (dem Sich-selbst-nicht-Entsprechen) der Person. Er sagt: „Wir können an der Hand dieses Begriffes zwei Arten des lebendigen Ablaufes unterscheiden: responsives Leben, das die Existenz des Einzelwesens in — seinen Anlagen entsprechend — optimaler Form unter gegebenen äußeren Bedingungen gewährleistet, und irresponsives Leben, das dies nicht tut.“ „Der quantitative oder qualitative Abstand von der ‚Norm‘ erfordert nicht ärztliche Bewertung, sondern der Grad der persönlichen Existenzbeeinträchtigung ist der Maßstab der Therapie.“ Im Sinne des Begriffes der Responsivität wird die Anomalie zu einem reinen „Kennzeichen der Individualität“. „Die Fiktion der Normalität soll aufgegeben werden zugunsten des empirischen Begriffes der Responsivität,“ die einen Zustand umschreibt, „dessen Erkennung nur Vertiefung in die realen Existenzbedingungen der Person erfordert.“

Der Verfasser richtet sich auch gegen den „idealistischen“ Normbegriff, etwa von Kurt Hildebrandt (Norm und Entartung), für den die Norm „der höchste Wert einer Art“ ist, oder den der Rassehygieniker.

Versuchen wir, die Verwendbarkeit des Responsivitätsbegriffes für das psychoanalytisch-therapeutische Denken zu prüfen. Wir würden sagen können, daß durch die Technik der Bewußtmachung des Unbewußten, des Aufhebens der Verdrängungen, durch Energieverschiebungen der irresponsive Zustand störender, überstarker (Symptome und Hemmungen hervorrufender) Spannungen zwischen den psychischen Gruppen von Ich und Libido, Ich und Es, Über-Ich

und Ich in einen responsiven, das heißt in einen Zustand optimaler (erträglicher, Leistungs- und Genußfähigkeit gewährleistender) Spannungen übergeführt wird (vgl. Freud, Vorlesungen, Ges. Schriften, Bd. VII, S. 476). Auch hier ist es nur der Begriff der „persönlichen Normalität der Person“, der den psychoanalytischen Therapeuten leitet. Die Belanglosigkeit der statistischen oder eines idealistischen Normbegriffes für die Einwertung des zu behandelnden Zustandes als krank und des zu erreichenden als gesund ist hier ersichtlich.

Eine Einschränkung wäre zu machen. Steckt nicht doch im Responsivitätsbegriff, und zwar im Momente des Optimalen ein Stückchen Normbegriff idealistischen Charakters darin? Der Unterschied von dem gebräuchlichen Normbegriff bliebe, wenn man die Frage be-

jaht, gleichwohl gründlich. Der „Ideal-mensch“, auf den das „Optimale“ hinweist, ist ja kein freies Phantasieprodukt, auch kein Überindividuelles und Absolutes, sondern er ist die Normalität des einzelnen Individuums, die ideale Subkonstruktion der betreffenden einzelnen Person, gewonnen aus der Beobachtung ihrer Existenzbedingungen und nur für sie gültig, der Mensch, wie er wäre, wenn alles in ihm sich im günstigsten Zusammenspiele befände. Wir laufen wohl nicht Gefahr, diesen Idealbegriff zu verwechseln etwa mit dem Hildebrandts oder dem der Rassehygieniker oder gar mit dem Ideal-Ich eines Anfängers in der Psychoanalyse, der seinen Patienten „nach seinem Bilde“ formen will.

Müller-Braunschweig (Berlin)

## Aus der psychiatrisch-neurologischen Literatur

**Birnbaum:** Die Psychoanalyse vom Standpunkte der klinischen Psychiatrie. (Deutsche Med. Wochenschrift Nr. 51, 52, 1-4, 1924/25.)

Birnbaum gibt eine klare Darstellung der Grundgedanken der Psychoanalyse. Er hebt aus dem psychoanalytischen Lehrgebäude das hervor, das nach seiner Ansicht wissenschaftlich wertvoll und brauchbar und für die klinische Psychiatrie von Bedeutung ist. Aber man stellt mit Vergnügen fest, daß er schließlich alle wesentlichen Ergebnisse der Psychoanalyse akzeptiert. Seine Einschränkungen beziehen sich auf die „Monopolstellung“ des Sexuellen. Er übersieht hierbei jedoch, daß der Begriff des Sexuellen im psychoanalytischen Sinne sich keineswegs deckt mit dem Begriff, den wir im Alltagsleben unter der Bezeichnung sexuell meinen. Auch hat die Psychoanalyse niemals das Sexuelle als die allein wirksame Triebkraft im seelischen Leben dargestellt und immer wieder die Bedeutung der Ichtriebe betont. Gerade die letzten Arbeiten Freuds versuchen die Ichtriebe in tieferer Weise darzustellen. Die Gültigkeit der von Adler hervorgehobenen Mechanismen — Überkompensation, männlicher Protest,

Leitlinie — hat die Psychoanalyse nicht bestritten; sie hat nur den libidinösen Anteil aufgezeigt und hat mit der Durchforschung des Ideal-Ichs die psychologische Einsicht in diese Phänomene vertieft, ohne den Anteil der Ichtriebe zu vernachlässigen. Die meisten übrigen Einwände Birnbaums richten sich nicht gegen die Richtigkeit der psychoanalytischen Ergebnisse, sondern betonen nur, daß ihre Gültigkeit auf mehr oder minder zahlreiche Einzelfälle einzuschränken sei. Den Nachweis von Gebieten und Erscheinungen, welche sich der psychoanalytischen Betrachtungsweise grundsätzlich entziehen, hat Birnbaum allerdings nicht gegeben. Ich glaube, daß ihm dieser Nachweis auch außerhalb des Rahmens eines Fortbildungsvortrages (um einen solchen handelt es sich) nicht möglich sein wird. B. empfiehlt Vorsicht in der Annahme und Deutung der Symbole. Man kann ihm nur beipflichten; doch muß sofort hinzugefügt werden, daß für den Erfahrenen Symbolik durchsichtig und einleuchtend wird, wo der Unerfahrene nur

willkürliche Deutkunst sieht. Für jede Deutung eines Symbols wird schließlich der in den Einfällen und in der Gesamthaltung zutage tretende individuelle Erlebniszusammenhang maßgebend sein. Daß der individuelle Erlebniszusammenhang in den tieferen Schichten aller Menschen Gemeinsames aufweist, gehört zu den Ergebnissen der Psychoanalyse. Wenn auch die Birnbaum'sche Darstellung, die übrigens im wesentlichen nur das ältere Gut der Psychoanalyse berücksichtigt und die neuere Problematik derselben, offenbar aus methodischen Gründen, nicht berücksichtigt, für den

Psychoanalytiker nicht durchaus befriedigend ist, so stellt sie in ihrer klugen und sachlichen Art doch einen wesentlichen Fortschritt in der Stellungnahme der klinischen Psychiatrie zur Psychoanalyse dar, der zu begrüßen ist. Freilich dürfen wir uns nicht verhehlen, daß dieser Fortschritt die individuelle Leistung eines bedeutenden Vertreters der klinischen Psychiatrie ist, daß aber die Anzeichen fehlen, daß die offizielle deutsche klinische Psychiatrie geneigt ist, sich mit der Psychoanalyse in einer Weise zu beschäftigen, die der Würde des Gegenstandes entspricht.

Schilder (Wien)

Schilder, Paul: Seele und Leben. Grundsätzliches zur Psychologie der Schizophrenie und Paraphrenie, zur Psychoanalyse und zur Psychologie überhaupt. (Heft 35 der Monogr. a. d. Gesamtgeb. d. Neur. u. Psych.) J. Springer, Berlin 1923.

Inhaltlich baut sich diese Arbeit auf folgenden drei Grundprinzipien auf: 1) Jedes einzelne individuelle Erleben durchläuft eine phylo- und ontogenetisch vorgebildete Stufenleiter nacheinander folgender Entwicklungsphasen. 2) Jedes psychische Gebilde ist von einem Saume, der „Sphäre“, umgeben, eben darin die überwundenen Inhaltsbezüge mit sich tragend. 3) Wirklichkeitsanpassung, Denken, Begriffsbildung sind nur von der Biologie aus zu verstehen, unser ganzes psychisches Leben entfaltet sich auf triebhafter Grundlage. — Bei der Schizophrenie wird nun eine regressive Entwicklungshemmung des Denkens vorgefunden, das Denken gibt seine Produkte noch vor der endgültig möglichen Entwicklungsphase dem Bewußtsein ab, dadurch kommt das sphärische Material zur Herrschaft, jedoch nicht in logisch-klarer Weise gesondert, sondern durcheinander gewürfelt. „Auffassungsgrundlage“ und „Bedeutungsakt“ sind im schizophrenen Denken abgeändert, und zwar abgeändert nach den jeweilig vorhandenen biologischen Bedürfnissen. Bezüglich der Pathogenese der Schizophrenie schließt sich Schilder derjenigen Auffassung an, nach welcher es sich hier um eine Intoxikation handle, die körperlich (nicht seelisch)-konstitutionell vorbereitet ist. Durch diese Intoxi-

kation wird eine primitive Reaktionsweise der Psyche auf ihre Probleme herausgezwungen. — Im Kapitel „Körper und Welt“ werden diese zwei Korrelatbegriffe, ihre mehr-weniger schwankende Grenze und die Verwischung dieser Grenze einer in den Narzißmus und in die magische Denkweise mündenden Analyse unterworfen.

Methodologisch will sich die vorliegende Arbeit mit der Phänomenologie und der Psychoanalyse auseinandersetzen. Der psychoanalytisch orientierte Leser wird durch eine weitgehende Bestätigung psychoanalytischer Anschauungen erfreut. Was aber die Phänomenologie, im Husserlschen Sinne gemeint, betrifft, hat diese kaum etwas bei der Erforschung neuer Tatsachen dem Verfasser geholfen. Ref. will hier nicht in eine Kritik dieser philosophischen Richtung eingehen, hält sich auch nicht berechtigt dazu, doch so viel ist sicher, die Lebensberechtigung einer „Wesensschau“ müßte sich in wissenschaftlichen Erfolgen kundgeben. Daß man aber durch andere Methoden (Psychoanalyse, biologische Logik, psychologische Phänomenologie nicht im Husserlschen Sinne) bereits gefundene Tatsachen und Anschauungen mit anderen Worten beschreibt und diese Worte dann als „Wesensschau“ ausgibt,

verspricht nicht viel Gutes für die Zukunft dieser Methode in der Psychologie. Schilder sagt, man könne die schizophrene Denkstörung auch folgenderweise beschreiben: „Es finden Verschiebungen, Verdichtungen, Zerreißen und Zerstückungen statt.“ Die phänomenologisch gewonnenen Ergebnisse lassen sich also glatt in psychoanalytische Ausdrucksweise übersetzen. Das wäre noch kein Nachteil. Wohl aber, daß der Verfasser durch Festhalten an dieser philosophischen Methode daran behindert wird, die Krankheitsfälle analytisch genügend tief zu durchforschen. Dasselbe Vorurteil läßt ihn die These aufstellen, der Satz der Identität walte stets in der Seele unverändert fort (S. 63 — obzwar er typische Fälle von Dualevidenzen beobachten konnte) und legt seine eigene Kritik bei der Reproduktion einiger Freudscher Anschauungen lahm, so z. B. wenn er den Zwang zur Wiederholung — angeblich nach Freud — mit dem Todestrieb gleichsetzt (S. 88, 106) oder wenn er in der narzißtischen Libido eine dem eigenen Körper (und nicht

seiner psychischen Ichrepräsentanz) zugewendete Libidoart sieht. Diese philosophische Voreingenommenheit läßt auch eher den Bewußtseinsstandpunkt in den Vordergrund treten. Der „wesentliche Inhalt“ einer Psychose wird von den bewußten Aussagen aus angegeben. Nicht wesentlich, doch bezeichnend für diese Denkeinstellung ist auch folgendes: Der Begriff Symbol wird nur dort verwendet, wo es dem Patienten „gegenwärtig ist, daß ein anderer Sachverhalt hinter dem vorgebrachten liegt“ (S. 53) — ganz im Gegensatz zum psychoanalytischen Verfahren. Was die Psychoanalyse Symbol nennt, ist für den Verf. ein „symbolähnliches Gebilde“. — Nicht analytisch vorgebildete Psychologen und Psychiater werden ihr Wissen durch die vorliegende Arbeit sicher in hohem Maße erweitern. Es ist von diesem Gesichtspunkte aus sehr zu bedauern, daß der Autor stellenweise eine andere Sprache spricht, als wir sie Freud und der Psychoanalyse verdanken. Hermann (Budapest)

**Senf, M. B.: Homosexualisierung (Abhandlungen a. d. Gebiete der Sexualforsch., Bd. IV, H. 3). Marcus u. Weber. Bonn 1924.**

Der fruchtbare Autor (vgl. H. Groß' Archiv, Zeitschr. f. Sexualwiss. u. a.) vertritt gegenüber der objektiven Psychoanalyse seine „psychosexuelle Intuition“. Auf Grund seiner inneren Erfahrung gibt er unter reichlicher Konstruktion mittels eigener abstrakter Begriffe seine Meinung vom psychischen Entstehungsmechanismus der Homosexualität kund; ein Kapitel heißt charakteristisch genug: „Der homo-

sexuelle Komplex als Trieberlebnis; als grob animalisches — nuanciert verinnerlichtes — entelektualisiert zerdachtes.“ Trotz der temperamentvollen Darstellung und vieler guter Detailbeobachtungen ist die Lektüre als ermüdend nicht empfehlenswert; die beigebrachten Tatsachen sind der Psychoanalyse bekannt.

Hitschmann (Wien)

**Schultz, Prof. Dr. J. H.: Taschenbuch d. psychotherapeut. Technik. Berlin, 1924. Fischers med. Buchh. H. Kornfeld.**

Die Anziehungskraft der Psychoanalyse auf Prof. Schultz äußert sich seit vielen Jahren darin, daß er sie kritisch umkreist. Jetzt von Dresden nach Berlin verzogen, ist er in einem psychoanalytischen Zentrum und der Möglichkeit eigener Analyse teilhaftig, die ihn von seinen Widerständen befreien könnte. Einstweilen aber *coelum, non animam mutavit*. Nur „schwere Fälle von Neurose sexueller Färbung“

will er psychoanalytisch behandelt sehen; alles andere mit Psychokatharsis, Hypnose oder Wachpsychotherapie. Stekels „Schnellanalysen“ (Dauer: wenige Wochen) hält er für — Analysen, Stekels dickbäuchige Bände sind ihm — „monumentale Monographien“. Daß ihre wissenschaftlichen Füße tönern sind, übersieht er.

Hitschmann (Wien)



**Többen, Prof. Heinrich: Über den Inzest. Leipzig u. Wien, 1925, F. Deuticke.**

In den letzten Jahren erschienen mehrere Arbeiten, welche über inzestuöse Beziehungen, namentlich zwischen Vätern und Töchtern berichten, deren Realisierung im niedrigen sozialen Niveau (engen Wohnverhältnissen) und zwischen minderwertigen Personen begreiflich ist. Insbesondere am Jugendlichenmaterial der Fürsorgeanstalten können die Erfahrungen gewonnen werden. Der Autor bespricht auch die strafrechtliche Behandlung des Inzestes und seine sonstige Bekämpfung, bringt ausführliche Literaturangaben und

läßt seinem Bericht aus der Provinz Westfalen einen allgemeinen geschichtlichen Überblick über den Inzest vorausgehen. Aus diesem sei hervorgehoben, daß bei einer Reihe alter Kultur- und Naturvölker Inzestverbindungen nicht nur nicht verboten, sondern mit Hinweis auf göttliche Vorbilder geboten waren, ferner daß auch in der Jetztzeit in einer Reihe von Staaten der Inzest völlig straflos gelassen wird (Holland, Frankreich, Belgien, Spanien u. a.).

Hitschmann (Wien)

**Kehrer, F. u. Kretschmer, E.: Die Veranlagung zu seelischen Störungen (Monograph. a. d. Gesamtgebiet der Neurol. u. Psychiatrie, H. 40). J. Springer, Berlin, 1924.**

Eine groß angelegte Zusammenfassung des Materials zur Frage der Veranlagung zu Neurosen und Psychosen, von der man allerdings auch nach der Lektüre dieses modernen Buches sieht, daß sie sich noch ganz im ersten Stadium ihrer Lösung befindet. Die rühmensewerte Gründlichkeit deutscher Wissenschaft macht bekanntlich eine Ausnahme — gegenüber der Psychoanalyse. So finden wir diese hier von Kehrer recht vernachlässigt und vielfach mißverstanden; Stekel und Adler werden als „die bedeutendsten der selbständigen Schüler“ gegen Freud ausgespielt; Empirisches wird noch immer als Übertreibung und Phantasie angesehen. Das beste Testobjekt ist hier bekanntlich die Zwangsneurose, deren Disposition von Freud dezidiert und klar genug ausgesprochen und leicht nachzuprüfen ist. Hier heißt es aber: „Die Annahme einer sexuellen Wurzel der Zwangsneurose, die Freud gemacht hat, hat bei seinen Schülern wenig Anklang gefunden.“ Bei den Opera-

tionspsychosen z. B. finden wir Narzißmus, Kastration oder den Begriff der Pathoneurose nicht einmal erwähnt. Selbst die bedeutungsvolle Unterscheidung von Übertragungs- und narzißtischen Neurosen wird nicht in Betracht gezogen. Obwohl natürlich die Probleme der Ursachen und des Aufbaues der Seelenstörungen da und dort mit herangezogen werden mußten, ist auch hier das Psychoanalytische fast ignoriert. Allerdings hat die Psychoanalyse nirgends noch Zusammenfassendes zur neurotischen Veranlagung dargestellt, hat aber schon vieles zu sagen gehabt. In ihrer Eigenart hat sie übrigens Familienforschung betrieben, ohne spezielle Absicht. Ohne die Identifizierung und Ichidealbildung zu übersehen, kann man die entscheidende Bedeutung der Triebveranlagung hervorheben. Aber auch das Höhere in uns hat einen phylogenetisch erworbenen Anteil: es gibt auch eine Veranlagung des moralischen Ichs.

Hitschmann (Wien)

**Mayer-Groß, Dr. W.: Selbstschilderungen der Verwirrtheit. Die oneroide Erlebnisform. Psychopathologisch-klinische Untersuchungen. Julius Springer, Berlin, 1924.**

Psychopathologische Untersuchungen, die das Unbewußte völlig unberücksichtigt lassen, können uns keine wesentlichen Aufschlüsse über die seelischen Vorgänge

geben. So steht der Autor selbst dem von ihm aufgestellten Krankheitsbilde im Grunde verständnislos gegenüber, und wir gewinnen nichts als wieder einen neuen

Namen. Dabei scheint der Autor kein Gegner der Psychoanalyse zu sein, er zitiert Freud sogar zweimal in anerkanntem Sinn, charakteristischerweise aber nur nebenbei. Zu Folgerungen für seine eigene Arbeit fühlt er sich durch diese Anerkennung nicht verpflichtet. Das Buch ist auch sonst voller Inkonsequenzen und Willkür und äußerst oberflächlich. Ohne in Einzelheiten einzugehen, sei nur noch erwähnt, was der Verfasser unter oneroider Erlebnisform verstanden haben will: Ein Krankheitsbild, das charakterisiert ist durch Bewußtseinstrübung,

wechselnde Affekte, reiches szenisches Erleben, das sich hauptsächlich auf optischem Gebiet abspielt, wobei auch Außenreize mitverarbeitet werden, dem — im Gegensatz zur Amentia — die exogene Ätiologie fehlt.

Es kommt sowohl im Rahmen der Schizophrenie als des zirkulären Irreseins als auch außerhalb beider Erkrankungen als selbständiges Krankheitsbild vor. Die Übereinstimmung mit dem Traumerleben hat zum Namen oneroid geführt.

Naef (Berlin)

**Hilger, W.: Die Hypnose und die Suggestion, ihr Wesen, ihre Wirkungsweise und ihre Bedeutung und Stellung unter den Heilmitteln. (Zweite Aufl., Jena 1925.)**

Ein detailliertes Referat über das behandelte Gebiet erübrigt sich, weil nichts Neues geboten wird, vielmehr werden längst bekannte, auch falsche Auffassungen über Reflex, Wille, Vorstellung, suggestiven Rapport usw. allzu breit und zum Teil in neuer Terminologie behandelt. Breite und Knappheit der Ausführungen stehen in keinem Verhältnis zur Wichtigkeit der klinischen Tatsachen. So sind z. B. der Impotenz und ihrer Behandlung 13 Zeilen gewidmet. — Die im Vorwort angekündigte „Besprechung der Psychoanalyse“ beschränkt sich auf die Konstatierung, daß „die... von Breuer

und Freud, O. Vogt und anderen ausgebildete Psychoanalyse... oft außerordentliche, wertvolle Resultate“ gibt, „welche es uns ermöglichen, dem Patienten die richtige Beruhigung zuteil werden zu lassen“. Das Ignorieren der Psychoanalyse, insbesondere ihrer Ergebnisse für das Verständnis der Hypnose und des suggestiven Rapports, fußt wohl auf komplettem Unverständnis für ihr Wesen; so meint der Autor z. B., die Psychoanalyse bestehe darin, daß man „den Patienten fragt, wann und bei welchen näheren Umständen zum erstenmal die Störung aufgetreten ist“. (S. 126.)

W. Reich (Wien)

**Rühle-Gerstl, Dr. A.: Freud und Adler. Verlag Am andern Ufer, Dresden.**

Dieses Dr. Seip (München) gewidmete Schriftchen ist äußerlich von vornehmer Einfachheit. So scheint auch der Inhalt. Im ersten Kapitel werden die Lehren der Psychoanalyse klar und ruhig vorgetragen. Alles, was gesagt wird, ist einwandfrei: über das Unbewußte, die Verdrängung, den Konflikt zwischen Ichtrieben und Libido, über die Libidotheorie. Man merkt aber gleich, was verschwiegen wird: Kastrationskomplex und Narzißmus. Der zweite Abschnitt bringt eine gute Schilderung der Individualpsychologie. Erst die beiden letzten Abschnitte „Vergleich und Kritik“ und „Weltanschauung“ zeigen, welche Stellung die Verfasserin

zu den Problemen der Sexualität wirklich einnimmt. Die uns wohlbekannten Behauptungen, Kastrationskomplex und Narzißmus seien eine „Sicherung“ Freuds gegen Adler, werden aufgewärmt. Und dabei hätte die Autorin wohl von ihrem Lehrer Seip hören können, daß der Kastrationskomplex schon in den ersten Schriften Freuds, als Adler noch bei der Psychoanalyse stand, eine Rolle spielt, und daß der Narzißmus — wenn wir schon von Anregungen sprechen wollen — Freud durch die Psychosenbeobachtungen der frühen Züricher Schule, und zwar durch Abraham, nahegelegt wurde. Allerdings gestattet sich Seip

selbst eine bewundernswerte Amnesie, wie aus seinen Propagandavorträgen hervorgeht, deren zwei er vor kurzem auch in Frankfurt hielt. Als ein Glied der Propaganda Seips ist auch dies Buch zu werten. Einer Behauptung muß allerdings energisch widersprochen werden: Im Gegensatz zu Freud achte Adler „den gesunden Menschenverstand“. Ge-

rade Freud hat es stets beachtet, was der Laie denkt und redet, und dabei vieles verwertet, was ihm am Schreibtisch entgangen wäre, z. B. daß einem Gedanken kommen (aus der Tiefe des Unbewußten), daß in der Welt sich alles um Liebe drehe und dergleichen mehr.

Landauer (Frankfurt a. M.)

**Coué, E.: Die Selbstbemeisterung durch bewußte Autosuggestion** (ins Deutsche übersetzt von Dr. Paul Amann), Benno Schwabe, Basel 1925.

Enthusiastische Propaganda für Autosuggestion. Briefe von Patienten sind eingeschaltet, die deren Dankbarkeit aus-

drücken. Das ganze Buch schmeckt nach Reklame. Es hat keinen wissenschaftlichen Wert. Jones (London)

**v. Gulat-Wellenburg: Das Wunder der Autosuggestion, eine Methode der Heilung**, Gesellschaft für Bildungs- und Lebensreform in Kempten i. Allg. 1925.

Das Couésche Verfahren soll in allgemein verständlicher Weise dargestellt werden. Dabei werden Kant, Goethe und Napoleon als die Vorläufer Coués beschrieben, die Autosuggestion

„Die Philosophie des als Ob“ genannt (S. 63) und die Psychoanalyse ausdrücklich als eine Unterart Couéscher Behandlungsmethode dargestellt (S. 49).

Fenichel (Berlin)

**Schulhof, Fritz: Couéismus, die Kunst der Selbstüberredung als eine neue psychische Behandlungsmethode**. Wien und Leipzig, Moritz Perles 1925.

Nach der Ansicht des Verfassers entsteht die Nervosität daraus, daß es heute sozusagen zum guten Ton gehöre, nervös zu sein. Wie man sich in Krankheit „hineinrede“, so könne man sich aber auch in Gesundheit hineinreden. Zum Beispiel indem man auf die Frage „Wie geht's?“ immer fröhlich antworte „Oh, sehr gut!“ (S. 27) oder indem man jedem energisch widerspreche, der etwa eine Speise für nicht bekömmlich hält (S. 26). Die Darstellung der Couéschen Methode

will mit Lippenbewegungen, die das Sprechen andeuten, gelesen sein (S. 18). Diese soll noch versucht werden, wo „Psychoanalyse, Hypnose, Heterosuggestion usw.“ versagen (S. 39). Für den Stil des Büchleins sind die manchmal mitten in das Satzgefüge eingeschalteten Rufzeichen charakteristisch, zum Beispiel: „Der Couéismus ist darauf angelegt, selbständig! geübt zu werden“ (S. 16).

Fenichel (Berlin)

## Aus der psychoanalytischen Literatur

**Eine Autoergographie Sigm. Freuds (Die Medizin der Gegenwart in Selbstdarstellungen, herausgegeben von Prof. Dr. L. R. Grote. IV. Bd.)**  
Verlag Felix Meiner, Leipzig 1925.

Den vierten Band der „Medizin der Gegenwart“ wird jeder Psychoanalytiker als eine besondere Gabe betrachten, denn er enthält Freuds „Selbstdarstellung“,

eine Schrift, die ebenso fein ist in der intimen Zeichnung des Persönlichen wie stark und scharf umrissen in der Darstellung des Werkes. Wir erfahren vieles



Glover, Edward: *The Significance of the Mouth in Psychoanalysis.* (Die Bedeutung des Mundes in der Psychoanalyse.) *British Journal of Psychology*, 1924, Vol. IV., p. 134.

Der oralen Phase gehören Betätigungen der libidinösen Regungen und Selbsterhaltungstrieb an, wie auch die Verschmelzung oder Ablenkung primitiver Triebregungen. Die Verkürzung oder Verlängerung der Saugperiode schafft entweder ein traumatisches Erlebnis oder eine Fixierung; ersteres hat nach den Erfahrungen des Autors fast immer traumatische Wirkung. Er verweist darauf, daß die primäre Befriedigung, die normalerweise in der nächsten Phase an zweite Stelle rücken und schließlich in der Vorlust zum Koitus ihren Platz finden sollte, im abnormen Fall ihre beherrschende Bedeutung beibehalten und zur Hemmung werden kann. Diese Hemmung kann eine quantitative sein, wenn nämlich libidinöse Energie dem einen Vorgang entzogen und ein anderer damit besetzt (Verschiebung und Verdichtung) oder ein Vorgang regressiv wieder belebt wird. Ferenczi spricht von einer qualitativen Überleitung; er betrachtet den Geschlechtsakt als Vereinigung prägenitaler Erotismen (Amphimixis).

Die Bedeutung des Saugens an der Mutterbrust wird eingehend erörtert. Der Autor betont die Wichtigkeit von Faktoren, wie Geruch des mütterlichen Körpers, Farbe und Form der Brust und Brustwarze. Der Blutgeschmack von einer aufgesprungenen Warze erinnert das Kind an den ersten Blutgeruch bei seiner Geburt. Die Unlust der Entwöhnung und die ihr voraufgegangenen ersten Klapse wegen Beißens an der Brustwarze sowie die erotischen Reaktionen auf das Saugen von seiten der Mutter haben einen wichtigen Anteil an der späteren Triebumwandlung.

In seinen Ausführungen über Triebentwicklung und Objektbildung verfolgt der Autor die Abtrennung des Lust-Ichs von der unlustvollen Außenwelt durch Verschiebung der erotischen Spannung auf auto-erotische Bahnen. Das Mißlingen der Differenzierung eines Real-Ichs be-

wirkt die erste libidinöse Objektbindung, damit ist ein Weg zur Liebe gefunden. Der Weg zum Haß ergibt sich gleichsam durch ein Mißverständnis, indem die Bemächtigungstrieb mit den erotischen zur Bildung der sadistischen Komponente der Sexualbefriedigung zusammentreten. Durch die ursprüngliche Verwechslung von Subjekt und Objekt wird das In-den-Mund-Nehmen des Objektes gleichbedeutend mit einer Introjektion von Objekten ins Ich. Das ist phylogenetisch bedeutsam, da ja der primitiven Anschauung nach die Nahrungsaufnahme eine Charakterveränderung bewirkt. Die frühzeitige aggressive Hungerbefriedigung bringt es mit sich, daß der Haß voreilt und einen Weg für die Liebe findet; die einverleibte Substanz wird zum Liebesobjekt. Diese orale Ambivalenz kann man später in der Ödipussituation nachweisen. Auch andere erogene Zonen beeinflussen diese ambivalente Einstellung zum Objekt, wie sie auch an der Charakterbildung Anteil haben. Bei der Ejaculatio praecox konnte der Autor eine ausgeprägte orale Disposition in Verbindung mit starker Urethralerotik bemerken. Verschiebungen oraler Betätigung, wie etwa Küssen und Beißen, finden sich auch in der Vorlust des Koitus, wo sie eine Parallele zur Betätigung des Mundes an der Brustwarze bilden. Betreffs der Beziehungen zwischen oralen Betätigungen und den Partialtrieben kann man beobachten, daß Tast-, Geschmacks-, Gesichts- und Geruchsempfindungen in besonders enger Beziehung zum Munde stehen und daß diese Sinne die Werkzeuge der Projektion und Objektbildung darstellen.

Mütterliche Bestrafungen und andere Unlusterlebnisse tragen dazu bei, eine Beziehung zwischen Unlust und Erotik herzustellen, die dann durch anale Erlebnisse noch gefestigt wird. Die Flucht vor Inzestphantasien wird mit dem Kastrationskomplex in Zusammenhang gebracht. Die mit den Vorgängen der Geburt, dem Saugen und der Defäkation zusammenhängende Lustentziehung er-

folgt zu einer Zeit, zu der die Objekte nur Teilobjekte sind. Die Entwöhnung ist ein Vorläufer der Kastration; der Verlust ist ein partieller und betrifft nicht, wie bei der wirklichen Kastration, das ganze Objekt. Fluchtreaktionen sind durch ihre Beziehung zur Homosexualität bedeutungsvoll. In diesen Fällen wird die narzißtische Bewertung vom Saugen her auf dem Weg über das Urinieren auf den Penis übertragen. Auf der narzißtischen Stufe der Objektliebe sind Ich und Penis einander gleichgesetzt und der Einfluß der Mundzone äußert sich in Angst, Verachtung und Ärger angesichts der Penislosigkeit der Frau. Bei der Masturbation gilt die Bestrafung dem Penis statt der Brustwarze, was eine orale Rache bedeutet. Die oralen Fixierungen sind von Bedeutung für das Studium der Psychosen. Bei der paranoischen Regression erfolgt eine partielle Introjektion des Objekts—Penis, Faeces und vermutlich der Brust — im Gegensatz zur vollstän-

digen Introjektion bei der Melancholie. Infolge mangelhafter Objektbeziehungen ist die Bildung des Ichideals eine labile. Bei Alkoholismus und Sichtigkeit sehen wir eine Schwächung des Ichideals, das von außen her Verstärkung sucht. Das sind ausgezeichnete Beispiele für den Einfluß der Mundzone. Die starken oralen Fixierungen in diesen Fällen führen zu Situationen vor der Zeit der Kastrationsangst.

Der orale Typus findet Befriedigung in der Verwendung der gebräuchlichen Umgangs- und Schriftsprache. Der orale Sadist gebraucht scharfe, beißende Worte, der passive Typus nimmt sie auf und verdaut sie. Eine Fixierung an das Beißen und Saugen äußert sich im täglichen Leben während des Essens, Trinkens oder Rauchens. Physiognomische orale Merkmale weisen auf die Triebtendenzen, die im frühesten Lebensalter vorherrschend waren.

Robert M. Rigall (London)

Zulliger, Hans: Unbewußtes Seelenleben (Freuds Psychoanalyse), „Wege zur Erkenntnis“, Francksche Verlagshandlung Stuttgart.

Dieses Buch stellt einen sehr erfreulichen Beitrag zur noch sehr geringen populären psychoanalytischen Literatur dar. Es ist von einem außerordentlich verständnisvollen und genauen Kenner Freuds in durchaus gemeinverständlicher Weise liebevoll geschrieben, ohne daß wissenschaftliche Gewissenhaftigkeit der Gemeinverständlichkeit irgendeine, wenn auch noch so geringe Konzession gemacht hätte. Der Autor hat sich erfolgreich bemüht, auch schwierige Gebiete unserer Wissenschaft klar und übersichtlich darzustellen. Durch die überaus große Zahl von Beispielen, die teils Freuds Werken entnommen sind, teils aus der eigenen Volksschulpraxis stammen, wobei diese ebenso einleuchtend und überzeugend wirken wie jene, wird dem Leser unausgesetzt vor Augen geführt, daß die Psychoanalyse eine empirische Wissenschaft sei und daß alle ihre Lehren, auch die theoretischen, aus der Erfahrung stammen. Die Anschaulichkeit des Stoffes wird ferner durch zahlreiche einfache

Gleichnisse sowie durch mehrere, verschiedenen Werken entnommene Illustrationen erhöht. Die einzelnen Kapitel des Buches behandeln Verdrängung, Unbewußtes, Traum, Sexualtheorie, psychoanalytische Therapie und Psychoanalyse und Pädagogik. Eine Photographie Freuds ist dem Buche beigelegt. — Von den wenigen und durchaus nebensächlichen Stellen, bei denen sich kritische Einwendungen melden, sei eine einzige herausgegriffen: Wenn es auf S. 56/57 heißt, Symbole könnten einen Bedeutungswandel erfahren, so sei die Schlange „beispielsweise ein Symbol für das männliche Geschlechtsglied, für den Tod, für die Medizin, für den Handel“, so hätte doch wohl die Differenz zwischen einem „Symbol“ im psychoanalytischen Sinn und einem „Symbol“ als Sinnbild etwa im Sinn „symbolistischer“ Dichtung, bei der die Bedeutung des „Symbols“ bewußt ist, mehr Betonung finden sollen. Für ein anderes Moment, das vielleicht keinen guten Eindruck macht, ist wohl

nicht der Autor, sondern der Verlag verantwortlich zu machen: Das Titelbild, darstellend eine Sphinx in grünem Lichte, zwischen deren Klauen ein Kopf mit rätselhaften großen Augen zu sehen ist, erscheint uns wenig geschmackvoll.

Dem Buch ist gewiß in allen Kreisen, die sich für die Psychoanalyse interessieren, ohne die Fachliteratur selbst lesen zu wollen, weite Verbreitung zu wünschen.  
Fenichel (Berlin)

**Farrow, E. Pickworth (Spalding): Ein Kastrationskomplex. The Internat. Journal of Ps-A., VI., I., 1924.**

Der Autor berichtet von den Resultaten einer Selbstanalyse, bei der der Analysand seine Assoziationen durch ein bis zwei Stundenniederzuschreiben pflegte. Der Analysand hatte von einem psychoanalytischen Patienten von der Bedeutung des Kastrationskomplexes gehört, hatte aber nicht daran geglaubt. Es gelang ihm, über Erinnerungen an den Verlust von Milchzähnen, Analysen von Träumen, Ängsten und Deckerinnerungen, deren

Gegenstand die Vorstellung der Kastration war, endlich eine verdrängte Szene aus dem vierten Lebensjahr zu reproduzieren, bei der ihm zur Strafe für einen exhibitionistischen Akt mit der Kastration gedroht und tatsächlich mit einer Schere vor seinem Penis herumgefuchelt worden war. Mit dieser Reproduktion schwanden geringe zwangsneurotische Symptome.

Fenichel (Berlin)

**Bryan, Douglas (London): Die Perle und Kastrationssymbolik. The Internat. Journal of Ps-A., VI., I., 1924.**

Eine Patientin nannte ihr Genitale „Perle“ und bemerkte dazu, eine Perle sei das Ergebnis einer Wunde in einer Muschel. Sie meinte weiter, diese Wunde durch den Tod ihres Vaters empfangen zu haben, der starb, als sie achtzehn Monate alt war. „Als er starb,“ sagte sie, „nahm er seinen Penis weg.“ Weitere Einfälle ließen keinen Zweifel darüber, daß der früh verlorene Penis ihres Vaters

ihren eigenen phantasierten Penis bedeutete: So faßte sie, nachdem sie den Wunsch geäußert hatte, den Daumen des Analytikers zu berühren, nach ihrem eigenen Daumen. Die Patientin hatte also den Penis des Vaters für sich in Anspruch genommen (ihn kastriert), um dann durch seinen Tod selbst kastriert und zum Weib zu werden.

Fenichel (Berlin)

# PSYCHOANALYTISCHE BEWEGUNG

## Religionspsychologie

Dem diesjährigen „Ferienkurs der Universität Genf“ wird ein Wochenkurs über „Psychologie der Religion“ angegliedert, der in der Zeit vom 31. August bis zum 5. September stattfindet. Es werden u. a. Kurse halten: Prof. Claparède („*La place de la psychologie de la religion dans la psychologie en général*“), Prof. Pierre

Bovet („*La première adoration de l'enfant*“), Prof. Piaget („*La cosmogonie de l'enfant*“). Pfarrer Dr. Oskar Pfister („Die psychoanalytische Untersuchung des Schuldgefühls und ihre Bedeutung für die praktische Theologie“), Privatdozent Georges Berguer („*Le subconscient psychologique et son utilité en théologie*“).

## Pädagogische Zeitschriften

Von den Aufsätzen, die in den letzten Monaten in verschiedenen deutschen pädagogischen Zeitschriften über Psychoanalyse erschienen sind, nennen wir: „Die Deutsche Schule“, XXVIII., H. 8: Mithge, E., Die Psychoanalyse und ihre Bedeutung für die Erziehung. — „Allgemeine Deutsche Lehrerzeitung“, 13. März 1925: Seeling, Otto, Die Psychoanalyse unter Berücksichtigung ihrer pädagogischen Bedeutung. — „Die neue Erziehung“,

VII., H. 4: Wolfheim, Nelly, Gedanken zu einer Kindergartenreform („nicht eindringlich genug kann hervorgehoben werden, wie wichtig es gerade für den Erzieher des Kleinkindes ist, sich mit den Erkenntnissen der Psychoanalyse vertraut zu machen. Nur von dort her werden wir die Einsichten gewinnen, die zu einer wirklich richtigen Einstellung zum Kinde führen“).

## Deutschland

Am 18. März und 29. April 1925 fand in der Berliner medizinischen Gesellschaft aus Anlaß eines Vortrages von Hattinberg eine Diskussion über die Psychoanalyse statt. Der Vortrag selbst war theoretisch gehalten und gab eine zusammenfassende Darstellung von den Lehren Freuds, in die der Autor stellenweise seine eigenen Anschauungen und Interpretationen eingeflochten hat. — In seinem Korreferat über „Moderne psychotherapeutische Me-

thoden“, in dem Moll sich bemühte, Freud und Coué gleichzeitig „abzutun“, erklärte Moll das Wesen der Psychoanalyse, indem er erst betonte, daß nach Freuds Vorschrift zuerst die Honorarfrage erledigt werden müsse (große Heiterkeit), sodann, indem er aus dem „kleinen Hans“ vorlas, daß der Knabe gefragt worden war, ob er vielleicht schwarze Haare beim Wiwimacher seiner Mutter gesehen habe, ferner, indem er Grodedecks „Buch vom Es“ zirkulieren ließ,



in der Erwartung, wer hineingucke, werde schamrot werden, endlich indem er meinte, daß in der Psychoanalyse die Patientinnen „aufgegeilt“ würden (*sic*) und daß diese Methode die Sittlichkeit gefährde.

Die Veranstaltung zeigte ein erstaunlich niedriges Niveau; ein Sturm von Affekten ließ jede Rücksicht auf

nüchterne, vorurteilslose Wissenschaftlichkeit vergessen. Referent glaubte sich in längst vergangene Zeiten zurückversetzt, wollte der unzeitgemäßen Erscheinung nicht recht Glauben schenken und fühlte sich nur bewogen, den überhitzten Gemütern im stillen eine schonungsvolle, schadlose Abkühlung zu wünschen.

Fenichel

## Polen

Im März 1925 hielt Dr. Mauricy B o r n s z t a j n (Warschau) an der „Freien Universität“ in Warschau (*Wolna Wszechnica Polska*) sechs Vorträge über Psychoanalyse (I. Geschichte der psa. Bewegung. II. Die

infantile Sexualität. III. und IV. Traumlehre. V. Der Einfluß des Ubw. auf die Gestaltung des Charakters des Menschen, sein Alltagsleben. VI. Witz und Kunst). Die Vorträge waren stark besucht.

## Thomas Mann und die Psychoanalyse

Thomas Mann, dessen 50. Geburtstag am 6. Juni gefeiert wurde, ist in Florenz (anlässlich der italienischen Auf-führung seiner „Fiorenza“) von einem Mitarbeiter der Turiner „Stampa“ interviewt worden. Der Dichter äußerte sich besonders über die Einflüsse der Wissenschaft auf die moderne Literatur. „Was mich betrifft, so ist mindestens eine meiner Arbeiten, die Novelle ‚Der Tod in Venedig‘ unter dem unmittelbaren Einfluß von Freud entstanden. Ich hätte ohne Freud niemals daran gedacht, dieses erotische Motiv zu behandeln, oder hätte es gewiß anders gestaltet. Wenn es erlaubt ist, es militärisch auszudrücken, so möchte ich sagen, daß die These Sigmund Freuds eine Art Generaloffensive gegen das Unbewußte mit dem Ziel seiner Eroberung darstellt. Als Künstler muß ich allerdings gestehen, daß ich ganz und gar nicht befriedigt von den Freudschen Ideen bin, ich fühle mich vielmehr beunruhigt und verkleinert

durch sie. Wird doch der Künstler von Freuds Ideen wie von einem Bündel X-Strahlen durchleuchtet, und das bis zur Verletzung des Geheimnisses seiner Schöpfungertat.“

Der Werke Thomas Manns ist von psychoanalytischer Seite bereits öfters gedacht worden. (So schrieb z. B. Hanns Sachs über den „Tod in Venedig“, *Imago* III. S. 456 ff, und H i t s c h m a n n über „Friedrich der Große und die große Koalition“ in *Imago* IV. 359 ff). In seinem jüngsten Meisterwerk, dem groß angelegten Roman „Der Zauberberg“, behandelt Mann die Psychoanalyse auch unmittelbar und läßt sie durch den Mund eines — nicht wenig karikierten — Vertreters auch selbst zu Worte kommen. Ein noch unveröffentlichter kleiner Aufsatz von Thomas Mann, „Mein Verhältnis zur Psychoanalyse“, wird im Herbst im „Almanach des Internationalen Psychoanalytischen Verlages“ erscheinen. St.

# KORRESPONDENZBLATT

DER  
INTERNATIONALEN PSYCHOANALYTISCHEN  
VEREINIGUNG

Redigiert von Dr. M. Eitingon, Zentralsekretär

## I

### Mitteilungen des Vorstandes

Der IX. Internationale Psychoanalytische Kongreß wird, wie bereits bekanntgegeben, vom 3. bis 5. September 1925 (Donnerstag bis Sonnabend) in Bad Homburg (in der Nähe von Frankfurt a. Main) stattfinden. Die Herren Sekretäre der Zweigvereinigungen wurden durch Rundschreiben ersucht, die Kongreßvorträge spätestens bis zum 15. Juni 1925 beim Vorstand anzumelden. Auf die Festsetzung eines Diskussionsthemas hat der Vorstand verzichtet, da sich die Mehrzahl der Gruppen dagegen ausgesprochen hat. Das Programm der Tagung soll den Gruppen so bald als möglich zugeschickt werden.

## II

### Berichte der Zweigvereinigungen

#### American Psychoanalytic Association

Die Halbjahresversammlung der American Psychoanalytic Association fand in New York City, Fraternity Club, am 28. Dezember 1924 statt. Es wurde eine Abend- und Nachmittagsitzung abgehalten, beide von Mitgliedern und Gästen gut besucht. Von Mitgliedern waren anwesend: DDr. Ames, Asch, Brill, Jelliffe, Kempf, Oberndorf, Stern, Kardiner, Meyer, Glueck, Polon, Stragnell aus New York, Burrow, Chapman aus Baltimore, Coriat und Peck aus Boston, Hamill aus Chicago, Smeltz

und Wholey aus Pittsburg, Menninger aus Topeka, Hutchings aus New York, Utica State Hospital. Dr. I. H. Coriat hatte den Vorsitz.

Nach der Eröffnungsansprache des Präsidenten wurden in der Nachmittagsitzung folgende Vorträge gehalten:

- 1) „Organische Auslegung des Bewußtseins“ von Dr. Trigant Burrow (Baltimore). — 2) „Varietäten der Verdrängung“ von Dr. H. S. Sullivan (Baltimore). — 3) „Neue Fortschritte auf dem Ge-

biete der Psychotherapie“ von Dr. A. Polon (New York).

Die Abendsitzung war folgenden Vorträgen gewidmet:

- 1) „Psychoanalyse in der Kunst“ von Dr. G. Stragnell (New York). —
- 2) „Die Übertragung“ von Dr. Ralph Hamill (Chicago). —
- 3) „Was nennt

man Heilung in der Psychoanalyse?“ von Dr. Bernard Glueck (New York).

Nach den Vorträgen fand eine rege und interessante Diskussion statt, an der sich die meisten der anwesenden Mitglieder beteiligten.

Dr. Adolph Stern  
Sekretär

### Mitgliederverzeichnis der American Psychoanalytic Association

#### a) Ordentliche Mitglieder (Active Members):

- 1) Ames, Dr. T. H., 55 Park Ave., New York City.
- 2) Asch, Dr. J. J., 111 East 80th St., New York City.
- 3) Blumgart, Dr. Leonard, 57 W. 58th St., New York City.
- 4) Brill, Dr. A. A., 15 W. 70th St., New York City.
- 5) Burrow, Dr. Trigant, The Tuscany, Baltimore, Md. (*Präsident*)
- 6) Chapman, Dr. Ross Mc. Sheppard and Enoch Pratt Hospital, Towson, Md.
- 7) Clark, Dr. L. P., 2 E. 65th St., New York City.
- 8) Coriat, Dr. I. H., 416 Marlborough St., Boston, Mass.
- 9) Emerson, Dr. L. E., 64 Sparks St., Cambridge, R. I.
- 10) Farnell, Dr. F. J., 219 Waterman St., Providence, R. I.
- 11) Frink, Dr. H. W., 17 E. 38th St., New York City.
- 12) Glueck, Dr. Bernard, 9 W. 48th St., New York City.
- 13) Hamill, Dr. Ralph, 30 N. Michigan Blvd., Chicago, Ill.
- 14) Hutchings, Dr. R. H., Utica State Hospital, Utica, N. Y.
- 15) Jelliffe, Dr. S. E., 64 W. 56th St., New York City.
- 16) Johnson, Dr. Lorin, 1900 24th St., N. W., Washington, D. C.
- 17) Kardiner, Dr. A., 1150 Fifth Ave., New York City.
- 18) Kempf, Dr. E. J., 100 W. 59th St., New York City.
- 19) McPherson, Dr. Donald J., Peter Bent Brigham Hospital, Boston, Mass.
- 20) Meyer, Dr. Adolf, Phipps Clinic, Baltimore, Md.
- 21) Meyer, Dr. M. A., 17 E. 38th St., New York City.
- 22) Menninger, Dr. Carl A., Mulvane Bldg., 503—508, Topeka, Kan.
- 23) Oberndorf, Dr. C. P., 8 E. 54th St., New York City.
- 24) Peck, Dr. Martin W., 638 Beacon St., Boston, Mass.
- 25) Polon, Dr. Albert, 911 Park Ave., New York City.
- 26) Pope, Dr. Curran, 115 W. Chestnut St., Louisville, Ky.
- 27) Reed, Dr. Ralph, 180 E. McMillan St., Cincinnati, Ohio.
- 28) Singer, Dr. H. D., State Psychopathic Hospital, Dunning, Ill.
- 29) Smeltz, Dr. Geo. W., Westinghouse Bldg., Pittsburgh, Pa.
- 30) Stern, Dr. Adolph, 40 W. 84th St., New York City. (*Sekretär*)
- 31) Stragnell, Dr. Gregory, 120 E. 40th St., New York City.
- 32) Stuart, Dr. D. D. V., The Wyoming, Washington, D. C.
- 33) Sullivan, Dr. H. S., Sheppard and Enoch Pratt Hospital, Towson, Md.
- 34) Taneyhill, Dr. G. Lane, 405 N. Charles St., Baltimore, Md.
- 35) Thompson, Dr. J. C., 1 S. Gray St., Baltimore, Md.
- 36) Walker, Dr. W. K., Westinghouse Bldg., Pittsburgh, Pa.

- 37) Wells, Dr. Lyman, 74 Fenwood Rd, Waverley, Mass.  
 38) White, Dr. Wm. A., St. Elizabeths Hospital, Washington, D. C.  
 39) Wholey, Dr. C. C., 4616 Bayard St., Pittsburgh, Pa.  
 40) Young, Dr. G. A., 424 Brandeis Bldg., Omaha, Neb.

b) Ehrenmitglieder (Honorary Members):

Abraham, Dr. Karl, Berlin.  
 Ferenczi, Dr. S., Budapest.  
 Freud, Prof. Dr. Sigmund, Wien.  
 Rank, Dr. Otto, Wien.

## Berliner Psychoanalytische Vereinigung

### I. Quartal 1925

10. Januar 1925. Dr. Reich (aus Wien, a. G.): „Über den triebhaften Charakter.“

20. Januar 1925. Kleine Mitteilungen. Dr. Hárník: „Vom Übertragungswiderstand in einer Zwangsneurose.“ — Doktor Sachs: „Zur Genese der Kastrationsdrohung.“ — Dr. Abraham: „Zur Verdrängung des Ödipuskomplexes.“

27. Januar 1925. Ordentliche Generalversammlung. Die Berichte des Vorsitzenden, des Kassenwartes, des Direktors der Poliklinik, des Kuratoriums zur Verwaltung des Stipendienfonds der Poliklinik und des Unterrichtsausschusses werden genehmigt. Der bisherige Vorstand (Dr. Abraham, Vorsitzender, Dr. Eitingon, Schriftführer, und Dr. Boehm, Kassenwart) wird wiedergewählt. Ferner werden gewählt: a) in den Unterrichtsausschuß: Doktoren Abraham, Boehm, Eitingon (Vorsitzender), Frau Horney, Müller-Braunschweig (Schriftführer), Radó, Sachs, Simmel; in das Kuratorium zur Verwaltung des Stipendienfonds: Drs. Boehm, Liebermann, Simmel. — Dr. Ernest Jones (London) wird die Ehrenmitgliedschaft der Berliner Vereinigung verliehen. — Frau Dr. Benedek und Dr. Löwenstein werden zu ordentlichen Mitgliedern gewählt; Frl. Dr. Salomea Kempner tritt aus der Wiener Vereinigung in die Berliner über; Dr. Rohr ist in die Moskauer Gruppe übergetreten.

3. Februar 1925. Dr. Schultz-

Hencke (a. G.): „Aus der Analyse einer melancholischen Depression.“

14. Februar 1925. Dr. Radó: a) Referat über Freuds Arbeit: „Das ökonomische Problem des Masochismus“; b) Vortrag über „Die Herrschaft des Nirvanaprinzips“.

Das Berliner Psychoanalytische Institut beging eine interne Feier anlässlich seines fünfjährigen Bestehens.

26. Februar 1925. Kleine Mitteilungen. Dr. Sachs: „Eine hypnagogische Phantasie.“ — Frau Klein: „Eine Analogie zwischen Kinderphantasien und verbrecherischen Handlungen.“ — Dr. Fenichel: a) „Mutterleibphantasie und Ödipuskomplex“; b) „Deckerinnerungen in statu nascendi.“ — Dr. Abraham: „Die Bedeutung von Wortbrücken für die neurotische Symptombildung.“ — Doktor Alexander: „Bericht über eine Gerichtsverhandlung aus Anlaß eines Falles von Kleptomanie.“

10. März 1925. Dr. Liebermann: „Zur Frage der Realität des Kindheits-traumas.“

19. März 1925. Fortsetzung der Diskussionen: a) zu Dr. Radós Vortrag vom 14. Februar 1925: „Die Herrschaft des Nirvanaprinzips“; b) zu Dr. Liebermanns Vortrag vom 10. März 1925: „Zur Frage der Realität des Kindheits-traumas.“

28. März 1925. Dr. Lampl (a. G.): „Ein Fall von entlehntem Schuldgefühl.“

\*

Die Vereinigung veranstaltete in ihrem Institut (Berlin W. 35, Potsdamer Str. 29) im 1. Quartal 1925 folgende Kurse:

1) Dr. Sándor Radó: Einführung in die Psychoanalyse. II. Teil (Klinik und Theorie der Neurosen). Für Mediziner. 6-stündig. (Hörerzahl: 28.)

2) Dr. Hanns Sachs: Praxis der Traumdeutung. 6-stündig. (Hörerzahl: 23.)

3) Dr. Karl Abraham: Psychologie und Pathologie der Phantasietätigkeit.

Für Mediziner und Pädagogen. 6-stündig. (Hörerzahl: 37.)

4) Dr. Franz Alexander: Die Stellung der Psychoanalyse in den Wissenschaften und in der Kultur. 2-stündig. (Hörerzahl: 8.)

5) Drs. Eitingon, Simmel, Radó: Praktische Übungen zur Einführung in die psychoanalytische Therapie. (9 Kandidaten.)

Dr. Max Eitingon  
Schriftführer

## British Psycho-Analytical Society

### I. Quartal 1925

7. Januar 1925. Diskussion über den Vortrag von Miß Searl über „Eine technische Frage der Kinderanalyse im Verhältnis zum Ödipuskomplex“.

Mrs. Riviere bemerkt, daß die vererbte Inzestschranke aus der Todesgefahr stammt, der sich unterzog, wer seinerzeit Ödipuswünschen nachhing, und aus keiner zivilisatorischen Regung. Die Stärke der vererbten Inzestschranke genügt, um eine normale Entwicklung zu gewährleisten. Die Möglichkeiten, daß entweder zu viel Ödipusbefriedigung gewährt oder durch scharfe Unterdrückung ein allzu strenges Über-Ich gebildet werde, sind die wahren Gefahren sowohl der Erziehung als auch der Kinderanalyse.

Dr. Jones unterscheidet zwischen der Frage, ob es möglich, und der, ob es erwünscht sei, dem Kinde den Ödipuskomplex in vollem Umfange bewußt zu machen. Die erste Frage ist bereits im behahenden Sinne entschieden; es besteht kein Grund, die zweite nicht ebenso zu beantworten. Die Bedenken von Miß Searl in Bezug auf Kinder gelten auch für Jugendliche. Man muß mit Schwierigkeiten bei der Bewußtmachung solcher Wünsche rechnen, und es ist Pflicht des Analytikers, das Kind zur Einsicht in ihre Irrealität zu bringen.

Dr. James Glover kritisiert die Meinung, daß die korrekte Bewußtmachung von Verdrängtem gefährliche

Wirkungen habe. Eine Ausnahme besteht, wenn das Kind zu psychotischer Reaktion neigt.

21. Januar 1925. Mr. J. C. Flügel: „Einige psychologische Faktoren in der Universal-Sprachenbewegung mit besonderer Berücksichtigung des Esperanto.“

In der Bewegung zur Schaffung einer internationalen Hilfssprache spielen philanthropische und linguistische Motive eine Rolle; beim Esperanto sind die ersteren ausschlaggebend. Besprechung der Persönlichkeit von Dr. Zamenhof. Auflösung des Ödipuskomplexes bei ihm und seinen Nachfolgern. Vergleich zwischen Esperanto und Urchristentum. — Die Rollen von Kastrationskomplex und Analerotik in der Sprache, Minderwertigkeitsgefühle gegenüber fremden Sprachen, die Genugtuung, die diesbezüglich eine Hilfssprache gewährt, werden besprochen.

3. Februar 1925. Dr. Douglas Bryan: „Die Frage nach physischen Faktoren bei der Frigidität.“

Es wird eine Arbeit von Narjani referiert, derzufolge anhaltende Frigidität oft Folge einer zu hoch gelegenen Klitoris sei, und verschiedenes vorgebracht, was diese Ansicht unterstützt. Die Diskussion verbreitete sich über die Frage, ob es während des Koitus einen vaginalen Orgasmus ohne klitoride Reizung geben könne oder ob ein klitorider Orgasmus immer den vaginalen begleite.

18. Februar 1925. Dr. Mary Barkas:

„Die Anstaltsbehandlung psychotischer Patienten im Lichte der Psychoanalyse.“

Es wird untersucht, unter welchen Bedingungen eine Psychoanalyse bei Geisteskranken möglich sei, wie die Psychoanalyse die „Anstaltsremissionen“ erkläre und wie psychoanalytisches Verständnis auch in jenen Fällen helfen könnte, bei denen die Psychoanalyse nicht anwendbar sei. Die gegenwärtigen Behandlungsmethoden scheinen zunächst eine noch tiefere Regression herzustellen als die, die der Krankheitsprozeß bereits bedingt hatte, um dann die verschiedenen Entwicklungsstufen noch einmal durchlaufen zu lassen, wobei das Personal der Anstalt die Elternimages repräsentiere. Die strukturellen Kenntnisse über Ich, Über-Ich und Es ermöglichen eine bessere Behandlung der Geisteskranken.

4. März 1925. Dr. Edvard Glover:  
„Bruderkrieg‘ in einem Dorf in Lancashire.“

Es werden verschiedene Gruppenbildungen von Knaben beschrieben, die spontan in einem ländlichen Dorf entstanden, wobei sich deutlich „Pubertätsgruppen“ und „Latenzzeitgruppen“ unterscheiden ließen. Es gab zyklische Perioden libidinöser Vorstöße, die in zeremoniellen „Zeigeakten“ gipfelten; es werden mögliche Beziehungen zu primitiven Gruppenbildungen besprochen.

18. März 1925. Miß Mary Chadwick: „Ein Fall von Kleptomanie bei einem Kind.“

Das zehnjährige Mädchen begann nach der Geburt einer Schwester zu stehlen. Die Analyse konnte eine mehrfach geschichtete Determinierung des Stehlzwanges aufdecken, der oberflächlich das Bestreben bedeutete, sich des Babys zu bemächtigen, dahinter aber auf den Raub des brüderlichen Penis hinzielte.

Dr. Douglas Bryan  
Sekretär

## Indian Psycho-Analytical Society

### I. Quartal 1925

Im ersten Quartal des Berichtsjahres fanden zwei Versammlungen statt.

Die jährliche Versammlung, bei der der Jahresbericht für 1924 angenommen und die Geschäftsträger und der Vorstand für 1925 gewählt wurden, fand am 25. Januar statt. In den Vorstand wurden gewählt: Dr. G. Bose D. Sc., M. B. (Präsident); Dr. M. N. Banerji M. Sc. (Sekretär); Dr. N. N. Sen Gupta M. A. Ph. D.; Mr. G. Bora B. A.

Die zweite Versammlung fand am 29. März statt. Der Präsident las den

ersten Teil seiner Arbeit über „Die Natur des Wunsches“. Dr. Sarasilal Sarkar hatte eine Mitteilung über hysterische Konversion in bengalischer Sprache gesandt, die vorgelesen und von den anwesenden Mitgliedern diskutiert wurde. Informative Zusammenkünfte über verschiedene psychoanalytische Themen wurden fast jeden Samstag abend im Hause des Präsidenten abgehalten, an denen auch Gäste teilnahmen.

M. N. Banerji M. Sc.  
Sekretär

## Magyarországi Pszichoanalitikai Egyesület

(Freud-Társaság)

### I. Quartal 1925

10. Januar 1925. 1) Frau Alice Bálint: „Über das Problem des Verstehens bei Karl Böhm.“ — 2) Dr. I. Hermann: „Eine Kranke mit (scheinbarer) periodischer Gefühlskälte und periodisch emporebrechendem Sadismus.“ — 3) Dr. S. Lóránd (als Gast): „Der ‚Lebensfaden‘ im

jüdischen Ritus.“ — 4) Dr. S. Pfeifer: a) „Ein Weg zur Aufdeckung der infantilen Amnesie“ (Ausgangspunkt: das eigene Kind des Kranken); b) „Flucht vor der Übertragung“.

24. Jänner 1925. Dr. W. S. Inman, Chefarzt der augenchirurgischen Abt. d.

Hospitales in Portsmouth (als Gast): „Anwendung psychoanalytischer Kenntnisse in der Augenheilkunde.“ — Der Vortrag wurde in englischer Sprache gehalten.

7. Februar 1925. Generalversammlung. Der Jahresbericht wurde erstattet, das Absolutorium erteilt, der Mitgliedsbeitrag mit K 300.000 bestimmt, der Vorstand wiedergewählt, die Verbreitungsmöglichkeiten der psychoanalytischen Lehren im Lande besprochen.

21. Februar 1925. Dr. I. Hermann: „Regression in der Ich-Orientierung.“

7. März 1925. Dr. S. L'óránd (als Gast): „Eine Geburt in Hypnose, danach Analyse der Mutter.“

21. März 1925. Dr. G. Róheim: „Der Sündenbock.“

\*

Geschäftliches: Dr. Sándor L'óránd (derzeit Budapest) wurde zum ordentlichen Mitglied gewählt.

Dr. Imre Hermann  
Sekretär

## Nederlandsche Vereeniging voor Psycho-Analyse

### I. Quartal 1925

Sitzung vom 31. Januar 1925 in Amsterdam. (Jährliche Generalversammlung.) Nach Vorlesung und Annahme des Protokolls der vorherigen Versammlung wurden die Jahresberichte des Schriftführers, des Kassenwartes und des Bibliothekars angenommen. Als Bibliothekar wurde Prof. Dr. K. H. Bouman wiedergewählt. In den Vorstand wurden gewählt: Dr. J. E. G. van Emden als Vorsitzender, A. van der Chijs als Kassier, A. Endtz als Sekretär. Der abtretende Schriftführer Dr. Adolph F.

Meyer hatte aus Gesundheitsrücksichten seine Wiederwahl abgelehnt. In der wissenschaftlichen Sitzung setzte Dr. J. H. W. van Ophuijsen seinen Vortrag über Sadismus fort. An der Diskussion haben mehrere Mitglieder teilgenommen.

Sitzung vom 28. März 1925 im Haag. Vorträge: a) Dr. J. Knappert: „Über die *conceptio immaculata* in der Neurose“; b) Dr. J. E. G. van Emden: „Kasuistische Mitteilungen.“

Dr. A. Endtz  
Sekretär

## New York Psycho-Analytic Society

### I. Quartal 1925

Januar 1925. Geschäftssitzung. Für das Jahr 1925 wurden gewählt: Als Präsident Dr. A. A. Brill, als Vizepräsident Dr. Leonard Blumgart, als Sekretär-Kassier Dr. Albert Polon. Vorstandsmitglieder: Dr. Bernard Glueck, Dr. C. P. Oberndorf und Dr. Adolph Stern. — Wissenschaftliche Sitzung: „Klinische Mitteilungen.“ Dr. Polon: „Weibliche Homosexualität im Verhältnis zum Kastrationskomplex.“ — Dr. Lehrman: „Eine Traumanalyse.“

Februar 1925. Geschäftssitzung. Als neue Mitglieder wurden gewählt: Dr. Thaddeus H. Ames, Dr. Isador H. Coriat (Boston), Dr. Dorian Feigenbaum, Dr. Smith Ely Jelliffe, Dr.

Leonard Rothchild, Dr. William V. Silverberg, Dr. Arthur G. Laine (Morris Plains, N. J.). — Wissenschaftliche Sitzung. Dr. A. Kardiner: „Die traumatische Neurose.“

März 1925. Geschäftssitzung. Ansprachen des bisherigen Präsidenten (Dr. Stern) und des neuen Präsidenten (Dr. Brill). Als neues Mitglied wurde gewählt Dr. L. P. Clark. — Wissenschaftliche Sitzung. Klinische Mitteilungen: Dr. Stern: „Die Mutterlibido in der Analyse eines Falles.“ Dr. Oberndorf: „Penisphantasie eines kleinen Mädchens.“

Dr. M. A. Meyer  
Schriftführer

## Schweizerische Gesellschaft für Psychoanalyse

### I. Quartal 1925

Sitzung vom 17. Januar 1925. A. L ö p f e: „Phantasien eines stotternden Kindes.“

Sitzung vom 7. Februar 1925. H. B e h n - E s c h e n b u r g: „Kasuistische Mitteilungen.“

Sitzung vom 7. März 1925. A. P e t e r: „Einblicke in das Seelenleben der Schüler mit Hilfe von Phantasieaufsätzen.“

Sitzung vom 14. März 1925. H. M e i e r - M ü l l e r: „Die Psychotherapie in der Hand des psychoanalytisch orientierten Arztes und die suggestiven Faktoren in der Analyse.“

Sitzung vom 28. März 1925. Fortsetzung der Diskussion über den Vortrag von M e i e r - M ü l l e r.

Dr. E. Oberholzer  
Vorsitzender

## Wiener Psychoanalytische Vereinigung

### I. Quartal 1925

21. Januar 1925. Vortrag Dr. Wilhelm R e i c h: „Über den triebhaften Charakter.“

4. Februar 1925. Diskussionsabend. Einleitendes Referat Dr. Robert J o k l: „Gibt es eine spezielle Technik der ärztlichen Psychoanalyse?“

18. Februar 1925. Geschäftssitzung. Satzungsänderung, die die Schaffung einer neuen Kategorie von Mitgliedern (außerordentliche Mitglieder) beinhaltet.

4. März 1925. Vortrag Dr. Alfred W i n t e r s t e i n: „Pubertätsriten bei Mädchen.“

18. März 1925. Außerordentliche Generalversammlung. Die am 18. Februar beschlossene Satzungsänderung wird durchgeführt. — Kleine Mitteilungen.

1) Dr. Helene D e u t s c h: „Zur Psychogenese eines Tic-Falles.“ 2) Dr. Wilhelm R e i c h: „Zur Kasuistik der Menstruationsstörungen.“ 3) Dr. Wilhelm R e i c h: „Geburtsphantasien und analytische Situation.“

Dr. Siegfried Bernfeld  
Schriftführer

Dem im vorigen Heft erschienenen Bericht ist nachzutragen, daß in der Generalversammlung vom 28. Okt. 1924 Dr. H i t s c h m a n n als Leiter des „Ambulatoriums der Wiener PsA. Vereinigung“ und Mitglied des Vorstandes wiedergewählt wurde. Ferner ist in demselben Heft im Wiener Mitgliederverzeichnis ein Druckfehler richtigzustellen: die Bezeichnung „Präsident“ gehört zur Zeile „Prof. F r e u d“ (nicht zur Zeile „Anna Freud“).

### Lehrinstitut der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung

Im Januar 1925 wurde das L e h r - i n s t i t u t der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung mit 15 Hörern eröffnet. Seine Aufgabe ist in erster Linie die Ausbildung künftiger psychoanalytischer Therapeuten; weiters die Verbreitung psychoanalytischer Kenntnisse, insbesondere der Anwendung der Psychoanalyse auf Fragen der Erziehung. Die Ausbildung der psychoanalytischen Therapeuten umfaßt: 1) die Lehranalyse; 2) die theoretische Ausbildung durch Kurse, Seminare, Vorträge und die Bibliothek des Lehrinstituts; 3) die praktische Ausbildung, die durch Zuweisung von Patienten (vor-

nehmlich des Ambulatoriums der W. PsA. V.) zu vom Lehrinstitut kontrollierten Analysen erreicht wird. Die Ausbildungszeit ist mit zwei Jahren festgesetzt. Als Leitung des Lehrinstituts wurde gewählt: Dr. Helene D e u t c h (Vorsitzende), Dr. Siegfried B e r n f e l d (Vorsitzender-Stellvertreter), Anna F r e u d (Schriftführer). Der Lehrkörper besteht außer den Genannten aus: Dr. Federn, Dr. H i t s c h m a n n, Dr. N u n b e r g, Dr. R e i c h.

Zuschriften an die Vorsitzende: Dr. Helene D e u t s c h, Wien, I., Wollzeile 33.



## Josef Breuer †

Am 20. Juni 1925 starb in Wien im 84. Lebensjahr Dr. Josef Breuer, der Schöpfer der kathartischen Methode, dessen Name darum unauslöschlich mit den Anfängen der Psychoanalyse verknüpft ist.

Breuer war Internist, ein Schüler des Klinikers Oppolzer; in jüngeren Jahren hatte er bei Ewald Hering über die Physiologie der Atmung gearbeitet, später noch, in den spärlichen Mußstunden einer ausgedehnten ärztlichen Praxis beschäftigte er sich erfolgreich mit Versuchen über die Funktion des Vestibularapparates bei Tieren. Nichts an seiner Ausbildung konnte die Erwartung wecken, daß er die erste entscheidende Einsicht in das uralte Rätsel der hysterischen Neurose gewinnen und einen Beitrag von unvergänglichem Wert zur Kenntnis des menschlichen Seelenlebens leisten werde. Aber er war ein Mann von reicher, universeller Begabung und seine Interessen griffen nach vielen Richtungen weit über seine fachliche Tätigkeit hinaus.

Es war im Jahre 1880, daß ihm der Zufall eine besondere Patientin zuführte, ein ungewöhnlich intelligentes Mädchen, das während der Pflege seines kranken Vaters in schwere Hysterie verfallen war. Was er an diesem berühmten „ersten Fall“ getan, mit welcher unsäglicher Mühe und Geduld er die einmal gefundene Technik durchgeführt, bis die Kranke von all ihren unbegreiflichen Leidenssymptomen befreit war, was für Verständnis für die seelischen Mechanismen der Neurose er dabei gewonnen, das erfuhr die Welt erst etwa vierzehn Jahre später aus unserer gemeinsamen Publikation „Studien über Hysterie“ (1895), leider auch dann nur in stark verkürzter und durch die Rücksicht auf ärztliche Diskretion zensurierter Form.

Wir Psychoanalytiker, die längst damit vertraut sind, einem einzelnen Kranken Hunderte von Stunden zu widmen, können uns nicht mehr vorstellen, wie neuartig eine solche Bemühung vor 45 Jahren erschienen sein muß. Es mag ein großes Stück persönlichen Interesses und ärztlicher Libido, wenn man so sagen darf, dazugehört haben, aber auch ein ziem-

liches Ausmaß von Freiheit des Denkens und unbeirrter Auffassung. Zur Zeit unserer „Studien“ konnten wir uns bereits auf die Arbeiten von Charcot und auf die Untersuchungen von Pierre Janet beziehen, die damals einem Teil der Breuerschen Entdeckungen die Priorität entzogen hatten. Aber als Breuer seinen ersten Fall behandelte (1881/82), war von alledem noch nichts vorhanden. Janets „Automatisme Psychologique“ erschien 1889, sein anderes Werk „L'état mental des Hystériques“ erst 1892. Es scheint, daß Breuer durchaus originell forschte, nur durch die Anregungen geleitet, die ihm der Krankheitsfall bot.

Ich habe wiederholt — zuletzt in meiner „Selbstdarstellung“ (1925) in Grotes Sammlung „Die Medizin der Gegenwart“ — meinen Anteil an den gemeinsam veröffentlichten „Studien“ abzugrenzen versucht. Mein Verdienst bestand im wesentlichen darin, bei Breuer ein Interesse, das erloschen schien, wieder belebt und ihn dann zur Publikation gedrängt zu haben. Eine gewisse Scheu, die ihm eigen war, eine innere Bescheidenheit, die an der glänzenden Persönlichkeit des Mannes überraschen mußte, hatten ihn bewogen, seinen erstaunlichen Fund durch so lange Zeit geheimzuhalten, bis dann nicht mehr alles an ihm neu war. Ich bekam später Grund zur Annahme, daß auch ein rein affektives Moment ihm die weitere Arbeit an der Aufhellung der Neurose verleidet hatte. Er war mit der nie fehlenden Übertragung der Patientin auf den Arzt zusammengestoßen und hatte die unpersönliche Natur dieses Vorganges nicht erfaßt. Zur Zeit, als er meinem Einfluß nachgab und die Publikation der „Studien“ vorbereitete, schien sein Urteil über deren Bedeutung gefestigt. Er äußerte damals: Ich glaube, das ist das Wichtigste, was wir beide der Welt mitzuteilen haben werden.

Außer der Krankengeschichte seines ersten Falles hat Breuer zu den „Studien“ einen theoretischen Aufsatz beigetragen, der weit davon entfernt, veraltet zu sein, vielmehr Gedanken und Anregungen birgt, die noch immer nicht genug ausgewertet worden sind. Wer sich in diese spekulative Abhandlung vertieft, wird den richtigen Eindruck von dem geistigen Format des Mannes davontragen, dessen Forscherinteresse sich leider nur während einer kurzen Episode seines langen Lebens unserer Psychopathologie zugewendet hat.

Freud

# Versuch einer Genitaltheorie

von

Dr. S. Ferenczi

Geheftet M. 4.50, Halbleinen M. 5.50, Halbleder M. 8.—

## Inhalt:

Die Amphimixis der Erotismen im Ejakulationsakt. Der Begattungsakt als amphimiktischer Vorgang. Entwicklungsstufen des erotischen Realitätssinnes. Deutung einzelner Vorgänge beim Geschlechtsakte. Die individuelle Genitalfunktion. Phylogenetische Parallele. Zum „thalassalen Regressionszug“. Begattung und Befruchtung. Koitus und Schlaf. Bioanalytische Konsequenzen.

Wie immer man die Hypothesen Ferenczis betrachten mag, selbst wenn man sie nur als phantastische Exzentrizitäten eines einseitig eingestellten Psychoanalytikers würdigt, sie verdienen das Interesse des Lesers schon durch das Streben, die rein biologische Auffassung der Genitalität durch Vermischung mit psychoanalytischem Denken auszudeuten.

*(Placzek im Archiv für Frauenkunde)*

Im Mittelpunkt steht die ehemals so übel beleumdete „Mutterleibsregression“, heute hineingestellt in eine Menge sinnvoll erfaßter Tatsachen, Phantasien und Ausnahmen . . . Ferenczi verfolgt den „thalassalen Regressionszug“ hinein in vielerlei biologische und beschreibend-zoologische Fakta, diesen neue Deutung gebend; andererseits hinein in das nur introspektiv erfassbare psychische Gebiet. Überall ein intensives Streben nach Vollständigkeit und weitesten Grenzen, gepaart mit subtilster Erfassung von Einzelheiten.

*(Schultz-Hencke in der Zeitschrift f. Sexualwissenschaft)*

Dr. Ferenczis bold and adventurous mind has produced a work full of ingenious suggestion and speculation, and much of it may be of considerable heuristic value.

*(Prof. A. G. Tansley in The Brit. Journ. of Med. Psychology)*

A most fascinating and stimulating monograph.

*(The Psychoanalytic Review)*

# Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse, Band XI, Heft 2

(Ausgegeben Mitte Juli 1925)

<i>Dr. Ernest Jones</i> : Theorie und Praxis in der Psychoanalyse . . . . .	145
<i>Dr. Hanns Sachs</i> : Metapsychologische Gesichtspunkte zur Wechselbeziehung zwischen Theorie und Technik in der Psychoanalyse . . . . .	150
<i>Dr. Franz Alexander</i> : Metapsychologische Darstellung des Heilungsvorganges . . . . .	157
<i>Dr. H. Nunberg</i> : Über den Genesungswunsch . . . . .	179
<i>Dr. Karl Landauer</i> : Äquivalente der Trauer . . . . .	194

## KASUISTISCHE BEITRÄGE

<i>Dr. Clara Happel</i> : Aus der Analyse eines Falles von Päderastie . . . . .	206
<i>Dr. Wilhelm Reich</i> : Eine hysterische Psychose in statu nascendi . . . . .	211
<i>Dr. Karl Abraham</i> : Koinzidierende Phantasien bei Mutter und Sohn . . . . .	222
<i>Dr. Helene Deutsch</i> : Beitrag zur Psychologie des Sportes . . . . .	222
<i>Dr. Otto Fenichel</i> : Bewußtseinsfremdes Erinnerungsmaterial im Traume . . . . .	226
<i>Dr. M. Wulff</i> : Analyse einer Symptomhandlung . . . . .	229

## REFERATE

### Aus den Grenzgebieten:

Lichtenstern, Die Überpflanzung der männlichen Keimdrüse (*F. Deutsch*) 231. — Lipschütz, The Internal secretion of the sex Glands (*Jones*) 232. — Pathologisch-anatomische und klinische Arbeiten zum Geburtstrauma (*Landauer*) 232. — Schweizer, Erklären und Verstehen in der Psychologie (*Hermann*) 234. — Eliasberg, Psychologie und Pathologie der Abstraktion (*Hermann*) 234. — Grote, Über den Normbegriff im ärztlichen Denken (*Müller-Braunschweig*) 235.

### Aus der psychiatrisch-neurologischen Literatur:

Birnbaum, Die Psychoanalyse vom Standpunkte der klinischen Psychiatrie (*Schilder*) 236. — Schilder, Seele und Leben (*Hermann*) 237. — Senf, Homosexualisierung (*Hitschmann*) 238. — Schultz, Taschenbuch der psychotherapeutischen Technik (*Hitschmann*) 238. — Többen, Über den Inzest (*Hitschmann*) 239. — Kehrer und Kretschmer, Die Veranlagung zu seelischen Störungen (*Hitschmann*) 239. — Mayer-Groß, Selbstschilderungen der Verwirrtheit (*Naef*) 239. — Hilger, Die Hypnose und die Suggestion (*Reich*) 240. — Rühle-Gerstl, Freud und Adler (*Landauer*) 240. — Coué, Die Selbstbemeisterung durch bewußte Autosuggestion (*Jones*) 241. — Gulat-Wellenburg, Das Wunder der Autosuggestion, eine Methode der Heilung (*Fenichel*) 241. — Schulhof, Gouéismus, die Kunst der Selbstüberredung als eine neue psychische Behandlungsmethode (*Fenichel*) 241.

### Aus der psychoanalytischen Literatur:

Eine Autoergographie Sigm. Freuds (*Müller-Braunschweig*) 241. — Drever-Jones, The Classification of Instincts (*Flügel*) 242. — Glover, The significance of the Mouth in Psychoanalysis (*Rigall*) 243. — Pulley, Bemerkung über Freud und Blake (*Fenichel*) 242. — Zulliger, Unbewußtes Seelenleben (*Fenichel*) 244. — Farrow, Ein Kastrationskomplex (*Fenichel*) 245. — Bryan, Die Perle und Kastrationssymbolik (*Fenichel*) 245.

## PSYCHOANALYTISCHE BEWEGUNG

Religionspsychologie 246. — Pädagogische Zeitschriften 246. — Deutschland 246. — Polen 247. — Thomas Mann und die Psychoanalyse 247.

## KORRESPONDENZBLATT DER INTERNATIONALEN PSYCHOANALYTISCHEN VEREINIGUNG

I. Mitteilungen des Zentralvorstandes 248. — II. Berichte der Zweigvereinigungen 248.

*Sigm. Freud*: Josef Breuer † . . . . . 255

Alle redaktionellen Zuschriften und Sendungen bitte zu richten an:

**Dr. Sándor Radó, Berlin-Schöneberg, Hauptstraße 41,**

alle geschäftlichen Zuschriften und Sendungen an:

**Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Wien, VII. Andreasgasse 3**

Manuskripte sind vollkommen druckfertig, in Maschinschrift, einzusenden; eine Abschrift sollte der Autor stets zurückbehalten.

Die veröffentlichten Beiträge werden mit Mark 50.- (Dollar 12.-) pro Druckbogen honoriert. Die Autoren der Originalarbeiten erhalten 10 Freixemplare des betreffenden Heftes. (Separatabzüge werden nicht angefertigt.)

Copyright 1925 by „Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Ges. m. b. H.“, Wien.

Eigentümer und Verleger: Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Ges. m. b. H., Wien, VII., Andreasgasse 3. — Herausgeber: Prof. Dr. Sigm. Freud, Wien. — Verantwortlich für die Redaktion: Dr. Paul Federn, Wien, I., Riemergasse 1. — Druck der Gesellschaft für graphische Industrie A.-G., Wien, III., Rüdengasse 11. (Verantwortlicher Druckereileiter: Karl Wrba, Wien.)