

nale Zeitschrift für Psychoanalyse

Offizielles Organ der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung

Herausgegeben von

Sigm. Freud

Unter Mitwirkung von

Felix Boehm
Berlin

Girindrashekar Bose
Kalkutta

A. Borel
Paris

N. L. Blitzsten
Chicago

A. A. Brill
New York

Lucile Dooley
Washington

M. Eitingon
Jerusalem

S. Hollós
Budapest

Ernest Jones
London

J. W. Kannabich
Moskau

S. J. R. de Mondy
Rotterdam

J. H. W. van Ophuijsen
Haag

Philipp Sarasin
Basel

Y. K. Yabe
Tokio

redigiert von

Paul Federn
Wien

Heinz Hartmann
Wien

Sandor Rado
New York

- Edoardo Weiß Die Straßenangst und ihre Beziehung zum hysterischen Anfall und zum Trauma
- Heinrich Meng Das Problem der Organpsychose. Zur seelischen Behandlung organisch Kranker
- Eduard Hitschmann . . . Beiträge zu einer Psychopathologie des Traumes
- Otto Fenichel Über Angstabwehr, insbesondere durch Libidinisierung
- Hellmuth Kaiser Probleme der Technik
- Barbara Low Die psychischen Entschädigungen des Analytikers
- Emil Simonson Erfolgreiche Behandlung einer schweren, multiplen Konversionshysterie durch Katharsis
- Zrjö Kulovesi Ein Beitrag zur Psychoanalyse des epileptischen Anfalls
- Ludwig Eidelberg Zur Erniedrigung des Liebesobjekts

Vorläufige Mitteilungen – Referate

1) Die in der „Internationalen Zeitschrift für Psychoanalyse“ veröffentlichten Beiträge werden mit Mark 25.— per sechzehnseitigen Druckbogen honoriert.

2) Die Autoren von Originalbeiträgen sowie von Mitteilungen im Umfange über zwei Druckseiten erhalten nach Wahl zwei Freixemplare des betreffenden Heftes.

3) Die Kosten der Übersetzung von Beiträgen, die die Autoren nicht in deutscher Sprache zur Verfügung stellen, werden vom Verlag getragen; die Autoren solcher Beiträge erhalten kein Honorar.

4) Die Manuskripte sollen gut leserlich sein, möglichst in Schreibmaschinenschrift (einseitig und nicht eng geschrieben). Es ist erwünscht, daß die Autoren eine Kopie ihres Manuskriptes behalten. Zeichnungen und Tabellen sollen auf das unbedingt notwendige Maß beschränkt sein. Die Zeichnungen sollen tadellos ausgeführt sein, damit die Vorlage selbst reproduziert werden kann.

5) Mehrkosten, die durch Autorkorrekturen, das heißt durch Textänderungen, Einschaltungen, Streichungen, Umstellungen während der Druckkorrektur verursacht werden, werden vom Autorenhonorar in Abzug gebracht.

6) Separata werden nur auf ausdrücklichen Wunsch und auf Kosten des Autors angefertigt. Die Kosten (einschließlich Porto der Zusendung der Separata) betragen für Beiträge

	bis 8 Seiten für 25 Exemplare		Mark 15.—	für 50 Exemplare		Mark 20.—
von	9	„ 16	„ „ 25	„ „ 20.—	„ 50	„ „ 25.—
„	17	„ 24	„ „ 25	„ „ 30.—	„ 50	„ „ 40.—
„	25	„ 32	„ „ 25	„ „ 35.—	„ 50	„ „ 45.—

Mehr als 50 Separata werden nur nach besonderer Vereinbarung mit dem Verlag angefertigt.

Wir machen hiemit unsere Autoren auf folgendes aufmerksam:

Nach den gesetzlichen Bestimmungen kann bis zum Ablauf von zwei dem Erscheinungsjahr einer Arbeit folgenden Kalenderjahren über Verlagsrechte (Wiederabdruck und Übersetzungen) nur mit Genehmigung des Verlages verfügt werden. Auf Grund eines generellen Übereinkommens, das wir mit dem „International Journal of Psychoanalysis“ getroffen haben, steht es jedoch jedem Autor frei, ohne ausdrückliche Genehmigung des Verlages der letztgenannten Zeitschrift das Recht der Übersetzung und des Wiederabdrucks einzuräumen.

Die Genehmigung einer Wiederveröffentlichung oder Übersetzung in einem anderen Organ muß, um Berücksichtigung finden zu können, zugleich mit Übersendung des Manuskriptes verlangt werden.

Die Redaktion

Redaktionelle Mitteilungen und Sendungen aus allen Ländern mit Ausnahme der U. S. A. bitten wir zu richten an Dr. Paul Federn und Dr. Heinz Hartmann, p. A. Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Wien, I., Börsegasse 11.

Redaktionelle Mitteilungen und Sendungen aus den U. S. A. an Dr. Sandor Rado, 324 West, 86th Street, New York City.

Bestellungen und geschäftliche Zuschriften aller Art an

Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Wien I, Börsegasse 11.

Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse

Herausgegeben von Sigm. Freud

XX. Band

1934

Heft 4

Die Straßenangst und ihre Beziehung zum hysterischen Anfall und zum Trauma¹

Von

Edoardo Weiß

Roma

Als Ergebnis aus den Analysen einer traumatischen Neurose und von etwa 20 Fällen von Straßenangst und ähnlichen Phobien ergab sich eine enge Verbindung dreier Probleme: es sind dies die Bedeutung des hysterischen Anfalls, des seelischen Traumas und der Angst bei der Agoraphobie, als Paradigma des phobischen Mechanismus im allgemeinen.

I

Nach der ursprünglichen Auffassung Freuds² ist der hysterische Anfall „nichts anderes als ins Motorische übersetzte, auf die Motilität projizierte, pantomimisch dargestellte Phantasien“. Diese Phantasien, welche, wie bekannt, unbewußt sind, werden wie die latenten Traumgedanken einer Entstellung unterworfen, wobei wir Verdichtung, mehrfache Identifizierung, antagonistische Verkehrung der Innervationen und Umkehrung der Zeitfolge vorfinden. Nach Freud ist der hysterische Anfall ein Ersatz einer ehemals geübten und seither aufgegebenen autoerotischen Befriedigung, und der Bewußtseinsverlust, die Absence des hysterischen Anfalls ginge „aus jenem flüchtigen, aber unverkennbaren Bewußtseinsentgang hervor, der auf der Höhe einer jeden intensiven Sexualbefriedigung zu verspüren ist“.

Es ist ferner bekannt, wie Freud den arc de cercle des großen hysterischen Anfalls auffaßt: er stellt eine „energische Verleugnung einer für den sexuellen Verkehr geeigneten Körperstellung durch antagonistische Innervation dar“. Vor 10 Jahren habe ich eine Deutung des arc de cercle ver-

1) Nach einem auf dem XIII. Internationalen Psychoanalytischen Kongreß in Luzern am 30. August 1934 gehaltenen Vortrag.

2) S. Freud: „Allgemeines über den hysterischen Anfall“, Ges. Schriften, Bd. V.



öffentlich,³ die sich mir aus einem unzweideutigen Traume einer Patientin ergab. Freud selbst lehrt uns, daß der Traum oft den Sinn des Anfalls erläutert. Meine hysterische Patientin träumte nämlich, den arc de cercle auszuführen, wobei sie das Gefühl hatte, dadurch etwas in der Klitorisgegend herauszupressen, und tatsächlich fühlte sie im Traume, wie sich die Klitoris zu einem hervorspringenden Auswuchs gestaltete. Dazu assoziierte sie das Auspressen des Stuhles und zum Auswuchs fiel ihr der Penis ein. Durch den arc de cercle hat sie sich von der konkaven (weiblichen) in die konvexe, hervorspringende (männliche) Lage versetzt. Sie preßte den Penis heraus, indem sie mit dem ganzen Leibe mithalf. Die Analogie mit der Geburt ist deutlich erkennbar. So können wir zur Ausführung Freuds über den arc de cercle ergänzend hinzufügen: Die energische Verleugnung einer für den sexuellen Verkehr geeigneten Körperstellung — Freud meint ja implizite die weibliche Stellung — wird noch durch den Erwerb des Penis unterstützt. Rado⁴ hat diesen Begriff des phantasierten Penis, den er Wunschpenis nennt, vor kurzem sehr gründlich ausgearbeitet und auf seine Ubiquität beim Weibe hingewiesen.

In unserem Falle scheint es, daß das Sexualziel unserer Patientin im Erwerb des Penis bestand. Die Analyse ergab, daß sie in ihrer Kindheit jede genitale Befriedigungsmöglichkeit infolge der Entdeckung ihrer vermeintlichen Kastration eingebüßt hatte. Durch den arc de cercle macht sie den vermeintlichen Defekt wieder gut. Der Besitz des Penis war die unbewußte Bedingung für eine sexuelle Befriedigung und da sehen wir, daß sich beim arc de cercle das Sexualziel auf diese Bedingung verschoben hat. Diese Art von Verschiebung finden wir ganz deutlich auch im folgenden Falle:

Eine Frau unterhielt mit einem Manne, den sie gerne geheiratet hätte, ein Liebesverhältnis. Sie war von ihrem Ehegatten geschieden, weil die Ehe kinderlos geblieben war. Der zweite Mann, mit dem sie das Verhältnis unterhielt, konnte sich nicht entschließen, sie zu heiraten, weil er sich ebenfalls Kinder wünschte. Ihre Unfruchtbarkeit stellte für sie eine starke narzißtische Kränkung dar. Sie gelangte mit ihrem Freunde nie zum vollständigen Orgasmus und blieb nach dem Sexualakte bloß stark sexuell gereizt. Da bekam sie jedesmal nach dem Verkehr einen hysterischen Anfall: sie verlor das Bewußtsein, klagte über Magenschmerzen, mußte dann erbrechen; dann kam sie zu sich und fühlte sich wohl und erleichtert. Der hysterische Anfall ergänzte den sexuellen Orgasmus, war gleichsam ein Ersatz für die ausgebliebene Endphase desselben. Aber der Sinn des Anfalles war nicht der des Sexualverkehrs, sondern der eines Schwangerschaftszustandes. Das Erreichen des sexuellen Orgasmus war durch eine starke narzißtische Kränkung verhindert gewesen, die sich ursprünglich auf den Penismangel, in zweiter Folge auf den Kindesmangel bezogen hat. Das Sexualziel hat sich also auch hier auf die phantasierte Wiedergutmachung der seelischen Kränkung verschoben, ganz analog wie im ersten Falle.

3) E. Weiß: „Zum psychologischen Verständnis des arc de cercle“, Int. Zeitschr. f. Psychoanalyse, Bd. X, 1924.

4) S. Rado: „Die Kastrationsangst des Weibes“, Int. psychoanalytischer Verlag, 1934.

Der hysterische Anfall führt aber nicht immer zu einer Entladung des inneren, allmählich entstandenen Spannungszustandes, wie bei dieser Frau. Es gibt vielmehr Anfälle, die befriedigen und solche, die nicht nur nicht befriedigen, sondern sogar sozusagen selbst als neuerliches Trauma wirken.

Infolge unbewußt festgehaltener Zusammenhänge zwischen einer libidinösen Abfuhr und der Provokation von Destruktionskräften ziehen Sexualregungen destruktive Besetzungen nach sich. Bei jedem Versuche der Libido, zum Durchbruche zu kommen, so auch beim hysterischen Anfall, kämpft eine libidinöse mit einer destruktiven Regung. Wir schließen auf das Überwiegen des Todestriebes, wenn der Anfall erschütternd und traumatisch wirkt; und nehmen an, daß die Libido größeren Einfluß genommen hat, wenn der Anfall Erleichterung gebracht hat. Allerdings ist der Sieg der Libido oft nicht realitätsgerecht, wie z. B. wenn er beim Weibe im phantasierten Erlangen des Penis besteht.

Ich möchte an einem Beispiel den Unterschied zwischen einem traumatischen und einem erlösenden hysterischen Anfall bei derselben Patientin dartun:

Ein 13jähriges Mädchen bekam 9 Monate nach ihrer ersten Menstruation folgenden Anfall: Sie hatte während einer Unterrichtspause das Schulzimmer kaum verlassen, als sie das Gefühl bekam, eine andere Person zu werden. Sie fühlte, daß sie selbst und die Außenwelt sich stark veränderten, was sie als unsagbar schreckhaft empfand. Sie sträubte sich sehr dagegen, denn sie wollte ihr eigenes Ich festhalten, war aber dagegen machtlos, und ihr Angstzustand darüber wuchs dermaßen, daß sie für eine kurze Weile das Bewußtsein vollständig verlor. Als sie zu sich kam, hörte sie sich laut schreien; durch diesen Schrei des fürchterlichsten Entsetzens kam es zur Lösung des Anfalls, als ob sie dadurch etwas aus ihrem Inneren auf oralem Wege herausgestoßen hätte. Nach dem Anfall befand sie sich am Boden kniend. Ihre Angst hatte auch zum bewußten Inhalt die Befürchtung, sie könnte nicht mehr zu ihrem Ich zurückkehren und dieses Moment war für sie das fürchterlichste bei dieser Situation.

Diese Anfälle wiederholten sich dann öfters, mitunter auch mehrmals täglich, anfangs auch zu Hause und waren von dem unwiderstehlichen Impuls begleitet, sich zu Boden zu werfen. Später kamen ihr die Anfälle nur außerhalb des Hauses, im Freien, auf der Gasse. Aus Angst, auf der Gasse oder in einem öffentlichen Lokale einen derartigen Anfall zu bekommen, fürchtete sie sich nun, das Haus zu verlassen. Das Ausgehen begünstigte die Anfälle. Obwohl die Anfälle allmählich im Verlauf von Jahren seltener wurden, wurde ihre Angst immer größer und die Anfälle konnten nur auf Kosten ihrer Bewegungsfreiheit eingeschränkt werden. Schließlich hatte sie es fast ganz aufgegeben, ihr Haus zu verlassen, führte ein vollkommen interessenloses Dasein, war stets deprimiert, abgesperrt gegen die Außenwelt und hatte keine Hoffnung mehr, ihren qualvollen Zustand, der sie in ihrer Wohnung, mitunter in ihrem Zimmer, gefangen hielt, jemals ändern zu können. Etwa 9 Jahre nach dem Ausbruch dieser Phobie kam sie zu mir in analytische Behandlung und wurde nach etwa 2 $\frac{1}{2}$ Jahren fast hergestellt.

Die Analyse ergab folgenden Sinn der Anfälle: Identifizierung mit der gebärenden Mutter. Die Patientin hatte die unbewußte Phantasie, die Mutter beim Vater zu ersetzen, um von ihm ein Kind zu bekommen. Es handelte sich um eine orale Geburt, wie sich die Patientin in ihrer Kindheit — sie hatte eine ungemein starke orale

Fixierung — die Geburt tatsächlich vorgestellt hatte. Die hochgradige Depersonalisation beim Anfalle war durch die intensive Identifizierung mit der Mutter bedingt und bedeutete: ich bin es nicht, ich bin die Mutter. Die andere Person, in welche sie sich umwandeln fühlte, hieß, ohne daß sie wußte warum, Marie, und das war der zweite Name ihrer Mutter. Die Veränderung, in welcher sie für immer zu verbleiben fürchtete, bedeutete auch sterben, denn sie hatte als Kind, anlässlich der Geburt eines Brüderchens, der Mutter bei der Geburt den Tod gewünscht; nun stand ihr in ihrer Mutteridentifizierung dasselbe Los bevor, das auch durch die Angst „nicht mehr zum Ich zurückzukehren“ ausgedrückt ist. Schließlich ging aus unzweideutigen Träumen und Einfällen hervor, daß das Gefühl der Veränderung auch den Sinn der Mutilation, d. h. der Kastration hatte.

Mit dem Fortschreiten der Analyse wiederholten sich diese Anfälle nicht mehr und die Patientin wurde viel freier. Erst nach zwei anfallsfreien Jahren bekam sie während der analytischen Stunde einen Anfall ganz neuer Art: Sie blieb dabei vollkommen bei klarem Bewußtsein, bekam heftige Kontraktionen der Bauch-, Brust- und Halsmuskulatur und den typischen globus hystericus, hüstelte in angestrengter Weise, wie um etwas aus dem Halse herauszubekommen, und wälzte sich auf dem Diwan herum. Als ich ihr sagte, daß diese neuartigen, harmlosen Anfälle dafür bürgten, daß die früheren, fürchterlichen nicht mehr auftreten werden, lachte sie vergnügt auf, trotz der noch andauernden Krämpfe. Ja, diese wurden noch heftiger, so daß sie vom Diwan herunterzufallen drohte und ich ihr zu Hilfe eilen mußte. Da schlang sie die Arme um meinen Hals, wie um dadurch irgendwie einen Halt zu finden, ließ mich eine Zeitlang nicht los und biß mich in ihren Krämpfen auch etwas am Finger. Nach diesem Anfalle fühlte sie sich wohl und berichtete, dabei auch Genital-, und zwar Vaginalempfindungen verspürt zu haben.

Die Nacht darauf träumte sie, *daß sich dieser Anfall bei mir in der analytischen Stunde wiederholte, wobei sie mich ins Ohr beißen wollte. Da wurde ihr im Traum bewußt, daß sie den Anfall absichtlich verlängerte, damit ich sie küsse.* Wir sehen, daß dieser Anfall in eine Sexualbefriedigung auslaufen wollte. Ich klärte sie über den sekundären Krankheitsgewinn auf und forderte sie auf, sich Einfälle zum Traume kommen zu lassen. Anstatt aber zum Traume zu assoziieren, bekam sie abermals einen gleichen, wenn auch schwächeren Anfall. Ich forderte sie abermals, während des Anfalles, auf zu assoziieren, da ließ sie mich durch einen Wink verstehen, daß ihr ein Einfall gekommen sei. Als sie wieder sprechen konnte, teilte sie mir mit, daß ihr während des Anfalls, den sie gar nicht tragisch nahm, eine neue Erinnerung aufgetaucht sei: Bei einem ihrer ersten Anfälle, sie befand sich damals gerade mit ihrem Vater auf der Gasse, hatte sie ihm instinktiv ganz flüchtig nach seinem Penis gegriffen. In den nächsten Tagen kamen ihr Fellatiophantasien zum Bewußtsein, dann Einfälle über Kindesbewegungen im Mutterschoß usw. Infolge weiterer Einfälle, neu aufgetauchter Erinnerungen und infolge meiner Deutungen, die sich übrigens von selbst ergaben, normalisierte sich ihre Sexualität immer mehr und die Anfälle haben sich nicht mehr wiederholt.

Während die ersten Anfälle schließlich in Tod und Kastration endeten, war der Sinn der letzteren der einer gelungenen Sexualbefriedigung. Sie bedeuteten: Ich bekomme schließlich doch vom Vater den Penis, werde von ihm geschwängert und gebäre, ohne dabei sterben zu müssen.

II

Es ist natürlich, daß das Ich mit Angst reagieren muß, jedesmal wenn es das Herannahen eines traumatisch wirkenden Anfalls verspürt. Der Anfall

selbst stellt die gefürchtete Situation dar. In diesem Fall hat das, was der Patient befürchtet, auch einen bewußten Inhalt, und zwar: die Wiederholung des schon erlebten hysterischen Anfalls, dessen latenter Sinn ihm unbewußt ist. Es gibt aber auch innere, traumatisch wirkende Erlebnisse, die der Patient mit Worten meistens nicht beschreiben kann; da gibt er an, sich furchtbar schlecht zu fühlen, wobei er ein bedrückendes Angstgefühl verspürt. Hier ist die Angst das einzig auffallende Moment, und wir sprechen daher in solchen Fällen nur von einem Angstanfalle schlechthin. In Wirklichkeit gilt auch hier die Angst einem schwer beschreibbaren Analogon des hysterischen Anfalles, das sich auf die Gefühlssphäre des Ichs beschränkt und keinen motorischen Ausdruck findet. Es scheint so, als ob die Angst solcher Patienten, im Gegensatz zum Anfallshysteriker, bloß dem Angstanfalle gelte. Das den Angstanfall provozierende innere Erlebnis besteht aus höchst qualvollen Empfindungen, ebenso verschiedener Art wie die Erscheinungsformen des hysterischen Anfalls es sind, und ebenso psychologisch determiniert. Oft sind die Patienten von Entfremdungsgefühlen betroffen oder klagen über Schwindelgefühle, andere spüren beim Gehen ihre Beine nicht, oder geben an, sonderbare, schwer zu beschreibende Empfindungen beim Gehen zu verspüren, wie z. B. als träten sie nicht auf festen Boden oder als schritten sie am Rande eines Abgrundes, auf einer gekrümmten Fläche u. dgl. mehr.

Wie sucht sich nun das Ich vor der Wiederholung solcher innerer traumatisch wirkender Erlebnisse zu schützen? Das Verteidigungssystem besteht darin, daß das Ich versucht, alle jene Momente zu vermeiden, welche dieses Erlebnis begünstigen, hingegen alle jene aufzusuchen, die es hintanhaltend. Die hysterische Sexualanästhesie und die ihr zugrunde liegende Verdrängung sind ganz allmählich und lange vorher entstanden. Begegnet nun das Individuum in der Wirklichkeit einer Situation, welche eine unbewußte Sexualphantasie bei ihm anregt, so kommt die aktuell gesteigerte Libido zum Durchbruch, trotz der stark besetzten, mit ihr im Zusammenhang stehenden destruktiven Repräsentanz. Herrschen die destruktiven Besetzungen über die libidinösen vor, so kommt es eben zu dem beschriebenen Schockerlebnis und von nun an fürchtet sich das Ich vor allen jenen äußeren Situationen, welche die gefährlichen, unbewußten erotischen Phantasien anregen oder die Vorstellungen von deren bösen Folgen beleben können. Die Straßenangst schließt sich in der Regel an einen sogenannten Angstanfall, in seltenen Fällen an einen traumatisch wirkenden hysterischen Anfall, resp. an ihm vorausgehende Angsterlebnisse an. Wie Freud aufgedeckt hat, gilt die Angst den bösen Folgen der Sexualversuchung, wozu die Straße die Gelegenheit bietet, namentlich wenn man ohne Begleitung ausgeht. Im Falle der Klaustrophobie brachte das Alleinsein in Versuchung zu onanieren und darauf stand Kastration. In den von mir analysierten Fällen ergab sich ferner, daß das Ausgehen, sich vom Hause entfernen, hauptsächlich folgende drei Bedeutungen hat: Erstens: Ich

bin emanzipiert, bin erwachsen wie die Eltern, ich tue, was mir beliebt, ich bin Herr meiner selbst, bin der Obhut der Eltern entzogen — und diese Situation bringt eben in Sexualversuchung. Zweitens bedeutet es: sich der Öffentlichkeit zeigen, exhibieren. Drittens haftet an der Vorstellung des Ausgehens der Sinn von der Loslösung vom mütterlichen Schutze. Deshalb trifft man die Straßenangst so häufig als akzessorisches Symptom bei Zuständen hochgradiger Hilflosigkeit an; oft stellt sich bei ihr sekundär eine Regression bis in die Zeit der infantilen Abhängigkeit von der Mutter ein, und zwar auch infolge der inneren Aggression, der man sich bei den verschiedensten Leiden ausgesetzt fühlt, und vor der man sich schützen will.

Viele Agoraphobiker haben in der Kindheit den Vater oder die Mutter verloren. Allerdings ergibt sich aus der Analyse, daß hier auch ein anderes Moment sie zur Angst vorbereitete: Die Erfüllung ihrer gegen die Eltern gehegten Todeswünsche. Was das Gefühl des Verlassenseins anlangt, so braucht es nicht durch den Tod eines Elternteiles entstanden zu sein, denn in vielen Fällen fühlten sich die Patienten in der Kindheit von der Mutter (Vater) abgewiesen, resp. in ihren Gefühlsäußerungen und Aussagen nicht ernst genommen. Und von nun an haben sie innerlich die Eltern abgesetzt, das Vertrauen in sie wurde zumindest stark erschüttert.

Für den manifesten Ausbruch einer sozusagen schon keimenden und bloß verhüllten Agoraphobie sind mitunter Momente oberflächlicher Natur entscheidend, die seit jeher von Freud berücksichtigt wurden, und auf welche sich die Aufmerksamkeit der Adlerschen Schule unter Vernachlässigung alles Tieferen besonders konzentrierte. Diese sind dadurch gegeben, daß das Leben an das Ich größere Anforderungen stellt. Häufig bricht nämlich die Straßenangst in einer bestimmten Lebensphase des Patienten aus, in welcher er einen Schritt weiter zu seiner Unabhängigkeit zu machen hatte: Beim Übergang in eine höhere Schule, nach Beendigung seiner Studien, am Anfange seiner Berufstätigkeit, kurz, wenn die äußeren Umstände ihn zwingen, sich reifer und erwachsener zu fühlen. Da scheint der Ausbruch der Straßenangst auszudrücken, daß seine Realitätsanpassung an der Notwendigkeit seiner Emanzipation gescheitert ist und tatsächlich macht der Patient den Eindruck, wieder ein Kind geworden zu sein, das nicht mehr allein gehen kann — genauer ausgedrückt: nicht allein durchs Leben gehen kann. Abraham⁵ spricht von der Psychogenese der Straßenangst bei einem fünfjährigen Kinde, das kein „Spazierkind“, sondern ein „Mutterkind“ sein wollte.

Der Sinn des Entfremdungsgefühles, das die Straßenangst oft begleitet, ist der des Nichtannehmenwollens der Realität. Das Ziel des Destruktionstriebes ist dabei, das Ich einer fremden, lieblosen Welt preiszugeben.

Damit sind die Bedeutungen, welche die Straßenangst in den einzelnen

5) K. Abraham: „Zur Psychogenese der Straßenangst im Kindesalter“, Int. Zeitschr. f. Psychoanalyse, I, 1913.

Fällen haben kann, noch keineswegs erschöpft. Ich habe bei weiblichen Patienten, wie z. B. im oberwähnten Falle mit den traumatischen hysterischen Anfällen, oft feststellen können, daß „allein ausgehen, Einkäufe besorgen usw.“ die Mutter sein oder sie ersetzen heißt; die Tochter wollte selbstverständlich vor allem die Mutter beim Vater ersetzen. Durch diese Identifizierung introvertieren sich auch die der Mutter geltenden feindseligen Regungen, unabhängig davon, ob die Phobikerin ihr den Tod gerade auf der Straße gewünscht hatte, unabhängig vom Wunsche also, daß sie nicht mehr zurückkehre, wie es Helene Deutsch⁶ in ihrer sehr interessanten Arbeit dargelegt hat. Diese Forscherin fand bei der Straßenangst einen der Zwangsneurose ähnlichen Mechanismus vor. In einem Vorstadium war ihre Patientin in übertriebenem Maße besorgt gewesen, so oft sich die Mutter beim Nachhausekommen verspätete: es bestand bei ihr der unbewußte Wunsch, die Mutter möge auf der Straße umkommen. Infolge ihrer Identifizierung mit ihr fürchtete sie, das der Mutter-gewünschte Los selbst zu erleiden. Frau Deutsch hält „diese in der Ödipuskonstellatation bedingte Identifizierung mit dem Objekte, dem die feindseligen Tendenzen gelten, für das Charakteristische der Platzangst“. Ich fand in einem anderen Falle, daß für eine Patientin das Vordringen auf einer Straße, namentlich in einem Tunnel, die Bedeutung des Eindringens in die Vagina hatte und ihre Phobie hieß: „Ich bin kastriert, ich kann nicht eindringen, nicht weitergehen.“ Dabei versagten ihr die Beine. Bei einer anderen Patientin bedeutete das Schreiten auf dem Boden, auf der Erde „auf den Leib der Mutter treten, deren Leibesfrucht töten“, denn sie sollte es sein, die vom Vater geschwängert war, nicht die Mutter. So zeigt sich, daß der Situation des Ausgehens, des Auf-die-Straße-Gehens usw. neben den drei konstant vorkommenden Bedeutungen noch andere, individuell verschiedene Bedeutungen zukommen.

Jedes Moment, das einen tatsächlichen oder symbolischen Schutz vor der manifest befürchteten Gefahr bietet, wirkt beruhigend, z. B. die Nähe eines Arztes oder einer Apotheke; ebenso verleiht auch alles, was symbolisch eine Reparatur der unbewußten traumatischen Schädigung bedeutet oder Schutz vor derselben bietet, dem Phobiker ein Gefühl größerer Zuversicht. Hingegen verstärken assoziative Zusammenhänge mit Einzelheiten, die zufällig frühere traumatische Situationen begleitet hatten, den Angstzustand. Was immer an die Gefahr erinnert, namentlich wenn dabei die unbewußte Sexualversuchung gereizt wird, läßt die Angst anwachsen. Wenn beispielsweise eine Frau sich in einer Allee sicherer fühlt als auf einer baumleeren Straße, oder durch das Tragen eines bestimmten Hutes, eines bestimmten Kleides, das für sie eine Penisbedeutung hat, ein Gefühl größerer Zuversicht gewinnt, so kämpft sie noch immer mit ihrem Kastrationskomplex. Eine Patientin, welche mit-

6) H. Deutsch: „Zur Genese der Platzangst“, Int. Zeitschr. f. Psychoanalyse, Bd. XIV, 1928.

unter hauptsächlich große Plätze fürchtete — sie konnte die große „Leere“ nicht vertragen —, träumte einmal, daß der Analytiker mit ihr sexuell verkehren mußte, aber zu ihrer großen Enttäuschung fehlte ihm der Penis: an der betreffenden Stelle befand sich bloß eine „Leere“ (von der Patientin selbst gebrauchter Ausdruck: „un vuoto“). Dann verwandelte sich der Analytiker in ihre Mutter, welche normalerweise an Stelle des gewünschten Penis die „Leere“ aufweist. Daraus ersieht man, daß der freie Platz, dessen Angst verursachende Rolle der Platzangst (Agoraphobie) den Namen gegeben hat, die kastrierte Mutter bedeutet. Wahrscheinlich folgt man auch einem inneren Bedürfnis, wenn man in die Mitte eines Platzes ein Standbild, einen Obelisk, und mit Vorliebe einen Springbrunnen setzt. Daß die Begleitung eines Kindes auf die phobische Angst mancher Frauen beruhigend wirkt, wurde stets dahin gedeutet, daß die Anwesenheit des Kindes die Frau vor Versuchungen schützt. Das mag wohl sein. Aber ich habe auch öfters feststellen können, daß die Begleitung eines Kindes im Sinne einer Triebbefriedigung wirken kann. Wenn die betreffende Frau ein Kind, das der realitätsgerechte und normale Ersatz des Penis ist, besitzt, so ist ihre narzißtische Kränkung dadurch gemildert. Einer meiner agoraphobischen Patienten konnte nicht ausgehen, wenn er nicht einen Stock mitnahm; er konnte aber natürlich nicht angeben, wie dieser ihm im Notfalle hätte helfen können. Viele an die orale Stufe fixierte Patienten treffen Vorkehrungen, um im Notfalle sofort etwas zum Essen zu haben, da sie das Eintreten plötzlicher Schwächezustände durch Hunger befürchten.

Ein agoraphobischer Patient wurde in Rom in der belebten Via Nazionale von seiner Angst befallen. Da erreichte er das Gebäude der faschistischen Ausstellung, welches ihm den Anlaß zu Tagträumen gab: Er phantasierte, sich um die faschistische Sache sehr verdient zu machen und stellte sich den Duce vor, wie er ihm anerkennend auf die Schulter klopft. Da fühlte er sich plötzlich angstfrei und setzte seinen Weg munter und gehobenen Hauptes fort. Im allgemeinen zeigen die agoraphobischen Patienten das Bedürfnis, einer Autoritätsperson als Vater-Imago ergeben zu dienen und von ihr anerkannt zu werden. Sie haben gewöhnlich blindes Vertrauen zu einer solchen Imago — es sind Leute, die die meisten ihrer Überzeugungen dem Autoritätsglauben verdanken. Einer meiner Patienten besaß eine reiche Sammlung von Photographien des Königs in allen möglichen Stellungen, ein anderer solche des Duce. Seltener dienen Phobiker in religiöser Ergebung Gott dem Vater.

Als Gegenstück dazu erwähne ich den übertriebenen Stolz oder hochgradigen Eigensinn bei vielen agoraphobischen Frauen, den sie mitunter durch ein freundliches Wesen oder durch eine zur Schau getragene Bescheidenheit zu verbergen wissen. Andere machen aus diesen Charaktereigenschaften kein Hehl. Bei der Analyse solcher Frauen muß man besonders bedacht sein, ihren Stolz nicht zu kränken.

Ein Patient verspürte jedesmal nach einem Angstanfall das Bedürfnis, sich einen Einlauf zu machen.

Auch ist bekannt, daß die Phobiker im allgemeinen große Sorgfalt der Pflege ihrer Leibwäsche zuwenden; sie begründen dies mitunter damit, daß sie sich nicht schämen wollen, falls sie im Notfalle entkleidet werden müßten.

Die oben erwähnte Patientin, die vom *arc de cercle* geträumt hatte, konnte kein Kleid anziehen, welches zugeknöpft werden mußte oder gar zugenäht war. Denn sie war von der Furcht besessen, im Falle eines Angstanfalles nicht rasch genug aus ihren Kleidern herausschlüpfen zu können. Ihre Kleider waren weit und luftig und durften nur mit Druckknöpfen, und zwar vorne oder auf der Seite zugemacht werden, damit sie im Notfalle mit einem Ruck zu öffnen seien. Die gleiche Vorsichtsmaßnahme wendete sie auch bei den Schuhen an. Außerdem trug sie stets eine Schere bei sich, um die Kleider sofort aufschneiden zu können, falls sie beim raschen Öffnen derselben auf ein unerwartetes Hindernis gestoßen wäre. In ihren Angstanfällen hatte sie nie die Kleider öffnen müssen. Bewußt empfand die Patientin die Kleider als etwas Erstickendes, wovon man sich im Falle eines starken Unwohlseins sofort befreien mußte. Im Unbewußten wollte aber diese ungemein stolze Patientin keinen Körperdefekt, d. h. das Fehlen des Penis zu verbergen haben. Ob hier das Geburtstrauma eine Rolle spielt, lasse ich dahingestellt.

Gelingt es einmal einem Patienten, trotz seiner Sexualhemmung zu einem normalen sexuellen Orgasmus zu kommen, so wirkt diese gefahrlos vor sich gegangene Abfuhr der Libido in hohem Maße von Angst befreiend. Ein agoraphobischer Patient fühlte nach seinem ersten Koitus, bei dem er zu einem sehr starken normalen Orgasmus gekommen war, sich selbst und die Außenwelt viel lebhafter, evidenter, schöner und reizvoller, als er es seit seiner Kindheit empfunden hatte. Diesen Sachverhalt möchte ich noch an Hand eines anderen Beispielles illustrieren:

Ein 23jähriger Mann saß behaglich auf einem Theaterfauteuil und hörte sich die Oper „Tristan und Isolde“ an. Das Duett des zweiten Aktes begann ihn zu langweilen und schien ihm endlos zu sein. Gefühle von Langeweile und Ungeduld leiten oft den ersten Angstanfall ein. Plötzlich fühlte er sich entsetzlich unwohl und es überkam ihn eine fürchterliche Angst. Blaß und schweißgebadet konnte er kaum das Ende des Aktes abwarten, um im Taxi nach Hause zu eilen. Es schloß sich eine Straßenangst an. Ich mußte zu ihm gehen, da er sein Haus nicht mehr verlassen konnte. Da erfuhr ich, daß er aus Angst um seine Gesundheit noch nie einen Sexualakt ausgeübt hatte. Nach etwa zwei Wochen kam ihm folgende Erinnerung zum Bewußtsein: Mit 5 oder 6 Jahren hatte er eine gleichaltrige Spielkameradin verführt, mit der er Zirkustheater spielte. Sie hatte dabei seine sexuelle Neugierde geweckt und er hatte sie dazu gebracht, daß sie mit ihm im Verborgenen onanierte. Aber die Kinder wurden einmal dabei entdeckt, gezüchtigt und er bekam die Freundin nie mehr zu sehen. Ich machte ihn auf den Zusammenhang zwischen diesen Kindheitserlebnissen und seinem Angstanfall bei der Theateraufführung aufmerksam, aber das leuchtete ihm nicht sehr ein. Da bekam ich ungewünschte Helfer: Zwei Freunde schleppten ihn eines Abends trotz seiner Angst in ein Bordell. Jedenfalls scheint die Angst geringer geworden zu sein. Hier kam er zum ersten Male mit einem Weibe zum Orgasmus, worüber sich sogar seine Eltern freuten. Damit hat er die Erfahrung gemacht, daß die Abfuhr der Libido nicht nur seinen Gesundheitszustand nicht beeinträchtigt, sondern daß er sich nachher wohler fühlte, mit dem unbewußten Sinne, daß er nicht kastriert werde, wenn er seiner Sexualität nach-

gebe. Er verlor nun alle Angst und spazierte den ganzen Tag in den Straßen der Stadt herum. Er setzte die Analyse nicht mehr fort. Ich hörte nach einiger Zeit von ihm, daß es ihm gut gehe, habe ihn aber dann aus dem Auge verloren.

Meistens sind solche infolge eines erreichten Orgasmus eingetretene Besserungen oder Genesungen nicht von langer Dauer, im Gegensatz zu denen, welche durch eine durchgreifende Analyse erreicht werden. Als Beispiel für diese Zusammenhänge diene noch folgende abgekürzte Krankengeschichte:

Ein überaus stolzes, nach Freiheit und Unabhängigkeit strebendes Mädchen mit starkem Männlichkeitskomplex, der aber durch ihre weiblichen Reize verdeckt war, verliebte sich leidenschaftlich in einen jungen Mann, wurde aber von ihm zurückgewiesen. Starke narzißtische Kränkung. Sie war viel zu stolz, um weitere Annäherungsversuche bei diesem Manne zu machen. Sie verdrängte die große Liebe und fühlte, daß etwas in ihrem Inneren in nicht wieder gut zu machender Weise gebrochen war, so daß sie nie mehr im Leben würde lieben können. Nun glaubte sie, sich leicht einem jeden beliebigen Manne hingeben zu können; ja, am liebsten hätte sie sich aus Trotz gegen den früher geliebten Mann besudeln lassen. Diese Liebesenttäuschung ereignete sich gerade, als sie davor stand, ihren Beruf als Lehrerin anzutreten. Eines Tages begab sie sich in die Schule, um ihre letzte Prüfung abzulegen; die Mutter begleitete sie eine kurze Strecke und verabschiedete sich dann von ihr. Plötzlich befahl das Mädchen ein fürchterlicher Angstanfall. Sie drehte sich um, rief mit lauter Stimme nach der Mutter, wurde aber von ihr nicht mehr gehört, und hatte nicht einmal die Kraft, ihr nachzueilen. Sie bat eine vorübergehende unbekannte Frau, neben ihr gehen zu dürfen, da sie sich sehr unwohl fühlte. Das war der Ausbruch ihrer Straßenangst. Sie mußte aus Not trotzdem ihrem Berufe nachgehen und litt viele Jahre lang unsäglich an ihrer Phobie. Da begegnete sie einem Manne, in welchen sie sich wiederum stark verliebte. Diesmal wurde ihre Liebe erwidert. Die Phobie verschwand. Sie fühlte sich frei, sehr unternehmungslustig und bewegungslustig. Aber plötzlich wurde sie auch von diesem Manne unter ganz ähnlichen Verhältnissen wie das erstemal verlassen. Wahrscheinlich hatte sie selbst es unbewußt provoziert. Mit der neuerlichen Verdrängung der heißen Liebe aus schwer gekränktem Stolze kam es zur Rezidive der Straßenangst.

Die Analyse ergab, daß es sich stets um Neuaufgaben der infantilen Kränkung wegen der vermeintlichen Kastration handelte, wobei der Inhalt der Kränkung und der darauffolgenden Verdrängung stets vom Aktuellen mitbestimmt war.

Nun drängt sich uns die Frage nach der Neurosenwahl bei der Hysterie auf: Wir treffen nämlich auch bei der Konversionshysterie stets den Kastrationskomplex, bei schon erreichter (und verdrängter) Genitalstufe, als spezifisches ätiologisches Moment an. Warum bricht das eine Mal eine Angsthysterie, das andere Mal eine Konversionshysterie aus? Ich kann diese Frage derzeit noch nicht beantworten, möchte aber im Zusammenhange damit einen Gedankengang vorbringen:

Die genauere Untersuchung der Angstanfälle, wie sie bei der Straßenangst und ähnlichen Phobien vorkommen, zeigt uns, daß hier die Angst eigentlich einem Konversionssymptom gilt: in selteneren Fällen einem (traumatischen) hysterischen Anfall, in den meisten Fällen einem auf die Gefühlssphäre beschränkten Analogon des hysterischen Anfalles. Somit können wir zwei Arten von Phobien unterscheiden: Bei der einen werden bestimmte äußere Objekte,

resp. bestimmte äußere Situationen deswegen bewußt gefürchtet, weil sie eine äußere Gefahr mit sich bringen: Bei der Tier-, Eisenbahn-, Feuerphobie usw. handelt es sich um Befürchtungen vor äußeren Konsequenzen, welche die gefürchteten Situationen nach sich ziehen können. Sie machen den Eindruck von übertriebenen und irrationalen Realängsten und sind durch Projektion einer Triebgefahr entstanden. Hingegen bezieht sich die Straßenangst auf einen inneren seelischen Zustand, ein „seelisches Konversionssymptom“, also nur indirekt auf eine äußere Situation (des Alleinseins, des Auf-die-Straße-Gehens), welche ihrerseits eine, auch bewußt als innere Gefahr erkannte Situation heraufbeschwört. Hier ist der Projektionsmechanismus viel schwächer. Die Straßenangst weist auch oft eine Ähnlichkeit mit der Hypochondrie auf. Mitunter könnte man sie mit dem Hörschwindel vergleichen: Wer darunter leidet, meidet schwindelerregende Höhen, um sich nicht einem peinlichen und angstvollen seelischen Zustande aussetzen. Wir wären versucht, die Straßenangst zu den Konversionshysterien zu zählen, wenn sie sich nicht durch ein Moment von den „echten“ Konversionshysterien unterscheiden würde: Bei der Straßenangst ist das jeweilige Auftreten des „Konversionssymptoms“, dem die Angst gilt, von kurzer Dauer; es tritt eben „anfallsweise“ auf. Hingegen kann beispielsweise eine hysterische Blindheit oder eine hysterische Lähmung Tage, Monate und Jahre lang andauern. Es ist naheliegend, diesen Unterschied mit der ausbleibenden, resp. sich einstellenden Angstentwicklung in Beziehung zu bringen, d. h. die Angst zeigt an, daß das Ich einen bestimmten Zustand nicht verträgt, daß dieser mit seinem Streben unvereinbar ist. Dieser Zustand muß die Sphäre des seelischen Ichs angehen. Soll das Ich seine Unversehrtheit bewahren, so muß das auf das Ich selbst sich erstreckende (Konversions-) Symptom aufgehoben werden. An Stelle des andauernden Konversionssymptoms verbleibt die vom Ich andauernd empfundene Drohung eines solchen; das phobische Verteidigungssystem ist eben danach gerichtet, das Eintreten und das Andauern der Ich-Störung hintanzuhalten. Wenn wir uns die Fälle von hysterischer Verworrenheit vor Augen halten, die sich meistens an hysterische Anfälle anschließen, so werden wir vermuten, daß die Angst der obenerwähnten Patientin (mit den traumatischen hysterischen Anfällen), sie könnte nicht mehr zu ihrem Ich zurückkehren, nicht ganz unberechtigt gewesen sein mag. Ebenso verstehen wir, warum sich die Phobiker mitunter fürchten, verrückt zu werden.

Das ökonomische Problem der Angst und des seelischen Traumas ist nur im Zusammenhange mit dem Selbsterhaltungstrieb des Ichs zu lösen. Aber in welcher Beziehung steht dieser zu den beiden Ur-Trieben: Eros und Todestrieb? Wir müssen gestehen, daß die Psychoanalyse dieses Problem eigentlich noch nicht in befriedigender Weise gelöst hat. Die Trieblehre weist hier noch eine große Lücke auf.

III

Wir wollen nun versuchen, auf Grund unserer klinischen Mitteilungen und mit Hilfe von theoretischen Erwägungen zwischen den Übertragungsneurosen und den echten traumatischen Neurosen eine Brücke zu schlagen.

Die Erfahrung lehrt uns, daß ein Individuum um so leichter an einer traumatischen Neurose erkrankt, je labiler sein psychisches Gleichgewicht schon vor dem erlebten äußeren Trauma gewesen ist; d. h. je leichter sich destruktive Energie der Macht der Libido entziehen konnte. Übrigens besteht eine solche Labilität in der Triebvermischung auch als Vorstadium der Übertragungsneurosen. Ich möchte hier beispielsweise auf die Ausführungen Abrahams⁷ über die lokomotorische Angst hinweisen, bei welcher er die Verdrängung einer konstitutionell bedingten starken Lust an der Muskeltätigkeit (Bewegungslust) annimmt. Diese Befunde stammen aus einer Zeit, als die Kenntnis des Todestriebes und seiner Ableitung in die Muskeltätigkeit noch nicht zur Verfügung stand. Die Aggressionslust wurde nur als negative Libido aufgefaßt. Nun können wir die Funde Abrahams metapsychologisch besser verstehen. Mit der Einziehung der in der Muskeltätigkeit untergebrachten Aggressivität steigern sich die destruktiven Besetzungen.

Freud zeigte uns, daß die Libido auch dazu verwendet wird, um die Destruktionsenergie nach außen zu wenden (wie z. B. eben in die Muskeltätigkeit). Dadurch wird diese Energie für das Ich unschädlich gemacht. Die Destruktionsenergie wird aber wohl auch, verbunden mit Libidobesetzungen, bei allen der Außenwelt zugewendeten Funktionen des Ichs nach außen gewendet, so bei der Aufmerksamkeit, bei der Wahrnehmung, bei dem Vorgang, den wir Willensakt nennen usw., und eben dadurch wird die Außenwelt gemeistert. Diese Beherrschung der Außenwelt durch die Extroversion der destruktiven Energie, sei es in Form von Aggression, sei es in Form von Bemächtigungstendenzen, führt auch zur Befriedigung der Libido, die oft in der Durchsetzung dieses Zieles, das Ich zu schützen und seine Stellung in der Außenwelt zu stärken, aufgeht. In diesem Vorgehen ist daher eine Reizabwehr gegeben. Die Bindung von destruktiven Triebreizen von Seiten der Libido ist also oft gleichbedeutend mit einer Herrschaft der Libido über die destruktive Energie, welche dann in die ihr von der Libido angewiesenen Bahnen geleitet wird, und zwar unter anderem auch zur Herstellung und Erhaltung der harmonischen, synthetischen Einheit des Ichs. Allerdings können wir uns noch keine Vorstellung darüber machen, wie die Libido die Destruktionsenergie bewältigt; wir kennen ja nicht einmal das Wesen einer psychischen Energie.

Im Falle einer traumatischen Neurose infolge eines Durchbruches von großen Reizmengen durch den äußeren Reizschutz, sind es nicht die von außen her

7) K. Abraham: „Über eine konstitutionelle Grundlage der lokomotorischen Angst“, Int. Zeitschr. f. Psychoanalyse, Bd. II, 1914.

eingedrungenen Reize, die weiterwirken, sondern, wie uns die Untersuchung solcher Fälle zeigt, handelt es sich darum, daß ein Anwachsen oder Hinzukommen von inneren destruktiven Triebreizen stattfand; dadurch wurde die Lage bedrohlich. In diesem aktuellen Hinzukommen von inneren, destruktiven Energien auf Kosten ihrer Extroversion erblicke ich das charakteristische Moment der von außen kommenden traumatischen Einwirkungen. Und tatsächlich hat Kardiner⁸ in seiner äußerst interessanten Arbeit über die Bioanalyse der epileptischen Reaktion uns auf die plötzlich eintretende Hemmung wesentlicher Ich-Funktionen, nämlich derjenigen des sensorisch-motorisch-perzeptiven Apparats bei echten traumatischen Neurosen aufmerksam gemacht.

Es spielen sich also meiner Ansicht nach bei der echten traumatischen Neurose folgende Vorgänge der Reihe nach ab: Die Libido hat ursprünglich die Macht über ein gewisses Quantum von destruktiver Energie, bindet sie, mischt sich mit ihr, wendet sie in Form von Aggression oder bei den Ich-Funktionen in Form von Wahrnehmung, Erfassung der Außenwelt, Muskel-tätigkeit, Aufmerksamkeitsbesetzung usw. nach außen. Nun brechen im Falle eines Traumas größere Reizmengen ins Ich ein. Diese vermehren die Inanspruchnahme des Ichs, so daß es sich gegen jene inneren Reizmengen, die es früher in Ruhe halten konnte (mittels Verdrängung oder in andersartiger Weise), nicht mehr schützen kann; so bricht die latente Neurose aus.⁹ Infolge seiner größeren Inanspruchnahme ist nun das Ich auch in der Bewältigung der früher beherrschten destruktiven Reize behindert — diese schlüpfen ihm sozusagen aus der Hand und wirken nun reflexiv oder gar medial. Das Ich muß dann erst mühsam die früher innegehabte Herrschaft über die inneren destruktiven Energien wiedererlangen. Solange ihm das nicht gelingt, gewinnt man den Eindruck, als hätten die temporär von außen eingedrungenen destruktiven Reizmengen eine innere Fortsetzung gefunden. In Wirklichkeit ist auch die Aggression in ihren mannigfaltigen Äußerungsformen eingezogen und nach innen gewendet worden. Und so können sich die Patienten nach dem Unfälle nicht mehr ganz auf ihre Sinne verlassen und keine oder eine geringe Aufmerksamkeitsbesetzung aufbringen. Das Zittern, das man so regelmäßig bei traumatischen Neurotikern antrifft, hängt meiner Ansicht nach unter anderem auch mit der Zurückziehung der destruktiven Energie vom Muskelsystem zusammen. Ich glaube, daß dies der allgemeine Mechanismus der traumatischen Neurosen ist.

An dieser Stelle möchte ich die Vermutung aussprechen, daß auch die

8) A. Kardiner: „The Bio-Analysis of the Epileptic Reaction“, *Psa, Quarterly*, I, 3—4, 1932.

9) Es gibt aber auch Fälle (und zwar nicht nur bei der Angsthysterie, sondern auch bei der Paranoia und bei Depressionen), bei welchen äußere Gefahren fälschlich als innere aufgefaßt werden. Die inneren Spiegelbilder der äußeren Destruktionskräfte werden mit der Verwendung von inneren destruktiven Triebreizen verwirklicht.

Über-Ich-Bildung, die eine sogenannte „innere Fortsetzung“ von ursprünglich von außen her erlittener Aggression enthält, infolge traumatischer Momente von außen entstanden ist, welche zu einer introvertierten Aggression geführt haben. Allerdings handelt es sich hier um die Vermeidung einer traumatischen Neurose durch Organisierung der introjizierten Feinde, welche zu der Bildung dieses bedeutenden Bestandteiles unseres seelischen Apparats geführt hat. So meine ich, daß die Über-Ich-Bildung nicht allmählich, sondern in plötzlichen Schüben, und zwar jedesmal nach einem erlebten Trauma vor sich geht. Dazu würde auch die Annahme Freuds passen, daß die Tat des Vätermordes die Bildung des Über-Ichs anregte.

Aggressionsneigungen und Wutanfälle bei Menschen, die durch ein Trauma aus dem Gleichgewicht gebracht wurden, sind als Wiederherstellungsversuche durch Extroversion der destruktiven Energie aufzufassen. In ganz analoger Weise wird auch das Über-Ich milder, wenn der Patient destruktive Energie in Form von Aggression extrovertiert, wie z. B. in einer negativen Übertragung auf den Analytiker. Bekanntlich imponiert uns beim Unfallsneurotiker der sekundäre Krankheitsgewinn, den wir für die Erhaltung der Neurose verantwortlich machen. Bringt man den Unfallsneurotiker, indem man ihm beispielsweise die Unfallsrente entzieht usw., in die Zwangslage, sich selbst um seine Existenz zu kümmern, so zwingt man ihn dadurch, destruktive Energien in der Überwindung äußerer Schwierigkeiten nach außen zu wenden. Ich meine, daß beim Unfallsneurotiker eben darin, in der Beseitigung des effektiven sekundären Krankheitsgewinns ein wichtiges therapeutisches Agens zu suchen ist, weil dieser Gewinn ihm jeden Anlaß zur Extroversion seiner destruktiven Energien benimmt; dies ist der Grund, weshalb er hier so sehr in die Wagschale fällt.

Es gibt Übergangsformen zwischen Übertragungs- und echten traumatischen Neurosen. Dazu gehören jene Neurosen, die zwar infolge eines Traumas von außen her entstanden sind, bei welchen der Patient aber selbst in unbewußter Absicht das Trauma herbeigeführt hat. Hier sieht man am deutlichsten, wie die Schockwirkung auf ein bereits bestehendes, neurotisches, Gleichgewicht wirkt. Dazu folgendes Beispiel:

Eine meiner Patientinnen wurde von einem Auto zu Boden geworfen, schlug mit dem Hinterkopf auf das Straßenpflaster auf und mußte in sehr aufgeregtem Zustande von der Rettungsgesellschaft auf eine Unfallstation gebracht werden. Dieser Unfall hat als Trauma gewirkt: er erschien ihr fast jede Nacht in ihren Angstträumen; sie fürchtete sich, allein auf die Gasse zu gehen und zitterte vor Angst jedesmal, wenn sie, auch in Begleitung einer Person, in welche sie sich einhängte, die Straße überqueren mußte. Sie fürchtete, von einem Auto überfahren zu werden, und zwar nicht nur, wenn sie eines, auch in weiter Entfernung herannahen sah, sondern auch wenn sie keines sah; denn anfangs traute sie ihren eigenen Sinnen nicht mehr. Sie beherrschte die Außenwelt nicht mehr und fühlte, daß sie der Außenwelt nicht genug Aufmerksamkeit zuwenden konnte. Dabei quälte sie die lebhafteste, eidetische Er-

innerung an das Aufschlagen des Kopfes auf das Pflaster. Diese Erinnerungsrepräsentanz wurde also auf Kosten der Aggression von starken Todestriebenergien besetzt.

Der Unfall selbst hatte sich infolge einer deutlichen Fehlleistung der Patientin ereignet: Diese war nämlich im Begriffe, die Straße zu überqueren, als sie ein Auto mit großer Geschwindigkeit herankommen sah. Sie dachte abzuwarten, bis es vorübergefahren wäre, aber im nächsten Augenblick hatte sie schon ihren Vorsatz vergessen und schickte sich an, die Straße zu überqueren, gerade als das Auto ankam und der Chauffeur den Unfall nicht mehr verhindern konnte. Ein schöner Beleg für die Ausführungen Federns¹⁰ über das Ich-Gefühl bei den Fehlleistungen.

Diese Patientin war schon vor dem Unfälle zu mir in Behandlung gekommen, weil sie vor ihren, vom Ich gefürchteten autodestruktiven Tendenzen Schutz suchte. Schon vor einigen Jahren hatte sie einen halbernstern Suizidversuch durch Verbluten gemacht, hat es aber schon kurze Zeit danach bereut und sich sehr erniedrigt gefühlt. Ihre Hauptqual bestand in ihrer Sucht nach Narkoticis, wobei sie immer größere Dosen, als sie vertragen konnte, einnehmen mußte. Schon nach wenigen Monaten Analyse konnte sie sich der Schlafmittel enthalten, und da ereignete sich der Autounfall. Dazu assoziierte sie die niederschlagende Wirkung der Schlafmittel. Sie fühlte eine starke Analogie zwischen dem Aufschlagen des Kopfes auf den Boden und der niederschlagenden, im Kopfe empfundenen Wirkung der exzessiven Dosen von Schlafmitteln, die sie früher einnehmen mußte. Diese Patientin hat ferner von Männern geträumt, die ihr sexuelle Gewalt antun wollten, und auch im wachen Zustande traf sie übertriebene Vorsichtsmaßnahmen, um dieser Gefahr zu entgehen. Ihre Fehlleistung bedeutete demnach: Sexuelle Aggression erleiden und Selbstmord begehen.

Die neurotische Angst der Patientin bezog sich ursprünglich auf die innere Gefahr vor dem eigenen Destruktionstrieb, sei es, daß dieser mit Libido legiert sich als Masochismus, sei es, daß er sich als reiner Destruktionstrieb äußerte — wenn ein solcher überhaupt vorkommen kann. Die Fehlleistung, durch die die Patientin den Unfall erlitten hatte, war ein Sieg dieses Triebes über den Selbsterhaltungstrieb des Ichs. Wir können so zweierlei Momente unterscheiden, die auf die Patientin traumatisch gewirkt haben mögen: Erstens die äußeren destruktiven Reizmengen, die den äußeren Reizschutz durchbrochen haben, und psychisch nicht gebunden, d. h. nicht bewältigt werden konnten; zweitens der Sieg der inneren autodestruktiven Tendenzen. Es sei nebenbei bemerkt, daß dieses Trauma mit Hilfe der analytischen Aufklärungsarbeit, die schon vor dem Unfälle etwas geleistet hatte, in kurzer Zeit erledigt werden konnte.

In unserem Falle hat sich der Destruktionstrieb äußerer Mittel bedient, um sich wenigstens partiell durchzusetzen. Das traumatische Erlebnis hatte die Patientin die Macht und die Gefahr dieses Triebes tief fühlen lassen und vielleicht erst den Weg zur Durchsetzung des Triebes gebahnt. Die Analyse konnte ferner in einwandfreier Weise feststellen, daß diese Patientin die starke narzißtische Kränkung, die sie in der Kindheit bei der Entdeckung ihrer vermeintlichen Kastration empfunden hatte, nicht überwunden und in ihrer Intelligenz und Moral einen Ersatz für den fehlenden Penis gesucht hatte; diese waren, um mit Rado zu sprechen, Wunschpenisse für sie. Ein intellektueller oder moralischer Fall bedeutete für sie eine neuerliche Kastration. Und bei dieser Patientin handelte es sich anscheinend stets um Neuaufgaben des ursprünglichen Konflikts, und zwar: zwischen dem Streben, einen Penis zu erlangen, um den seelischen Schmerz über ihre Kastration loszuwerden, und dem destruktiven Impuls, sich zu kastrieren, sich Schmerz zuzufügen usw. Letzten Endes handelt es

10) P. Federn: „Das Ich-Gefühl bei den Fehlleistungen“, Imago, Bd. XIX, 1933.

sich aber doch um den ewigen Kampf zwischen Leben und Tod, wobei wir aber betonen müssen, daß das Ich sich gegen den Todestrieb des Es aufs äußerste wehrt und daß ihm jede partielle Befriedigung desselben unlustvoll ist.

Einen weiteren Fall kann man schwerlich als Übergangsform zwischen traumatischen und Übertragungsneurosen bezeichnen, obwohl es auch bei ihm zur unbewußten Selbstschädigung (symbolische Kastration) durch Fehlleistung kam. Es handelt sich um eine traumatische Situation, die in der Nachpubertätszeit von der destruktiven Triebenergie neubelebt wurde, da sie in Zusammenhang mit einer verbotenen sexuellen Versuchung getreten war:

Ein zehnjähriger Knabe war gerade daran, seinen Bleistift zu spitzen, als das Federmesser zuklappte und er sich tief in den Finger schnitt. Der Anblick der offenen Wunde, die kaum schmerzte, und des Blutes machte auf ihn einen sehr unangenehmen Eindruck und er wurde plötzlich tief ohnmächtig. Das Peinlichste dabei war nicht der Anblick der Wunde, sondern seine psychischen Erlebnisse beim Erwachen aus der Ohnmacht. Retrospektiv schilderte er viele Jahre später diese Erlebnisse, die in der Zwischenzeit noch mehrmals sich wiederholt hatten, folgendermaßen: starkes, höchst peinliches Ohrensausen, dessen Beginn zeitlich unbestimmt ist... ganz schwache, flüchtige, kaum wahrnehmbare Traumsensationen: blasse, verschwommene Traumbilder, so wie sie vor dem Einschlafen erscheinen, Menschengestalten, die sich ganz schattenhaft bewegen und vorbeigehen, Stimmen aus weiter Ferne... diese schwachen und nebelhaften Träume werden nach und nach deutlicher und erst jetzt beginnt er zu verstehen, daß er derjenige ist, der all das empfindet — früher existierte er nicht. Das Ohrensausen wird immer schwächer und hört schließlich auf. Es folgt eine furchtbar peinliche Desorientiertheit: „sollte das Wirklichkeit sein und nicht bloß ein Traum?“ Er fühlt sich ganz schwach, eigentlich gelähmt, macht- und hilflos; er leidet unsäglich, weiß noch nicht genau, wer er eigentlich ist und wie er in diese Lage gekommen ist. Da erwacht allmählich die Erinnerung an die Situation, die der Ohnmacht vorangegangen war, jetzt hat er das volle Evidenzgefühl für die wahrgenommene Wirklichkeit — die Kontinuität seines Ichs ist wieder hergestellt, er ist wie in einen Hafen in eine Welt eingelaufen, die ihm vorher traumhaft, eigentlich blasser und unwirklicher als ein Traum erschienen war, die sich aber tatsächlich als Wirklichkeit herausgestellt hat.

Dies war am Vormittag geschehen. Am selben Tage, während des Mittagessens kam ihm die Erinnerung an die beschriebenen traumatischen Eindrücke, wobei ihn plötzlich das ihm schon bekannte Ohnmachtgefühl befiel. Er hatte kaum die Kraft, der Mutter zu sagen, daß er wieder ohnmächtig werde... dann fühlte er nichts mehr und dann wiederum das qualvolle beschriebene Erwachen aus einer Ohnmacht. Dieser Knabe hatte also diese Eindrücke, wie dies eben für jedes seelische Trauma charakteristisch ist, nicht mehr beherrschen können, sie konnten nicht verdrängt werden und wiederholten sich öfters, obwohl sie äußerst unlustvoll waren. Der Knabe fühlte, daß er gegenüber seinen Ohnmachten, die unerwarteterweise, auch ohne eine äußere Ursache, auftreten konnten, vollkommen macht- und hilflos war. Wie hätte er sich so allein vom Hause entfernen können? Aber nach zwei Tagen fühlte er sich bereits sicher.

Als er eines Abends mit 17 Jahren mit einem Freunde in einer sehr belebten Gasse spazieren ging, bemerkte er plötzlich, daß sein Wirklichkeitsgefühl für die Außenwelt schwächer wurde: Die vorbeigehenden Menschen (und erst viele Jahre später in der Analyse fielen ihm zwei vorübergehende unbekannte Mädchen ein) kamen ihm wie geträumt vor, oder besser so schattenhaft wie die Visionen vor dem

Einschlafen im hypnagogen Zustande. Es war so, wenn auch in viel schwächerem Maße, wie ihm seinerzeit jene wirklichen Menschen vorgekommen sind, als er aus seiner Ohnmacht erwachte. Es überkam ihn eine fürchterliche Angst: „Werde ich denn jetzt ohnmächtig?“ fragte er sich. Dies war also das beschriebene Analogon eines hysterischen Anfalls, der mit starker Angstentwicklung vor sich ging und die Straßenangst heraufbeschwor. Er fürchtete sich nun, abends auszugehen, d. h. in der Zeit, in welcher man sich gewöhnlich schläfrig fühlt, aber mitunter auch bei Tag, und zwar in belebten Gassen, und hatte Angst, im Falle einer Ohnmacht den vorbeigehenden Leuten ein erniedrigendes Schauspiel zu bieten. Am liebsten zog er sich in unbelebte Gassen zurück oder sogar in ein menschenleeres Haustor, wo er sich merkwürdigerweise auch vor den Ohnmachten sicherer fühlte. Hier sehen wir unter anderem ganz deutlich die destruktive Repräsentanz der narzißtischen Kränkung, im Gefolge einer libidinösen, exhibitionistischen Regung. Dieser Patient ist durch die Analyse vollkommen hergestellt worden.

Zu diesem Falle will ich bemerken, daß das seelische Trauma das Vorhandensein des Bewußtseins während des traumatischen Erlebnisses voraussetzt. Tatsächlich setzte auch hier die traumatische Wirkung erst bei der allmählichen Rückkehr des Bewußtseins am Ende der Ohnmacht ein. Und wir sehen in diesem Falle, daß hinter der Angst vor der Kastration sich die Angst vor der Aphanisis (Jones)¹¹ verbirgt. Die Ohnmacht ist par excellence eine Äußerung des Todestriebes.

IV

Aus der Analyse der hier angeführten und vieler anderer Neurosen ergeben sich theoretische Schlüsse, die ich kurz zusammenfassen möchte:

Die Angst ist nach Freud ein Warnungssignal vor einem drohenden traumatischen Zustand (in ökonomischem Sinne). Im Falle der Realangst bezieht sich die Angst auf äußere destruktive Einwirkungen: es sind Reize dieser Natur, welche unsere seelische Ökonomie stören können. Im Falle der traumatischen Neurose sind es innere destruktive Triebreize, welche von ihren anderweitigen Verwendungen abgezogen wurden und die Wirkung der früheren äußeren Reizmengen fortsetzen. Diese Verhältnisse hat Freud bei der aggressiven Wirkung des Über-Ichs erkannt. Freud hat also im Falle des Schuldgefühls (Gewissensangst) die Beziehung zwischen Angst und Todestrieb aufgezeigt. Nun scheint es, daß es sich auch bei der neurotischen, d. h. Triebgefahr um die Drohung von Seiten destruktiver Triebreize handelt. Allerdings fällt diese meistens mit der Drohung von Seiten des Über-Ichs zusammen. Halten wir uns den Verdrängungsmechanismus näher vor Augen:

Dem Kinde droht die Strafe der Kastration, oder eines ihrer zahlreichen Äquivalente, und der Liebesentzug, wenn es bestimmten Triebregungen nachgibt. Das neurotische Ich hält diese Gefahrmomente fest. Ursprünglich drohen diese Gefahren von der Außenwelt her (Vater, Eltern, Autorität),

¹¹ E. Jones: „Die erste Entwicklung der weiblichen Sexualität“, Int. Zeitschr. f. Psychoanalyse, Bd. XIV, 1928.

später gehen sie vom Über-Ich aus. Eine bestimmte Triebbefriedigung bringt also das Ich in die vermeintliche oder wirkliche Gefahr, entweder Aggression von außen her zu erleiden, resp. äußeren Destruktionskräften schutz- und lieblos preisgegeben zu sein, oder der vom Über-Ich ausgehenden Aggression von innen her, gleichsam der inneren Fortsetzung einer Aggression von außen, ausgesetzt zu sein. Die Aggression des Über-Ichs stammt aber, wie bekannt, aus dem Triebreservoir des Es und schöpft ihre Energie, unabhängig von der Außenwelt, aus dem eigenen Todestribe. Bei der neurotischen Angst (der Angst vor einer Triebgefahr) handelt es sich, wie gesagt, um eine Gefahr vor einem solchen traumatischen Zustande, der infolge eines Durchbruches von inneren destruktiven Reizmengen in den inneren Reizschutz sich einstellen könnte. Diese destruktiven Reize sind nämlich in den Energiebesetzungen der Vorstellungen der Kastration, des Liebesentzuges usw. enthalten. Die Verdrängung eines Triebes besteht bekanntlich darin, daß derselbe mit Energieaufwand jenseits des inneren Reizschutzes, d. h. außerhalb des Ichs gehalten wird, um so ein Trauma zu vermeiden. Zu einem solchen kann es aber dennoch kommen, weil die nunmehr Ich-fremden Triebreize, welche weiter zum Bewußtsein drängen, autodestruktive Besetzungen mitreißen, dadurch die Ökonomie im Haushalte des Ichs stören und die Leistung des Lustprinzips lähmen (was eben für das seelische Trauma charakteristisch ist). Es hat sich stets in diesem Falle zwischen der Vorstellung von der Triebbefriedigung und der von der destruktiven Konsequenz derselben ein enger Zusammenhang hergestellt. Bekanntlich wird eine Triebverdrängung dadurch aufgehoben, daß das Ich seine unbewußte Einstellung zu den vermeintlichen Gefahrmomenten durch Bewußtmachung derselben korrigiert. Dadurch werden die Todestriebesetzungen von den libidinösen auseinandergehalten. Nur die ersteren scheinen den inneren Reizschutz zu zerreißen, welcher das Ich — um einen Ausdruck Freuds zu gebrauchen — vom inneren Auslande trennt und vor ihm schützt. Wenn das Ich die Verdrängungseinstellung nicht aufgegeben hat, kann ein Durchbruch von verdrängten Triebreizen ins Ich traumatisch wirken. Enthält doch der Sinn derselben stets eine Destruktion der eigenen Person: z. B. ich gebäre und sterbe dabei; oder: ich gelange zum Sexualakte und sinke dadurch zur Dirne, werde verstoßen; oder: werde vergewaltigt, kastriert; oder: ich exhibiere und trage dadurch meine Defekte, das Fehlen des Penis zur Schau. Alexander¹² fand bei agoraphobischen Frauen Prostitutionsphantasien vor. Rado faßt diese Phantasien als Derivate des Genitalmasochismus auf. Ich meine, daß die Versuchung der Sexualabfuhr gilt. Der Zusatz „Straßendirne werden“ ist eben eine Äußerung des Destruktionstriebes, der sich auf dem Wege über das Über-Ich kundgibt; er ist eine aggressive Qualifizierung desselben.

12) F. Alexander: „Die Psychoanalyse der Gesamtpersönlichkeit“, Int. Psych. Verlag, 1927.

Bei jeder mißlungenen Verdrängung kämpft stets eine libidinöse Regung mit einer autodestruktiven; gewinnt die letztere die Oberhand, so wirkt dies traumatisch. Die phobische Angst ist ein Warnungssignal vor einem derartigen Zustande — sie ist gleichsam das Gefühl der Todesnähe und dieses Gefühl ist vielleicht eben der psychische Ausdruck des traumatischen Zustandes. Es kann sich da nicht mehr um bloße Angst vor dem Tode handeln, sondern um eine echte, vom eigenen Todestrieb ausgehende, meist mittelbar durch Einschaltung des Über-Ichs erlittene Destruktion, wobei das Ich der eingebrochenen Reizmengen nicht mehr Herr werden konnte. Solche schockartige innere Einwirkungen können begreiflicherweise zur Ohnmacht führen. Die Straßenangst kann demnach als eine traumatische Neurose *sui generis*, und zwar als eine innere traumatische Neurose aufgefaßt werden. Darunter meine ich eben eine Neurose, bei welcher die nicht zu bemeisternde destruktive Einwirkung nicht von außen kommt, sondern ausschließlich einen endogenen Ursprung hat. Mir ist zwar nicht bekannt, daß solche Fälle zum Tode führen können; aber ich habe vor etwa einem Jahre in einer amerikanischen Zeitung gelesen, daß ein Klaustrophobe, der eingesperrt worden ist und umsonst gefleht hatte, wegen seiner unerträglichen Qualen freigelassen zu werden, „vor lauter Angst“ im Kerker gestorben ist. Sollte sich ein derartiger Fall tatsächlich zugetragen haben, so würden wir die Sachlage folgendermaßen darstellen: Der Tod ist infolge endogener Triebabgession eingetreten, die Angst war dabei der psychische Ausdruck oder die psychische Reaktion auf das schwere Trauma, das zu einem letalen Ausgang geführt hat.

Durch die Triebverdrängung sucht der seelische Apparat sich vor der Wiederholung eines bereits erlebten Traumas zu schützen; siegt aber, im Falle der mißlungenen Verdrängung, der Destruktionstrieb, so erneuert sich eben dadurch das Trauma. Nun meine ich, daß es sich bei dem Sieg des Destruktionstriebes über die libidinöse Regung nicht immer um eine Wiederholung eines durch äußere Reize entstandenen Traumas handelt, sondern daß oft erst dadurch eine der traumatischen sehr ähnliche Wirkung zum erstenmal erlebt wird, und zwar die, welche von Seiten der eigenen destruktiven Triebreize ausgeht, die in den inneren Reizschutz eingebrochen sind. Die Verdrängung hatte hier die Funktion, das Auftreten der traumatischen Einwirkung überhaupt zu verhindern, hat aber infolge der destruktiven Triebstärke versagt.

Rado¹³ stellt beim Weibe als die beiden miteinander in Konflikt stehenden Komponenten den Peniswunsch und das masochistische Luststreben hin. Ich meine aber, daß hier nicht das masochistische Luststreben maßgebend ist, sondern der Todestrieb, unabhängig davon, ob seine Energie sich mehr oder weniger mit Libido vermengt, und sich dadurch dem Ich als Schmerzlust-

13) a. a. O.

streben anbietet, oder libidofrei bleibt — wenn das, wie gesagt, überhaupt vorkommen kann. Der Masochismus dürfte eine sekundäre Erscheinung sein und, wie Freud¹⁴ meint, aus dem Versuch der Libido entstehen, den Todestrieb unschädlich zu machen, ihm nachzufolgen. Der Todestrieb ist die Voraussetzung des Masochismus. Will nämlich die Destruktionsenergie sich dem Anspruche der Libido nicht beugen, wie sie sich z. B. beugt, wenn sie in die Muskeltätigkeit abgeleitet wird, so folgt die Libido ihr nach, wenn auch nur eine Strecke weit. Ja, mitunter kann nur dadurch die Libido mobil gemacht werden, daß man sie dem Destruktionstrieb nachjagt — so kommt es zum Masochismus. Die Vorstellungsrepräsentanz der narzißtischen Kränkung wird von der Todestriebenergie besetzt und die Angst vor der eigenen Vernichtung ist in der Kastrationsangst des Weibes oder, wie sich Rado ausdrückt, in ihrer Angst vor ihrem Genitalmasochismus deswegen am häufigsten enthalten, weil sie einen anatomischen Anlaß dazu vorfindet, und zwar gerade an einer Stelle, wo die Libido ihre orgasmische Abfuhr finden soll. Aber hinter dieser Angst steht doch die Angst vor der Aphanisis, wie Jones meint. Im Grunde steht diese Angst aber auch hinter der Kastrationsangst des Mannes.

Man könnte mir einwenden, daß der Todestrieb bloß eine theoretische Annahme ist und niemals ganz frei anzutreffen sei, während der Masochismus der klinische Aspekt dieses stets mit mehr oder weniger Libido vermengten Urtriebes ist. Aber auch angenommen, daß er in Wirklichkeit niemals libidofrei anzutreffen sei, so ist es bei einem Triebe nur sein destruktiver Anteil, der traumatisch wirken kann, und es ist gerade die Beimischung von Libido, welche diese Wirkung abschwächt. Daher scheint es mir nicht gerechtfertigt, von einer Angst vor dem eigenen Masochismus (= autodestruktive Tendenz plus Libido) zu sprechen. So kann man in einer chemischen Zusammensetzung etwa die Wirkung eines Elementes studieren, auch wenn dieses nicht rein dargestellt werden kann.

Ich glaube, mit meinen Ausführungen gezeigt zu haben, daß die Freud'sche Aufstellung des Todestriebes, welche unsere metapsychologischen Vorstellungen in einschneidender Weise beeinflussen mußte, uns den Mechanismus des seelischen Traumas etwas besser verstehen läßt. Wir sehen ferner, daß das seelische Trauma, dem Freud anfangs die größte ätiologische Bedeutung zugeschrieben hatte, tatsächlich in den Vordergrund gestellt werden muß. Weiters erlaubt uns unsere heutige Auffassung des Traumas eine weitgehende Ähnlichkeit zwischen dem Mechanismus der Übertragungsneurosen und dem der echten traumatischen Neurosen, deren Mechanismus uns bisher so schwer verständlich war, festzustellen.

14) S. Freud: „Das ökonomische Problem des Masochismus“, Ges. Schriften, Bd. V.

Das Problem der Organpsychose

Zur seelischen Behandlung organisch Kranker¹

Von

Heinrich Meng

Basel

I.

Meine Beobachtungen über seelische Behandlung organisch Kranker erstrecken sich über zwölf Jahre zurück; es wurden nur solche organisch Kranke ausgewählt, bei denen andere Verfahren versagt hatten. Die psychische Behandlung wurde als Nothilfe eingesetzt, ähnlich wie oft der chirurgische Eingriff. Wenn die innere Medizin versagt oder Lebensgefahr droht, setzt man manchesmal gerne schärfere Waffen ein. Auch kommt es vor, daß man dann sich mehr auf die Selbsthilfe des Kranken verläßt. Beides scheint mir im psychoanalytisch fundierten Vorgehen vereint.

Die Kranken waren von anderer Seite, Ärzten oder Kliniken, durchuntersucht und vorbehandelt. Die Diagnosen lauteten u. a.: Chronisches, rezidivierendes Magen- und Darmgeschwür, Gallenblasenleiden mit Beschwerden, die nach Exstirpation der Gallenblase unverändert weiterbestanden, chronische Bluterkrankung mit Veränderung im roten Blutbild, rezidivierende Bindehaut- und Hornhauterkrankung, Störung im vegetativen System und in der inneren Sekretion, wie Schilddrüsenerkrankung und Magersucht. Die Zahl ist klein, etwa 16, bei denen verwertbare Beobachtungen gemacht wurden. Bei zwei Dritteln derselben darf man von einem Erfolg sprechen, wobei die Beurteilung mindestens zwei Jahre nach Abschluß der Behandlung erfolgte. Ob eine derart als Nothandlung unternommene und nur als solche indizierte Behandlung erfolgreich sein würde, war von vornherein nicht zu beurteilen. Ihr Gelingen scheint mir, immer auf Grund der im Keimplasma des Kranken gegebenen Vorbedingungen, weniger abhängig zu sein von der Schwere der Erkrankung, als einerseits vom Lebensalter und der Reife des Patienten und auch des Arztes, andererseits von psychischen Faktoren, wie bewußtem und unbewußtem Genesungswunsch, sekundärem Krankheitsgewinn, persönlichem Zusammenstimmen zwischen Kranken und Arzt, Eindruck von Schicksalsfügungen, wie Tod eines Angehörigen, z. B. des Vaters, während der Behandlung, schließlich von den sozialen, kulturellen und ökonomischen Bedingungen der Lebensführung und des Milieus des Kranken.

Ich halte die psychoanalytische Behandlung nicht für die Methode der Wahl für eine Art organisch manifestierter Krankheit, sondern für das Verfahren, welches für jede kranke Persönlichkeit in Betracht kommen kann.

¹) Nach einem auf dem XIII. Internationalen Psychoanalytischen Kongreß in Luzern am 28. August 1934 gehaltenen Vortrag.

Wie eine organische Behandlung unter bestimmten Umständen abgebrochen werden muß, um einer seelischen Platz zu machen, so kommt es vor, daß während einer seelischen Behandlung Prozesse ausgelöst werden, deren destruktive Tendenz zur Einleitung einer anderen Behandlung zwingt. Das Ziel ist, Änderungen verschiedenster Art im ganzen Menschen einzuleiten, bis er den Anforderungen seiner Triebe, seines Gewissens und seiner Außenwelt so gewachsen ist, daß der seelische Reizschutzapparat seine individuelle und soziale Funktion wieder erfüllt.

Die Wirksamkeit ist nicht selten fast unabhängig von der Eigenart des therapeutischen Eingriffs, ob Arznei, Messer oder das gesprochene Wort; sie hängt wesentlich davon ab, ob durch sie den Vorbedingungen, die im Kranken selbst liegen, entsprochen wird. Der Arzt als Erfolgsorgan des Patienten muß auch in entscheidenden Situationen der therapeutischen Arbeit, gerade bei organischen Leiden, die Selbstregulierung des Patienten gewähren lassen. Die Regression zur Homosexualität, zu magischem Denken und die Belebung von Mechanismen, die eine Triebentmischung und eine Ich-Regression einleiten, scheint im Verlauf fortdauernder Organschädigung typisch zu sein.

II.

An den von mir beobachteten organisch Kranken fielen Erscheinungen in Aussehen, Tonus und Ich-Gefüge auf, die das, was wir als organoneurotisch bezeichnen, überschreiten, wir haben sie zuerst bei Psychotikern angetroffen, dann aber bei solchen Fällen, bei denen eine Psychose im psychiatrischen Sinn nicht bestand. Es schien, daß ein schweres, unbewußtes Seelenleid körperliches Herunterkommen und Schädigungen von Organen verursache. Dieser Eindruck wurde vor allem an weiblichen Magersüchtigen gewonnen; eine unserer Kranken dieser Art war in der Klinik in Vorbehandlung als Träger der Simmonds'schen Krankheit rubriziert worden, sie und andere wiesen schwere Veränderungen im gesamten Körper- und Seelengefüge auf, auf Grund der genauen, von berufener klinischer Seite durchgeführten und paralleler Beobachtungen anderer ähnlicher Kranker, zuletzt in der Noorden-Klinik in Frankfurt a. Main, haben Grote und ich im Frühjahr 1934 in der „Schweiz. Medizinischen Wochenschrift“ (Heft 7) über Kranke mit endogener Mager-sucht berichtet. Ich schlug vor, bei manchen Fällen von psychogenen organischen Störungen eine „Organpsychose“ anzunehmen, und zwar deshalb, weil das Ich eines solchen „Organpsychotikers“ sich wie das eines Psychotikers von der Außenwelt abwendet. Es regrediert in frühere Entwicklungsstadien tiefer und triebhafter als das des Neurotikers. Das Ich vereint sich wieder mit dem triebhaften Es, aus dem es herausgewachsen ist und mit dem es immer in Zusammenhang stand. Die Bezeichnung „Organpsychose“ enthält etwas Paradoxes, aber nur deshalb, weil wir immer noch durch die Begriffstrennungen Körper und Seele befangen sind, auch infolge der ontologischen Problematik

des psychischen und physischen Seins deren Zweiheit sehen. Es handelt sich aber stets um die Einheit Mensch, an der wir das Wirken psycho-physischer Korrelationen² bemerken.

Es wären hier neben den Beobachtungen in Psychoanalysen vor allem die Forschungen von Friedr. Kraus heranzuziehen, er hob die Bedeutung der vegetativen Leistungen der Person für die Gesundheit und Krankheit hervor, er betont die Abhängigkeit der seelischen, vor allem charakterlichen Reaktionen von biologisch-chemischen und physikalischen Vorgängen des Zellebens. Jedes Leibesorgan ist im biologischen Unterbau der psychischen Persönlichkeit beteiligt. Die Tiefenperson reguliert das Organische, die „Hirnperson“ perzipiert durch die Sinnesorgane. Beide sind der Psychoanalyse zugänglich.

Zur Annahme eines tiefen „Seins“, allerdings mit einem Wissen von dem, was dem Organismus nützt und schadet, ist auch Dahlke von ganz anderen Voraussetzungen aus in seiner Wirklichkeitslehre des Buddhismus gekommen. Auch das „Es“ Groddecks ist der unerkannte Regulator des Einzelseins. Innerhalb der Psychoanalyse ist die Annahme des „Unbewußten“ nicht als eines Systems, sondern des „Psychischen an sich“ durch Freud eine hierher gehörige Parallele. Es liegt nahe, anzunehmen, daß Primärprozesse anders mit den organischen zusammengehen, als die verfeinerten, in ihrer Energie geschwächten, in ihrer Reizschwelle erhöhten „Sekundärprozesse“. Freud hat einen Narzißmus der Zellen und der Organe angenommen; dieser muß sich auch im Körperlichen äußern und im „Es“ dynamisch zur Geltung kommen. Noch näher steht unsere Annahme, daß die Organe mit der Seele erkranken, der Grundtheorie Freuds, daß die „psychische Besetzung“ qualitätslos sei und einheitlich, und erst von ihren Ursprungs- und Exekutionsorganen ihre Qualität beziehe. Eine psychotische Änderung der Verteilung dieser Besetzung muß sich auch im Organischen zeigen, wenn sie früh genug eingesetzt hat, bevor noch jene Funktionen, welche später dem reifen Ich zugehören, zur Isolierung gekommen sind. All dies läßt uns eher verstehen, daß wir an unseren beobachteten Kranken schwere organische Störungen sehr häufig an Stelle des erwarteten Fortschreitens der seelischen Störung eintreten sehen, welche letztere dann überflüssig machen. Es kommt zu einer Flucht in die organische Krankheit und zur Bindung der Angst im organischen Symptom als chronischem, gleichsam materialisiertem „Angstäquivalent“ (Freud). Es ist ein ähnlicher Prozeß, wie ihn Ferenczi bei den Pathoneurosen beschrieben hat.

2) Die Frage der seelischen Struktur des entstellten Menschen überhaupt würde sich hier anschließen. Hierher gehören Fragen, wie die der pathologischen Schönheit bei bestimmten Formen der Tuberkulose, der Hysterie und des Infantilismus, der inneren Gesetze, nach denen die typische Melancholie ihren Träger häßlich macht, während manche Melancholie und normale Trauer verschönen. Zu dieser Frage siehe meine Publikation in der „Ärztl. Rundschau“ 1931 und „Krankheit, Schönheit und seelische Behandlung“ im „Almanach der Psychoanalyse 1934“.

III.

Bevor die Frage der „Organpsychose“ näher untersucht wird, sei an den prinzipiellen Unterschied zwischen Neurose und Psychose in Beziehung auf die Veränderung des Ichs erinnert.

Bei Neurosen ist das Ich nur sekundär durch die Reaktionen und durch die Symptome (Kompromisse) betroffen und in Mitleidenschaft gezogen, soweit sie vom Ich verwendet oder bekämpft werden; das Ich paßt sich so an die Symptome an, immerhin werden durch die Symptome und die Mechanismen Funktionen der Organe geändert. Alle derartigen Änderungen betreffen aber nicht das Wesentliche der Funktionen, sondern sind nur quantitativ. Die Störung der Organe ist nur die der Ermüdung und der Hemmung; die Schädigung der Organe ist die durch Erschöpfung oder durch Anfälligkeit an Krankheiten, die der Neurotiker herbeiführt oder in die er flieht. Man kann daher sagen: Falls Organerkrankungen auftreten, sind sie sekundär. Die Triebkonflikte werden in diesen Symptomen an den Organen erledigt, das Ich bleibt im wesentlichen das des Normalen, so sehr Funktionen ihm entzogen sein mögen.

Bei Psychosen ist das Ich primär erkrankt, wenngleich seine Erkrankung durch exogene Inanspruchnahme mitverursacht wird. Die Erkrankung besteht in einer Änderung der Ich-Besetzungen oder vielleicht oft nur im Verlust der Resistenz der Ich-Besetzungen gegenüber der Inanspruchnahme. Die Ursache liegt — in weitestem Sinn — in einer Überwältigung durch Triebansprüche, das sind Strömungen des Es, oder durch Einbeziehung des Ichs oder von Teilen des Ichs in das Es. Die Folge davon ist, daß die Orientierung in der Außenwelt und die Beherrschung der Außenwelt leidet oder ganz oder teilweise aufgegeben wird. Sehr oft gehört zu der Außenwelt, die in der Psychose für die Orientierungsfähigkeit des Ichs verlorengeht, auch der eigene Körper; denn von den seelischen Vorgängen aus empfunden, gehört auch der Körper zur außerseelischen Welt. So kommen auch bei der Psychose manche organische Störungen als sekundäre Folgen der Symptome der Ich-Störung zustande; sie sind von denen bei der Neurose verschieden, wenn auch ähnlich zustande gekommen. Andererseits ist aber der Körper vor allem der Träger des Ichs, gehört zum Ich, ist nicht nur Außenwelt für denselben. Die Körperstörungen bei Psychosen und namentlich bei den Organpsychosen scheinen primär durch die Körper-Ich-Störung an ihrem Träger, dem Körper, zustande zu kommen. In diesem Fall sind einzelne Körperorgane primär, durch psychotische Vorgänge, z. B. durch tiefe Regression, durch Aufhebung oder Steigerung der Besetzung schwer, oder wahrscheinlich noch viel öfter in kaum beachteter Weise leicht erkrankt. Wir können nur dann eine psychotische Störung mit einem größeren Grad von Wahrscheinlichkeit annehmen, wenn die Funktion nicht nur der Quantität nach, sondern auch qualitativ geradezu

essentiell geändert ist, nicht nur wie bei der Neurose gleichsam verdrängt, aber doch noch jederzeit funktionsbereit. Die organpsychotisch gestörte Funktion ist sistiert, hat jegliche Besetzung und Besetzbarkeit verloren, nicht nur die Zugänglichkeit seitens des Bewußtseins, oder ist auf eine viel tiefere Stufe regrediert. Die Organe sind daher — allgemein ausgedrückt — Objekte bei der Neurose, z. B. bei dem für die Neurose spezifischen Mechanismus der Verdrängung, bei der Psychose aber Subjekte. Bei der Neurose gibt das Es zwar nach, läßt seine Strömung, den Trieb, verdrängen, wodurch allerdings auch sowohl der Trieb als die Erfassung der Außenwelt und das Ich selbst mehr oder weniger verändert werden. Bei der Psychose hingegen siegt das Es über die Ich-Struktur und damit über den Körper, dessen Gesamtfunktion mit der Normalität des Ichs in Wechselbeziehung zu stehen scheint.

Es fiel immer wieder auf und ist auch in Krankheitsbegriffen wie „narzißtische Neurose“ festgelegt, daß die Grenze zwischen Neurose und Psychose keine strikte ist (Ferenczi, Schilder u. a.), und daß bestimmte Krankheitsabläufe, wie Zwangsneurose und Schizophrenie, verwandt sind. Freud reservierte aber den Namen „narzißtische Psychoneurose“ für die Melancholie, und es bleibt doch stets ein Unterschied zwischen einer hysterischen Psychose und einer echt „psychotischen“ Psychose und einem organisch Kranken mit organisch-psychotischen Mechanismen. Es wurde schon gesagt, daß die Neurose die Erfassung der Außenwelt weiter gestattet und sie nur in dem Maß der Trieb- und Libidoansprüche ändert, ohne daß, wie bei der Psychose, der Aufnahmeapparat — wenn auch nur teilweise — geschädigt wäre. Das Ich gibt bei der Neurose eben nur wenig nach, teilweise ist es ein infantiles Ich geblieben, teilweise kehrt es zu manchen infantilen Strukturen zurück; aber es wird nicht so tief verändert wie bei der Psychose. Dieser neurotischen Nachgiebigkeit des Ichs steht das volle Unterliegen des Ichs in der Psychose gegenüber.

Unter welchen Bedingungen unterliegt aber das Ich bei der Psychose? Unter ähnlichen Voraussetzungen wie analog das Es des Neurotikers: auf Grund der Konstitution, von Geschehnissen der Frühkindheit und des aktuellen Anlasses. Ein Ich wird vor allem dann unterliegen, wenn es an sich selbst schwer litt, wenn es zu schwach ist, die Außenwelt zu ändern, oder zu starr und unerfahren, sich ihr anzupassen, und wenn die einen Kompromiß schaffende Neurose nicht gelang oder nicht ausreichte.

IV.

Die Beobachtung organisch Kranker, z. B. Magersüchtiger, deren Ich-Struktur mehr psychotisch als neurotisch imponierte, auch ihr körperliches Verhalten, ist zumeist an weiblichen Individuen angestellt. Die Magersucht befällt überhaupt viel mehr Frauen als Männer. Es ist anzunehmen, daß in der

weiblichen Konstitution und in dem typisch weiblichen Schicksal disponierende Momente wirksam sind. Diese Fragen werden wir später berühren.

Wir wissen, daß die Schädigung des Zwischenhirns als Sitz vegetativ wichtiger Zentren und bestimmter Teile der Hypophyse den Anstoß gibt zu kachektischen und marantischen Zuständen. Auch die Abmagerung bei progressiver Paralyse wird auf zerebrale Störung des vegetativen Systems im Bereich des dritten Ventrikels zurückgeführt (Reichardt). Was bei den Formen der Magersucht, bei denen weder Trauma des Schädels, Verletzung oder Geschwulstbildung der Hypophyse, Lues und andere Prozesse die Krankheit in Gang bringen, die Kachexie bedingt, ist ungeklärt. Einzelne Endokrinologen berichten, daß eine Gruppe von Mager-süchtigen schwere Temperament- und Charakterveränderungen durchmachen. Tucher spricht von einer „hypophysären Psychose“, die symptomatisch der Schizophrenie ähnlich sei. Da glücklicherweise keiner unserer Kranken zur Sektion kam, ist die sichere Diagnose „Simmonds'scher Krankheit“ nicht zu stellen, sie wurde bei einer unserer Kranken von klinischer Seite gestellt und auch nach der relativen Heilung festgehalten. Bevor wir unsere Krankenaufzeichnungen über den klinischen Befund mitteilen, seien einige allgemeine Bemerkungen vorausgestellt.

Die Beziehung der Hypophyse zu den Sexualorganen, vor allem zu Uterus und Mamma, ist sehr mannigfaltig. Seit 1927 wissen wir, daß Vorderlappenstörung zur Atrophie des Ovars oder Unterdrückung des Brunstzyklus führt. Beim Tier steht die Scheidenbildung und deren Sekretvorgänge unter starkem Einfluß der Hypophysenwirkung, sie läuft über das Ovar. Auch die Keimdrüsen beeinflussen intensiv die Hypophyse. Ihr Ausfall wirkt ähnlich wie Kastration durch Ausschaltung der Keimdrüsen. Zufuhr von Hypophyse hebt ähnlich wie Zufuhr von Sexualhormon bei reifen und unreifen Tieren beiderlei Geschlechts mit Ausnahme der Sterilität die anderen typischen Folgen der Kastration auf.

Zur Charakterisierung der Simmonds'schen Krankheit sei eine kurze Schilderung Hoskins erinnert. „1914 wurde von Simmonds ein schweres, unaufhaltsam zum Tode führendes Leiden, die ‚hypophysäre Kachexie‘ beschrieben. Als einzig anatomische Veränderung wird hier eine vollkommene Atrophie der Hypophyse gefunden. Die Krankheit ist selten, bis jetzt enthält die Weltliteratur nicht ganz 50 Fälle. Der Verlauf der Krankheit kann schnell sein, es kann aber auch viele Jahre dauern, bis sie zum Tode führt.

Die Kranken bekommen ein früh gealtertes Aussehen, das besonders durch die Atrophie der Haut und Verlust der Haare hervortritt. Eine allgemeine Auszehrung aller Organe führt zu schwerer Schwäche. Der Appetit fehlt völlig. Im Anfangsstadium besteht oft Durst und vermehrte Wasserausscheidung. Der Grundumsatz ist ebenso wie der Gehalt des Blutes an Erythrozyten herabgesetzt. Der Kohlehydratstoffwechsel ist meistens gestört. Atrophie der Geschlechtsorgane mit Ausfall der Sexualfunktion ist oft ein Frühsymptom.

Bis heute gibt es keine befriedigende Behandlungsmethode für die hypophysäre Kachexie, wenn auch in neuester Zeit einige Erfolge mit Hypophysenextrakt berichtet wurden. Ein theoretischer Hinweis auf den Nutzen solcher Extrakte wurde in den Tierversuchen von Smith gegeben, der die Erkrankung bei seinen Versuchstieren durch Hypophyseneinpflanzung verhindern konnte. Am Menschen ist diese Methode praktisch noch nicht anwendbar, daher sucht die Forschung noch nach einem wirklichen Extrakt.“

Während für den Ausbruch von Krankheiten der Drüsen mit innerer Sekretion auch nach den Daten der Unfallversicherung — vor allem bei Basedow — das

psychische Trauma eine größere Bedeutung als das mechanische hat, sind verwertbare Beobachtungen über die deletäre Wirkung des psychischen Traumas für Hypophysenstörungen mir nicht bekannt geworden. Daß eine seelische Behandlung wirksam sein kann, ist ja kein Beweis für die seelische Ätiologie eines Basedow, eines Knochenbruchs oder einer Simmonds'schen Krankheit. Es muß hervorgehoben werden, daß vom Körperschema aus — wie Schilder annimmt — wahrscheinlich auf dem Weg über die vago-vegetative Apparatur des Zwischenhirns vegetative Funktionen dirigiert werden können. Dieser ganze Gehirnbereich ist ein bedeutendes Erfolgsorgan des Narzißmus.

Zur Charakterisierung der typischen Verhältnisse einzelner organisch Kranker unserer Beobachtung sei Fr. M. Y. herausgegriffen. Die Feststellung durch Grote in der Noorden-Klinik ergab:

Marie Y., 17 Jahre, früher nicht krank. Seit langer Zeit Appetitmangel. Menarche mit 14 Jahren, seit dem 16. Jahr aber völlig wieder aufgehört. Regel war immer gering und verzögert. Sie friert immer. Oft blaue Hände und Füße. Etwas Haarausfall. Gewichtsabnahme seit einem Jahre zunehmend, sie ißt zu wenig. Mag „nur Brot“. Objektiv fand sich typisch asthenisch graziler Bau (wie bei beiden Eltern und dem Bruder). 171 cm Länge, 45,5 kg Gewicht, also Rohrer'scher Index 91,6. Grundumsatz 25%. Sonst kein wesentlicher Befund. Blutdruck 85/70 mm Hg. Sehr zarte durchscheinende Haut, rothaarig, sommersprossig. Harnmengen während der Behandlung gering, Harn hochkonzentriert, farbstoffreich. Blutbild relative Lymphozytose (46%) Hb. 100, RBK. 5 Mill. Es wurde Ruhekur, kohlenhydratreiche Stundendiät durchgeführt. Insulin bis zu 52 E. am Tage, dazu Prolan und Uden. Während der dreiwöchigen Behandlung nahm die Kranke noch 1,0 kg ab. Insulin hat völlig versagt, trotzdem die Ernährung oft gegen den Widerstand des Mädchens gut durchgeführt wurde.

Dauer der klinischen Behandlung 25 Tage.

Grundumsatz im Beginn — 25,2% (144 ccm O₂ pro Minute).

Grundumsatz am Schluß — 20% (154 ccm O₂ pro Minute).

Anfangsgewicht und Rohrer'scher Index 45,5 kg (R. I. = 91,6).

Gewichtsänderung unter Insulinmast — 1,0 kg.

Verbrauchte Insulinmengen pro Tag (durchschnittlich) 39 Einheiten.

Durchschnittliche Kalorienmenge in der Nahrung pro Kilo 62.

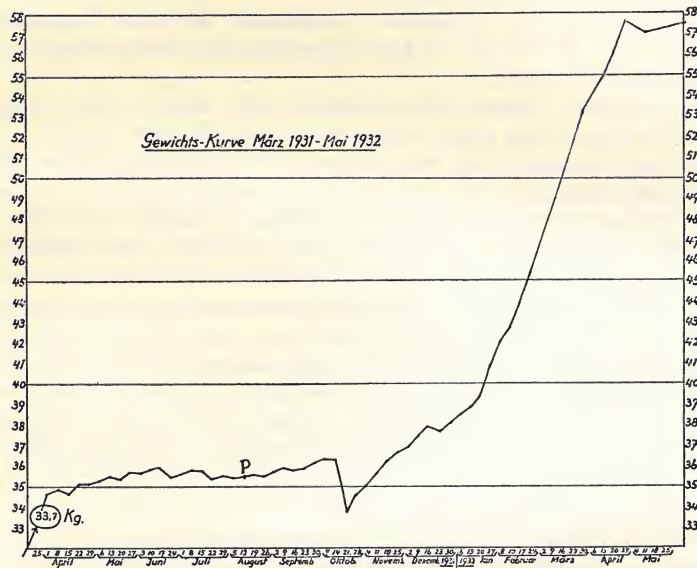
Durchschnittliche Harnmenge 520 ccm.

Durchschnittliche Dichte des Harns 1032.

Den Klinikern war aufgefallen, daß M. Y. eine depressive negativistische Haltung aufwies, allerdings war daraus nicht der Schluß gezogen worden, man solle eine seelische Behandlung versuchen. Als das Körpergewicht weiter ständig abnahm, wurde noch von klinischer Seite ein Versuch mit klimatischer Beeinflussung im Hochgebirge gemacht, um im Sinne einer Leistungssteigerung Einfluß zu nehmen, sowohl auf das inkretorische System als auch die Psyche. Ein vierwöchiger Aufenthalt im Engadin, 1800 Meter hoch, war ein völliger Mißerfolg. Das Gewicht nahm rapid bis auf 35 kg ab, die allgemeine Schwäche wurde so erheblich, daß man sich auf einen infausten Ausgang vorbereitete. Die Patientin hatte nach der Rückkehr vom Engadin, am 19. März 1931, ein Gewicht von 33,7 kg. Im Überweisungsbericht der bettlägerigen Patientin des Arztes aus dem Engadin heißt es u. a.: In den letzten Wochen zunehmende Adynamie, Anergie. Der Appetit ist minimal, auffallend auch das Durstgefühl. Patientin ist grauenhaft abgemagert, sehr schwach, psychisch manchmal eher euphorisch, manchmal völlig energielos. Die Haut ist sehr trocken, kalt, Akrozyanose. Ständig Frieren. Der Schlaf ist oberflächlich und kurz. Die Ver-

dauung sehr erschwert, durch Spasmen, die auf Belladonna etwas geringer wurden. An den inneren Organen konnte kein auffallender Befund erhoben werden. Die Intelligenz scheint nicht gelitten zu haben. Auffallend niederer Puls von 46—54, der enorm weich ist; Blutdruck 65/99 mm Hg. RR, die Untertemperaturen 35,2 bis 36,4⁰ C. Die Blut- und Stoffwechsellagebefunde entsprachen den früheren.

Die tastenden Versuche, die Kranke durch eine andere Art vorwiegend körperlich eingestellter Therapie in den nächsten Monaten zu fördern, verliefen negativ. Das Gewicht hob sich gelegentlich, aber eine grundsätzliche Änderung trat nicht ein.



P. gibt den Zeitpunkt an, wann eine seelische Therapie eingesetzt wurde und wie allmählich sich die Gewichtskurve änderte. Über die Technik meiner Behandlung sei folgendes bemerkt:

Eine exakte psychoanalytische Behandlung konnte ich bei einer Patientin, die seit Monaten von mir körperlich behandelt war, nicht vornehmen. Freud und seine Schüler haben in ihren Veröffentlichungen über die Technik der Psychoanalyse gezeigt, weshalb eine kombinierte Behandlung zu unterlassen ist. Bei der Unsicherheit, ob überhaupt eine Psychotherapie sich als brauchbar erwiese, und ob das Aufgeben aller anderer als rein seelisch wirkender Eingriffe zu verantworten sei, blieb, wenn kein Arztwechsel stattfinden sollte — und er wurde von den Eltern und der Patientin abgelehnt —, nur der Versuch einer Therapie, die etwa dem älteren kathartischen Verfahren Freuds entsprach, also jener Phase der Psychoanalyse, in der die Hypnose aufgegeben war und die Katharsis bei vollem Bewußtsein durchgeführt wurde, zunächst „eingestreut“ in die bisherige Behandlung. Ein direkter Vergleich mit früher läßt sich deshalb schwer durchführen, weil der heutige Psychoanalytiker, der die 35 Jahre psychoanalytischer Entwicklung kennt, die alte Methode mit anderen theoretischen Voraussetzungen und praktischen Erfahrungen anwendet. Die Patientin war damit einverstanden, bewußt nichts zu verschweigen und den Versuch der freien Assoziation durchzuführen. Es wurde ihr versichert, daß der Arzt alle ihre Mitteilungen mit niemandem besprechen werde, also strengste Diskretion zugesagt.

Über den Ausgang der Behandlung folgendes: M. Y. ist praktisch gesund und leistungsfähig, auch nach dem Bericht vom Sommer 1934. Die Nachkontrolle Frühjahr 1933 veranlaßten Grote und mich zu folgender gemeinsamen Feststellung, nachdem die frühere Patientin noch einmal einer kurzen klinischen Beobachtung unterzogen war:

Das Körpergewicht betrug nunmehr 56,6 kg bei einer Körperlänge von 171 cm, der Rohrersche Index also 113,2. Bei den zwei Untersuchungen (18. u. 19. Mai 1932) an zwei aufeinanderfolgenden Tagen fanden wir bei eiweißarmer Kost einen Grundumsatz von rund -20% . Am 21. Juni 1933 fanden sich die gleichen Verhältnisse noch vor. Am Tag nach eiweißarmer Kost betrug der Grundumsatz $-16,8\%$, bzw. $-19,8\%$. Das Körpergewicht 65 kg, der Rohrersche Index also 130, ein normaler Wert. Damit ist also gesagt, daß trotz der jetzt befriedigenden Gewichtsverhältnisse, der klinisch wiederhergestellten Gesundheit und des ausgezeichneten subjektiven Zustandes bei voller geistiger und körperlicher Leistungsfähigkeit die grundlegende Stoffwechselabweichung weiter besteht. Man würde also damit zu rechnen haben, daß unter gegebenen psychophysischen Umständen ein Rückfall erfolgen könnte. Das Mädchen lebt ohne jede Hormonzufuhr und jede Behandlung. Die Periode ist wieder eingetreten. Wir haben in diesem Befund ein schönes Beispiel für den Begriff der Responsivität, den der eine von uns (Grote) vor Jahren für solche Zustände vorschlug, bei denen eine vorhandene erhebliche Abweichung von der statistischen Norm doch mit einer gesundhaft erscheinenden, voll leistungsfähigen Persönlichkeit vereinbar ist. Trotz des pathologischen Verhaltens des Grundumsatzes sprechen wir in diesem Fall nicht mehr von Krankheit.

„Unsere Mitteilung einer gelungenen Insulinmastkur bei hypophysärer Magersucht — auf sie gehe ich bei dieser Publikation nicht ein — ist nichts Besonderes. Eine Simmonds'sche Erkrankung, die unter hormonaler Behandlung resistent bleibt, aber unter seelischer Behandlung sich beeinflussen läßt, ist schon bemerkenswerter, weil sie die Problematik jedes Verfahrens zeigt und vielleicht zu einer erweiterten Auffassung der Pathogenese führen könnte. Wir meinen nicht, daß die Restitution hier ‚spontan‘ erfolgt ist, denn vor Einsetzen der Psychotherapie wäre sozusagen Zeit genug für eine spontane Remission gewesen. Wir haben keine klare Vorstellung davon, wie eine Psychotherapie einen endokrinen Mechanismus in Bewegung setzt.“

V.

Wir wollen nun unter Annahme einer „Organ-Psychose“ die Brauchbarkeit dieses Begriffes an den Beobachtungen, namentlich der Vorläufer der Krankheit, prüfen. Bei einer Gruppe von Kranken war der Ausbruch der Erkrankung durch eine Depression eingeleitet, in deren Verlauf Entfremdung und Depersonalisation auftraten, auch spätere depressive Schübe wiesen diese Erscheinungen auf. Die beobachteten Ich-Vorgänge machen es wahrscheinlich, daß sich bei jeder Ich-Einschränkung, wie Federn auch in seinem Luzerner Kongreßvortrag 1934 beschrieb, Depersonalisationsvorgänge abspielen. Auch die Grenze zwischen Körper und Umwelt wird in manchen Fällen unscharf. In

homosexuellen und bisexuellen Phantasien zeigen sich paranoische Reaktionen, bei denen die Mutter als Verfolger auftritt. Unter den seelischen Mechanismen des Krankheitsprozesses spielt die Regression zu Identifizierungen, meist auf die Stufe des oralen Narzißmus, eine bedeutsame Rolle. An den Fixierungsstellen liegt es wohl, daß bei der Regression eine Zeit gewählt wird, in der Passivität, Unlust zum Ergreifen, Halten und Sicheinverleiben vorherrscht. Diese Unfähigkeit, zum mindesten diese Unlust zu Angriff wie zur Verteidigung, erklärt die Hilflosigkeit, über welche die Kranken — nicht nur Mager-süchtige, sondern auch hypochondrisch Verstimmte — stets klagen und an der sie auch tatsächlich leiden. Die allgemeine Stagnation und Starre des passiven Verhaltens zeigt aber nicht die eigenartige Spannung der Neurotiker oder Psychotiker, welche besonders masochistisch geblieben sind. Ein solcher ist immerhin noch produktiv und schafft, zum mindesten in der Phantasie, stets neue Variationen und Steigerungen der passiven Situationen. Auch ist die masochistische Passivität erschöpfbar. Noch weniger hat diese apathische Inertia etwas mit der Katatonie zu tun, bei welcher komplizierte unbewußte Situationen und Konflikte unter der Untätigkeit walten. Wir müssen hier annehmen, daß es der reine Wiederholungszwang sei, die Trägheit des libidolosen Seins, das nur nicht stirbt. Das wäre die metapsychologische „Adynamik“ solcher Organpsychosen. Dieser tiefen Regression und Triebentmischung entspricht es, daß die Lustprinzipien, Lust-Unlustprinzip und Realitätsprinzip, kaum zur Geltung kommen, höchstens noch im symbolischen Denken, welches vielfach an Stelle des logischen tritt. Alle diese Störungen erfassen aber kaum je die ganze Persönlichkeit, es sei denn, daß ein Kranker in eine Phase schwerster hypochondrischer Melancholie eingetreten ist.

Für die Klinik der „Organ-Psychose“ scheint mir das Fehlen von Schmerz und Masochismus — in engerem Sinn — auch das Aufhören der Funktionen typisch zu sein. Wir trennen also die Begriffe des Masochismus von Passivität und Untätigkeit. Es entsteht der Eindruck, daß sich um so weniger Masochismus entwickelt, je mehr die Destruktion isoliert zur Geltung kommt.

Bei den weiblichen Patientinnen spielt in den Frühphantasien die Brust als erogenes Organ eine größere Rolle als andere Sexualobjekte. Während der Pubertätszeit wurde die Mamma von einer Patientin oft eng eingeschnürt, von anderen nur ängstlich kontrolliert, ob dieselbe — vor allem durch starkes Essen — nicht zunähme, sie meint, „wenn man ißt, wächst man, und jeder sehe der Brust die starke Sinnlichkeit des Menschen an“. Exhibitionistische Tendenzen traten deutlich hervor.

Als Identifizierung ist die des Mädchens mit der Mutter gegenüber der väterlichen stark bevorzugt und führt in eine homosexuelle Richtung. Vor allem spielt die Homosexualität die Hauptrolle in den Pubertätskonflikten. Mit dieser Art von Identifikation hängt es wohl auch zusammen, daß in der

Tiefe der Mutterbindung die Angst wirksam ist, von der Mutter umgebracht (aufgefressen?) zu werden. Freud hat in seiner Arbeit „Über die weibliche Sexualität“ in dieser Abhängigkeit von der Mutter den Keim späterer Paranoia des Weibes gesehen. Unser Material bestätigt seine Annahme, daß die Angst, umgebracht zu werden, einer Feindseligkeit entspricht, die sich im Kind gegen die Mutter infolge der vielfachen Einschränkungen der Erziehung und Körperpflege entwickelt. Der Mechanismus der Projektion wird durch die Frühzeit der psychischen Organisation begünstigt.

Die Übertragung gestaltete sich, vor allem bei den von uns behandelten weiblichen Magersüchtigen, anders als bei den Neurotikern, sie ist unverlässlich, gelegentlich stürmisch, meist unpersönlich und negativistisch, paranoisch und narzißtisch. Federn sieht in solcher Übertragung eine charakteristische Schwierigkeit der Analyse von Psychosen.

Als aktueller Anlaß für den Beginn der Erkrankung, oder der Erscheinungen, die ihren späteren vollen Ausbruch vorbereiten, ist die Pubertät hervorzuheben. Auffallenderweise wurde bei drei Patientinnen in Erfahrung gebracht, daß sie eine ironische Bemerkung in der Pubertätszeit über die spontane Körperentwicklung durch die Reifung sehr ernst nahmen; sie brachte als Reaktion auf die erwähnten exhibitionistischen Tendenzen den trotzigen Entschluß in Gang, der natürlichen Entwicklung sich entgegenzustemmen. Aussehen wie eine erwachsene Frau und normale Körperfülle haben bedeute Sinnlichkeit, es verrate eine starke Sexualität. Bei zwei Patienten war die Hauptfrage, welche Mittel zur Verfügung stünden, um ein plötzlich einsetzendes Dickwerden abzubremsen. Hier reihten sich Phantasien über enorme Körperausdehnung und Schwangerschaftsbefürchtungen an, die über das neurotische Maß hinausgingen und an die Größenwahnideen der Psychotiker erinnern. Eine Patientin fürchtete vor allem, daß Dickwerden unbedingt zu Steifwerden der Gelenke führe und daß sie nicht wisse, was man gegen dieses Steifwerden prophylaktisch tun könne. Die Patienten vermieden auch deshalb das Essen, weil sie zeitweise — vor allem am Anfang der Erkrankung — sich nach dem Essen kleiner Mengen schlecht oder vergiftet fühlten, auch erregt wurden; das erprobte Gegenmittel war starke Körperbewegung. Eigentliche Ekelgefühle — die für neurotische Eßstörungen charakteristisch sind — fehlten meist; im Vordergrund standen passive Uninteressiertheit und entsprechende Apathie, Kaufaulheit, Fehlen jedes Verlangens nach Nahrung. Eine Patientin schilderte, daß, wenn sie sich trotzdem zu essen vornähme, eine innere Stimme sie vor den Folgen des Dickwerdens warne: diese Stimme wurde als die der Mutter erkannt. Die anschließenden Einfälle liefen darauf hinaus, daß die Mutter jeder Unbeherrschtheit des Kindes entgegengetreten sei, später in der Pubertät jede Äußerung, die an das sexuelle Problem erinnerte, zurückwies und stets meinte, das würde ihre Tochter erst nach Jahren verstehen. Um sich zum Essen zu zwingen — es war ohne Erfolg — trat die Patientin vor

den Spiegel, beschimpfte sich, sagte, sie sei eine Vogelscheuche, häßlich, kein Mensch würde sie in diesem Zustand ansehen oder lieben.

Diese am Ich sich abspielenden Konflikte verstärkten die Depression. Der Sadismus, der früher der Mutter und den Objekten galt, hatte ein überstrenges Über-Ich gebildet; seine chronischen Konflikte mit dem Ich disponierten zu narzißtischen, neurotischen Symptomgestaltungen, eine Bestätigung für Beobachtungen anderer Autoren. So taucht nochmals die Frage auf, weshalb aus psychologischen Gründen die Frau zu bestimmten Erkrankungen mehr disponiert ist als der Mann. Freud hat in seiner Einführung des Narzißmus betont, daß die Frau durchschnittlich stärker narzißtisch sei als der Mann. In seiner späteren Arbeit über die psychischen Folgen des anatomischen Geschlechtsunterschiedes vermutet er deren enge Korrelation mit der Modifikation ihrer Über-Ich-Bildung und bestimmten Charakterzügen der Frau, z. B. daß die Frau weniger Rechtsgefühl zeige als der Mann, weniger Neigung zur Unterwerfung unter die großen Notwendigkeiten des Lebens, sich öfters in ihren Entscheidungen von zärtlichen und feindseligen Gefühlen leiten lasse. Hanns Sachs zeigte bei einer Zusammenfassung seiner klinischen Beobachtung von Frauen mit stark ausgebildetem Über-Ich, daß es den Mädchen relativ selten gelänge, die Ödipussituation mit der Fähigkeit zur wirklichen Entsagung abzuschließen. Gelänge das nicht, so weise ihr Über-Ich gegenüber dem des Mannes typische Mängel auf. Grund für das Mißlingen sei die stärkere Neigung, bei Enttäuschungen in der Ödipussituation partiell zum Oralen zu regredieren. Ich vermute an Hand unserer Beobachtungen, u. a. an Magersüchtigen, daß die Voraussetzung zur zunächst mangelhaften und dann später überstürzten Über-Ich-Bildung in der Stellung des kleinen Mädchens zur Mutter beruht. Die Identifizierung mit ihr in der präödipalen Zeit ist bei den später an Magersucht Erkrankten viel intensiver und totaler als sonst üblich ist und damit auch stärker narzißtisch. Die Lähmung des Ichs in der Identifizierung erschwert die Konflikte der Ödipussituation und die normale selbständige und allmähliche Über-Ich-Bildung.

Wir stellen als Hypothese auf, daß das Modell der die organische Erkrankung einleitenden Ich-Deformierung in der abnormen Ich-Deformierung der Frühkindheit gegeben ist, in deren Genese die Mutter die führende Rolle spielte. Auf den Rückzug von Organlibido von erogenen Zonen, vor allem von der eigenen Brust und durch die starke Besetzung der Mutter als Objekt, folgte eine Angleichung des Ichs an die verschiedenen Mütter in der Reihe ihres verschiedenen Verhaltens dem Kind gegenüber. Am stärksten trat die strenge, asketische, entsagende und unerbittliche Mutter hervor. Sie war es, die vom Anfang an jede sexuelle Regung bewachte und jede leise körperliche Regung als sexuell und damit als unerwünscht bekämpfte. Als das Mädchen, in die Pubertät getreten, gehorsam wie früher fragte, ob es sich nach der Tanzstunde von einem Schulfreund auf die Wange küssen lassen dürfe, wurde das

verboten, im inneren Einverständnis mit der Fragenden selbst. Wir dürfen meinen, daß eine in normaler Art selbständig gewordene Tochter diese Frage nicht stellen oder die Antwort ablehnen würde.

In der Frühkindheit spielte bei unseren Kranken das Essen eine wichtige Rolle, ohne daß typische Eßstörungen nachgewiesen wurden. Bei einer Neurose würde die frühkindliche Eßstörung zur Anamnese gehören. Die Mutter ist die orale Verwöhnerin der Frühkindheit gewesen, war aber sonst streng und asketisch. Für das Überwiegen der Mutter waren oft akzidentelle Ursachen dazugesetreten. Die eine Patientin wächst durch den frühen Tod des Vaters nur bei der Mutter auf, bei anderen Patientinnen scheint die negative Ödipusbindung primär und lange wirksam. Eine stark betonte Deckerinnerung der Patientin ohne Vater war die Phantasie, daß sie im Alter von 3 oder 4 Jahren für die kranke Mutter kocht und sie mit besonders gutem Essen versorgt. Es taucht daran anschließend Material auf, das die Kastration seitens der Mutter hervorhebt. Die Kastration wird durch die Identifizierung mit ihr akzeptiert und in ihrer Tatsächlichkeit vermieden und so für die spätere homosexuelle Bindung das Fundament gelegt. In der Latenz kommen Phasen vor mit dem Versuch, die Oralität zu sublimieren. Dabei scheint die Latenzzeit schon mit 4 oder 5 Jahren einzusetzen, wohl als Folge der frühen Über-Ich-Abgrenzung. Vor Ausbruch der Magersucht — wie wir es sonst oft vor dem Ausbruch eines schizophrenen Schubes sehen — treten intellektuelle, wissenschaftliche und künstlerische Interessen besonders hervor, in ihrem Verlauf werden diese Besetzungen aufgegeben, meist mit Abwendung von der Umwelt. Denkstörungen sind der Ausdruck dieser Zurückziehung und werden zur Rationalisierung des Interesseverlustes ihrerseits benützt. Durch all das wird das Ich gelähmt und verfällt der Passivität.

Schon vorher ist die Vereinheitlichung zu einem stabilen Ich durch die übermäßige narzißtische Identifizierung wieder aufgehoben worden oder sie kam überhaupt nicht zustande. Unter den Objektbesetzungen von Umwelt und Körperorganen werden nur solche zugelassen, die von der Mutter erlaubt sind. Was aber an Befriedigungsmöglichkeit, an Organ oder Umwelt, entgegen dem Gebot der Mutter übrig bleibt, wird zur Identifizierung im Subjekt verwendet. Die homosexuelle Identifizierung führt zu gesteigerter Selbstbeobachtung des Körpers und der Triebe, d. h. es werden körperliche und triebliche Empfindungen so behandelt wie Objekte, und gleichzeitig wird das eigene Genitale zum Hauptträger des Narzißmus. Auf dem Gebiet des Denkens bedeutet dies eine Fixierung an die magisch-symbolische Stufe. Die narzißtische Identifizierung ist wohl auch dafür mit verantwortlich, daß im Aufbau des Körpers und des Körperschemas Defekte entstehen, die narzißtisch überbesetzten Organe lassen eine der inneren und äußeren Realität angepaßte Verteilung im Körperschema nicht zu. Vielleicht hängt es damit zusammen, daß Patienten bei einem Körpergewicht von 30,8 bzw. 33 kg nichts von

einer normalen körperlichen Ermüdung empfinden, ähnlich wie Schizophrene. Die nur partielle Regression erklärt wohl auch die Bewegungslust, die von den Kranken meist ich-fremd wie ein „fremder Impuls“ geschildert wird.

Ihr Körperschema weist Defekte auf, wohl als Folge, daß der Narzißmus auf Kosten der objektlibidinösen Besetzungen gesteigert ist. Wir gehen von der Annahme Schilders aus, daß die Antriebe zur libidinösen Besetzung der einzelnen Körperteile vom Körperschema aus erfolgen. Das Körperschema repräsentiert den Körper; dieses ist für den Narzißmus Gegenstand libidinös besetzter Wahrnehmung und Vorstellung. Hierbei ist das Ich als Beobachter und als Sammler für Empfindungen bereits in einer Vorform tätig; auf Grund von Sinneseindrücken entwickelt sich das Körper-Ich und teilt die Libido dauernd, je nach dem Reiz- und Befriedigungserlebnis. Die Libidoverteilung — und mit ihr die früheste Ich-Struktur — ist aber auch abhängig von der phylogenetischen Vorgeschichte des Narzißmus. Durch die vererbte Bedeutung des Sexus und der Sexualorgane ist deren narzißtische Besetzung „eingefleischt“, so daß Störung und Schädigung regressiv zu narzißtischen pathologischen Prozessen im individuellen Leben disponieren. Daß die Sexualorgane narzißtisch besetzt sind, gilt für beide Geschlechter. Diese Besetzung wirkt, wie psychoanalytisch nachgewiesen wurde, in verschiedener Weise. Freud betont, daß das Ich vor allem ein körperliches Ich sei, die Perzeption des eigenen Körpers ist sein Kern. Der anatomische Unterschied zwischen den Geschlechtern läßt auch die reale und phantasierte Perzeption des Körper-Ichs eine andere sein. Die besondere Rolle dieser Anteile des Ichs zeigt sich bei Erkrankungen insofern, als manche Krankheiten oder Krankheitsformen vorzugsweise eines der Geschlechter befallen, oder daß der Verlauf je nach dem Geschlecht ein anderer wird. Es darf allerdings nicht übersehen werden, daß für die Prädestination eines Geschlechtes noch viele andere biologische Gründe maßgebend sind. Es muß auch bedacht sein, daß das W (Weininger) der anatomischen Konstitution nicht nur der Frau zugehört, sondern auch bei allen mehr bisexuell veranlagten Männern, wahrscheinlich bei allen Männern nachweisbar ist; es repräsentiert daher die „weibliche Natur“ den weiblichen Konstitutionsanteil auch beim Manne. Max Hartmann weist darauf hin, daß bei niederen Lebewesen jede einzelne Zelle die materiale (weibliche) und die lokomotorische (männliche) Komponente noch nebeneinander enthält und ihre „Sexualität“ eine „relative“ Eigenschaft ist, insofern ein und dieselbe Zelle einer weiblicheren gegenüber männlich, einer männlicheren gegenüber weiblich sich benehmen kann. Beim Aufbau des Körperschemas in der primär narzißtischen Phase dürften sogar die libidinös besetzten Zellen und deren bisexuelle Struktur (Fließ) mitwirken. In der sekundär narzißtischen Phase tritt die Wirkung der anatomischen Differenzierung immer intensiver hervor. Denn wir sprechen vom sekundären Narzißmus nach Freud, wenn Objekte mit ihren Besetzungen wieder in das Ich einbezogen wurden. An diesen Objekten war nun der

Geschlechtsunterschied vor oder nach der Einbeziehung in das Ich gemerkt worden; das wirkt auf das Ich, zu dem sie nun gehören, zurück. Die Vorstellung vom eigenen Ich, namentlich der Grad der Besetzung des eigenen Genitales, wird dadurch geändert und zum Teil unlustvoll, zum Teil wird es ganz ignoriert — an anderen Fällen aber, namentlich wenn der Kastrationskomplex bald überwunden wurde, besonders lustvoll überbetont. Auf diese Einflußnahme des Gesamtkomplexes (Kastrationskomplex, Penisneid und Penisstolz, Grauen vor der Vagina, vielleicht nach der Meinung mancher Autoren auch Bejahung der Vagina, Menstruationskomplex nach Daly) auf das Werden des Ichs wurde noch wenig hingewiesen. Wir meinen nun, daß noch vor diesen Einflüssen, welche die Formation des sekundären Narzißmus bestimmen, schon in der primär narzißtischen Phase das Ich sich unter dem Einfluß der pränatal beginnenden Entwicklung von selbst spezifisch männlich mit Betonung der wachsenden äußeren Genitalien, und spezifisch weiblich mit Ignorierung der gleichsam verkümmerten äußeren Genitalien (Kompensation durch Betonung des Gesamtkörpers) entwickelt. Die spätere Kenntnismahme vom Genitalunterschied an den Objekten verstärkt dann im Falle der normalen Entwicklung diese Differenz in der Bildung des Ichs je nach dem Geschlechte. Selbstverständlich stützen wir uns bei dieser Annahme auf Gesamteindrücke, nicht auf Beobachtungen; diese stehen aber mit der Annahme in Einklang und bestärken sie. Wir stimmen damit auch mit der allgemeinen Ansicht überein, nach welcher bei normaler Anlage und Unterstützung derselben durch die Einflüsse der Erziehung schon im Säuglingsalter das Wesen und Selbstgefühl — darin äußert sich der primäre Narzißmus — je nach dem Geschlechte verschieden sind.

Solche tief zurückgreifende Zusammenhänge erklären das Auftreten der organischen Erkrankungen in der Zeit der modifizierten Wiederholungen der Frühkindheit, in der Pubertät. Wir verstehen aber vielleicht auf Grund unserer Annahme auch eher das Zustandekommen eines typischen Leidens unserer Kranken, nämlich der Depersonalisation. Wenn das Ich schon bei seinem Entstehen mit der Entwicklung des Organismus innig verbunden ist, so muß es auch später bei tiefen Störungen in der inneren Harmonie der Lebensvorgänge, also vor allem des hormonalen Zusammenstimmens versagen und vice versa. Dem Ich obliegt die Zusammenhaltung, Steuerung von Besetzungen des Körpers und der Seele; das Ich steht aber immer Änderungen dieser Besetzungen gegenüber, die vom Es, dem Körper und der Außenwelt kommen. Kann das Ich diesen Besetzungen mit der Ich-Grenze nicht folgen, so entsteht nach Federn die äußere oder die innere Entfremdung, die Depersonalisation. Bei der Schilderung ihrer Depersonalisation klagten unsere Patienten auch darüber, daß sie keine echte Liebe und keinen echten Haß fühlen und bezeichnen sich dazu als unfähig. Zum Teil kommt das daher, daß die vorzeitige homosexuelle Identifizierung mit der Mutter auf präödipler Stufe

die genitale Reifung hemmt. Jedenfalls wird das Ich gelähmt. Es muß relativ viel Libido auf einer formal und inhaltlich tiefen Stufe ihre Verwendung gefunden haben und fixiert sein. So erfolgt die weitere Entwicklung nicht mehr mit normaler Besetzung der sich formenden Organe. Das Kind erschrickt vor dem eigenen Wachstum, hinter welchem das Ich zurückblieb.

Das tritt dann in der Pubertät zutage. Die Beobachtung der physiologischen Gewichtszunahme in der Pubertät hat starke Angstanfälle ausgelöst. Die Beobachtung, daß sie „stark“ würde, nachdem ihr schon die Zunahme der Brust, das Wachsen der Haare, die erste Blutung und das Verhalten der Umwelt Unruhe ausgelöst hatten, führte auch zu einer Art Entfremdung gegenüber dem alten Ich vor der Pubertät. Vorgänge in dieser Zeit der Reifung und später bei Überlegungen und Vorstellungen anlässlich einer Ehwahl wurden zu aktuellen Antrieben und „exhibitionistischen“ Provokationen, die zu Libidostauung und Regressionen den Anstoß gaben. Dem entspricht der depressive Charakter. Diese schwere Verstimmung und auch der Mangel an jedem Gesundheitswillen scheinen tiefen, ungeklärten Tribschicksalen auf der Seite der Aggression und der Vernichtungstendenzen zu entspringen. So wie zu viel Libido im Ich verblieben ist, so auch zu viel des Destruktionstriebes, und so wird das Ich zum Gegenstand der Selbstzerstörung. Die Krankheit, der ein längeres Kränkeln vorausgeht, ist ein Ausdruck dieser Tendenz. Eine Patientin vergleicht ihre Einstellung zur Waage, die wöchentlich fixieren soll, ob eine Gewichtszunahme stattfände, damit, daß sie auf dem Schafott hingerichtet würde. Sie fürchtet die Gewichtszunahme und will sie doch gleichzeitig.

Bedeutungsvoll wird die Ambivalenz für den Aufbau der organischen Krankheit. Das Ich verhält sich ambivalent zu beiden Trieben, der Kranke haßt sich und ist ständig mit sich beschäftigt. Er haßt die Krankheit und lebt doch ganz für sie und in ihr. Die Identifizierung mit der Mutter, die überstreng und asketisch fortwirkt, mobilisiert den Aggressionstrieb in Form der Selbstkastration (Entfernung erogener Zoner, vor allem von Brust, Gesäß und Fettpolster) und Krankheitswillen. Die masochistischen Phantasien und Regungen in Assoziationen und Träumen sind nicht nur oral-kannibalistischer Genese, sondern wollen auch die Ergebnisse der Identifizierungsprozesse mit der bösen und verbietenden Mutter wieder nach außen projizieren.

VI.

Nach dem heutigen Stand der Wissenschaft ist eine Entscheidung darüber nicht möglich, ob ein Organsymptom Ursache oder Folge einer Neurose oder Psychose ist. Diese Frage hat zuerst Felix Deutsch aufgeworfen; sie ist wahrscheinlich nur eine vorläufige. Die Biologie kann schon den Nachweis erbringen, daß jede psychische Einwirkung einen gewissen Chemismus in Gang setzt und jeder somatische abnorme Vorgang eine psychische Alteration,

wenn der dagegen vorbereitete dynamisch-ökonomische Schutz versagt. Die psychische Reaktion schützt sozusagen das Organ durch die psychische Erledigung — die organische Krankheit kann vice versa die Psyche vor Krankheit bewahren. Wir halten es für unwahrscheinlich, daß es eine „hypophysäre Psychose“ im eigentlichen Sinne des Wortes gibt. Die Hypophysenänderung mag mit zu den Folgen der Psychose gehören und ihrerseits die Symptome der Psychose steigern und umändern. Ich verweise auf die psychoanalytischen Publikationen von Ferenczi, Hollos, Schilder, vor allem über die progressive Paralyse, ferner auf die von Seiten der psychiatrischen Forschung durch Monakow und auf die von Spielmeyer im „Handbuch der Geisteskrankheiten“ niedergelegten Ergebnisse der anatomischen Erforschung der Psychosen. Diese Frage hat (ich war Schüler Nißls) meine Aufmerksamkeit lange vor dem psychoanalytischen Interesse an diesem Problem beansprucht und meine Beobachtungen an organisch Kranken auch in dieser Richtung beeinflusst. Spielmeyer charakterisiert die Fragestellung in der heutigen anatomischen Forschung u. a. so:

„Man möchte nicht nur wissen, welche Elemente effektorischen und welche rezeptorischen Charakter haben, sondern auch, welche mehr für die psychischen Vorgänge von Bedeutung sind. Man kann hier nicht vorsichtig genug sein, viele von den hier gezogenen Schlüssen sind allein schon erkenntnistheoretisch unhaltbar. Aber immer wieder werden die Autoren durch allerhand normal- und pathologisch-anatomische Befunde zur Beschäftigung mit diesen schwierigen und reizvollen Fragen angeregt. Ich erinnere an Oskar Vogts eingehende Untersuchung des Leninschen Gehirns. Er fand dabei auffallend große Pyramidenzellen in der Hirnrinde. Vogt setzt diesen Befund mit gewissen ungewöhnlichen geistigen Fähigkeiten Lenins in enge Beziehung. Vogt sagt, „daß sich Lenin durch eine besondere Willensstärke und durch die ganze Art seines Denkens von anderen Menschen unterschieden habe. Diese besondere Art des Denkens wird dahin präzisiert, daß sich der Gedankenablauf bei ausgesprochen origineller Gestaltung, vor allem bei einer bewunderungswürdigen Selbstkontrolle seiner Gedanken ungewöhnlich schnell abspielte. Nach unserem bisherigen Wissen mußte man an eine besondere Ausbildung der Zellen der dritten Schicht denken, da die Zellen dieser Schicht vor allem die Verbindung zwischen den verschiedenen Rindenfeldern darstellen. — Es hat sich nun tatsächlich herausgestellt, daß im Leninschen Gehirn die Zellen der dritten Schicht einer großen Reihe von Rindenfeldern eine besondere Größe zeigen.“

Neben der Vergrößerung der Ganglienzellen der dritten Schicht fand Vogt noch eine Zellverringeringung dieser Schicht und eine Verschmälerung der vierten.

Solche Ausdeutung verlangt natürlich eine Auseinandersetzung mit der Erkenntnistheorie. Aber auch rein anatomisch erhöhen sich die Schwierigkeiten der Bewertung solch außergewöhnlicher Verhältnisse durch das Vorkommen ähnlich scheinender Dinge in kranken Gehirnen. Ich habe in meiner Histopathologie ein Bild von einer Purkinjezelle gegeben, die in allen Teilen ausgesprochen vergrößert war; solche Elemente fand ich bei sogenannten Kleinhirnatrophien. Von Nißl weiß ich, daß er in unvollständig degenerierten Thalamuskernen (nach experimenteller Isolierung der Hirnrinde) Ganglienzellen mit abnormer Größe des Zelleibes und der Fortsätze sah. Wir haben in den letzten Jahren vielfach auf solche Bilder geachtet und fanden bei groben Zerstörungen, die besonders im jugendlichen

Alter, mitunter aber auch später auftraten, solche übergroßen Elemente in bestimmten Zellschichten, z. B. sehr häufig in der zweiten Schicht.“

Die Befunde von Monakow bei Schizophrenen, deren Plexus chorioidei ein mehr oder weniger gleichartiges morphologisch-anatomisch-pathologisches Bild aufzeigten, lassen erwarten, daß die Hoffnung, Ergebnisse der anatomischen Psychosenerfassung zu erzielen, nicht unberechtigt ist. Die Untersuchungen über die körperlichen Störungen der inneren Sekretion (Wuth, Speranski, Klienberger u. a.) zeigen aber, daß bisher die Befunde über die Spezifität eines Organdefektes für bestimmte Psychosen umstritten sind, auch die spezifischen Sektionsbefunde von Menschen, die im Endzustand von Psychosen zugrunde gingen. Psychoanalytische Pionierarbeit zur Klärung der Frage der Rückwirkung anatomischer Defekte auf den Ausbruch seelischer Störungen verdanken wir Ferenczi, auch die Publikation Alkans über die anatomischen Organkrankheiten aus seelischer Ursache zeigt einen originellen Weg der Erfassung. Ferenczi ging bei seiner Pathoneurose von der Beobachtung der Wirkung beim traumatischen Verlust der Geschlechtsorgane und der Potenz aus. Er formulierte die drei Bedingungen zum Entstehen der Pathoneurose: Es muß ein lebenswichtiges Organ verletzt sein, es muß besonders libidinös betont sein und das Individuum besonders narzißtisch. Besonders instruktiv sind die Ergebnisse der klinischen Untersuchungen V. von Weizsäckers („Körpergeschehen und Neurose“), vor allem der Abschnitt über die Deutung der Angina als Krankheitsprozeß und über die Rolle der Bisexualität und der paranoiden Projektion in der Symptombildung.

VII.

Wir haben im Anschluß an den Begriff einer „Organ-Psychose“ auch die Frage der seelischen Behandlung solcher organ-psychotischer Leiden aufge-
rollt und überprüft, wieweit das Psychische im Ich der Kranken auch die organischen Vorgänge krank sein läßt. Wir kamen zur Annahme, daß bei einzelnen Organkranken, vor allem einzelnen Magersüchtigen, das Ich dieser Persönlichkeiten primär gestört ist.

Zwischen der Arbeit Ferenczis und der unseren scheint zunächst ein Gegensatz zu bestehen; Ferenczi zeigt und erklärt das psychische Erkranken im Anschluß und als Folge organischer schwerer Schädigung, wir wollen die Annahme einer Organkrankheit als Ausdruck der Ich-Krankheit wahrscheinlich machen. Im Grunde ist aber nur das klinische Material bei den Pathoneurosen und den Organpsychosen ein anderes, unsere Grundauffassung ist die gleiche wie die von Ferenczi und mittelbar wie die von Freud. Es ist die Auffassung, daß dauernd abnorme Besetzung oder übermäßig abnorme auch von kürzerer Dauer das dieselbe tragende Organ oder System zur Krankheit nicht nur disponieren, sondern auch krank machen können, obwohl die exogene Inanspruchnahme nicht die Grenzen der Norm überschritten hat; die

exogene Inanspruchnahme selbst macht — hauptsächlich auch durch die provozierte Besetzungsänderung — subjektiv krank. Diese Auffassung durchzuführen ist eine Fortsetzung und Anwendung des dynamisch-ökonomischen Gesichtspunktes Freuds in metapsychologischer Hinsicht und seiner Auffassung der Aktualneurose im klinischen Arbeiten. Freud hat bereits die Hypochondrie als Aktualneurose bezeichnet und dadurch unserem Verständnis zugänglich gemacht und auch allmählich unserer Therapie: denn die Psychoanalyse heilt, ganz allgemein ausgedrückt, durch Beeinflussung der Besetzungen.

Mit Regressionen sind Schädigungen der Organe und Organsysteme verbunden. Es bleibt eine schwere Aufgabe, zu entscheiden, wieweit die Regression Folge oder Ursache der organischen Krankheit ist. Die Organe sind auch Träger der psychotischen Besetzungsänderung. Ihre Funktion ist qualitativ geändert, sie kann ausfallen oder mit der entsprechenden Funktion auf eine verlassene Stufe regredieren. Auch die gebräuchlichen Diagnosen Hysterie und Neurasthenie bedeuten nach diesem Gesichtspunkt nicht mehr einheitlich eine bloß neurotische Erkrankung, was die Klinik bestätigen kann. Die klinische Hysterie und Neurasthenie enthalten auch psychotische Elemente. Wir vermuten, daß die pathologischen Besetzungsänderungen nicht nur zu gestörten Funktionen, sondern auch zu Schäden der Substanz von Organen führen. Der Gesichtspunkt der Organpsychose läßt tiefere Antriebe zur Prägung eines Symptoms annehmen und eher verstehen, daß bei Neurosen und Psychosen die Symptome phänomenologisch gleich sein können. Als Beispiel ihrer Verschiedenheit sei die im Verlauf der Magersucht beobachtete Veränderung der Menstruation angeführt. Sie steht in Parallele zu verwandten Vorgängen in der Melancholie und der Schizophrenie. Das stille und schmerzfreie Sistieren der Menses auf Monate und Jahre weist mehr auf die Psychose mit ihrer narzißtischen Regression hin, als auf eine neurotische Störung. Die vegetative Drosselung erinnert stärker an Selbstvernichtung und Todestrieb, als es neurotische Störungen tun. Zur Neurose gehören hingegen mehr die Schmerzen verschiedenster Art, Unregelmäßigkeit der Menses, Frigidität und Störungen des Orgasmus. Gerade daß eine Enthemmung teils undifferenzierter, teils prägenitaler Partialtriebe durch Regression in ganz frühe Phasen geschieht, erlaubt bei bestimmten psychogenen Organstörungen einen organpsychotischen Prozeß anzunehmen.

Wir wissen, daß das Ich erkranken kann, wenn die Versagung in der Außenwelt unerträglich wird und auch andere Abwehrmittel nicht ausreichen oder fehlen. Bei Organkrankheit oder Organdefekt kann aber auch das Ich erkranken, weil die Organstörung die Befriedigung an der Außenwelt verhindert. Gibt es Organsysteme, die spezifisch vom Ich bei bestimmten Psychosen gestört oder anatomisch geschädigt werden? Die Magersucht ging in Heilung über, ohne daß der intermediäre Stoffwechsel in Ordnung kam, das Ich gab

seine Störung auf. Hätte eine längere und tiefere Analyse den intermediären Stoffwechsel zur Norm geführt? Gibt es vielleicht Nachwirkungen bei Ich-Störungen, d. h. Affekt-Erschöpfungszuständen, die erst nach Jahren als Disposition oder als Erkrankung von Organen zutage treten, als eine Sekundärwirkung davon, daß das Ich nicht mehr gut synthetisch arbeiten kann? Es wäre möglich, daß Ich-Störungen je nach dem betroffenen spezifischen Ich-Teil bestimmte Organ- oder Organsystemstörungen einleiten. An der Organpsychose ist auch die Beziehung zwischen Genitale und Ich einer klinischen Überprüfung zugänglich und ihre Beteiligung bei der Neurosenwahl, vielleicht auch bei der Entscheidung der Wahl der Haut, Innenhaut, erogenen Zonen, Magen-Darmtrakt usw.

Zum Schluß sei ein Gesichtspunkt hervorgehoben: Es ist die Immunisierung durch die Frühneurosen.

Wir übersehen noch nicht die immunisierende Wirkung der Frühneurose gegen eine drohende spätere Psychose. Vorläufig hatten wir den Eindruck, daß bei Organpsychotikern typische kinderneurotische Störungen in der Anamnese auffallend spärlich sind. Es könnte sein, daß man später auf Grund eingehender klinischer Beobachtungen feststellt, daß die Neurose bereits ein Heilungsversuch ist, der das sich organisierende Ich zu späterer Abwehr gegenüber der Psychose befähigt.

Melanie Klein hat in ihrer Kinderanalyse das Verdienst erworben, als erster analytischer Forscher die Psychose von Kindern unter 4 Jahren analytisch beschrieben zu haben. Wir wissen noch nicht, wann der Psychosenkeim gelegt wird oder eine bei der Geburt schon vorbereitete Psychose durch neurotische Immunisierung aufgehalten oder „vernichtet“ werden kann. Untersuchungen hierüber müßten unter Berücksichtigung der „Organpsychose“ fortgesetzt werden.

Beiträge zu einer Psychopathologie des Traumes

Von

Eduard Hitschmann

Wien

„Es ist wohl kein Zweifel“, sagt Freud in der „Traumdeutung“, „daß eines Tages neben der Psychologie des Traumes eine Psychopathologie des Traumes die Ärzte beschäftigen wird.“

Schon elf Jahre nach Erscheinen der „Traumdeutung“, im Vorwort der dritten Auflage, konstatiert Freud: „Die Deutung der Träume sollte ein Hilfsmittel werden, um die psychologische Analyse der Neurose zu ermöglichen; seither hat das vertiefte Verständnis der Neurosen auf die Auffassung des Traumes zurückgewirkt.“

Nun sind mehr als drei Jahrzehnte vergangen und es lohnt wohl der Mühe, die Aussichten für die Darstellung einer Psychopathologie des Traumes zu betrachten, einer Lehre von den Träumen der Kranken.

Unter der „Psychopathologie des Traumes“ kann man nicht die Lehre vom krankhaften Traum verstehen. Denn in gewissem Sinn sind alle Träume ein pathologisches Produkt, „das erste Glied in der Reihe abnormer psychischer Gebilde, von deren weiteren Gliedern die hysterische Phobie, die Zwangs- und die Wahnvorstellung“ den Arzt beschäftigen. Bei dem allmählichen Übergang vom gesunden Seelischen ins krankhafte Seelische ist es nicht wahrscheinlich, daß ein einzelner Traum als krankhaft bezeichnet werden kann. Gewiß sind überlebhaft, überreichliche Träume, Träume, welche ihren Zweck, den Schlaf zu hüten, verfehlen und den Schlafenden aufwecken, bei Neurotikern häufiger; aber unter ungewöhnlichen Umständen sind sie auch beim Gesunden möglich. Angstträume kann man erzeugen, wenn man einem Gesunden im Schlaf die Herzgegend belastet. Selbst ein perverser Traum wird sich mit tatsächlicher Gesundheit verbinden können; Verdrängtes, das nur im Schlaf sich verrät, ist mit Erfolg verdrängt: „Der Tugendhafte begnügt sich von dem zu träumen, was der Böse im Leben tut“ (Plato).

Wie wir sehen werden, ist erst die Wiederholung gewisser Träume, ihre Häufung, ihre Veränderung gegen früher, Zeichen einer gewissen Charakterveranlagung oder einer Erkrankung.

Es wird weiterer Untersuchungen bedürfen, festzustellen, ob es „pathognomonische Träume“ im engeren Sinne gibt; ich verweise hierzu auch auf meine weiteren Ausführungen.

Inwieweit verfügen wir nach langen Jahren medizinischer Erfahrung über ein sicheres Wissen von Gesetzmäßigkeiten der Träume bei bestimmten Neurosen oder Charakteren? Was wissen wir über Änderungen der Träume während einer Analyse? Hat die Theorie der Neurosen durch die

Traumdeutung Erweiterung oder Bestätigung erfahren? Hat die Erfahrung an Krankenträumen die Deutbarkeit der Träume gefördert, z. B. die der sogenannten typischen Träume? Hat eine Untersuchung, die Freud seinerzeit als sehr dankenswert bezeichnet hat,¹ stattgefunden: nämlich über die Tatsache der häufigen Wiederkehr des gleichen manifesten Traum-inhaltes bei verschiedenen Träumern? (Gemeint sind die Träume vom Gehen durch enge Gassen, vom Gehen durch eine ganze Flucht von Zimmern, die Träume vom nächtlichen Räuber... die von Verfolgung durch wilde Tiere... oder von Bedrohung mit Messern, Dolchen, Lanzen, die beide letztere für den manifesten Trauminhalt von an Angst Leidenden charakteristisch sind u. dgl.)

Gerade die zuletzt genannten, so häufigen Träume vom Verfolgtwerden durch Räuber oder wilde Tiere, von mit Messern oder Lanzen usw. Bewaffneten sind ein alltägliches Objekt der Deutung in der psychoanalytischen Behandlung: sie sind längst erkannt als der Ausdruck unterdrückter passiver Wünsche, der Überwältigungswünsche von Frauen und Homosexuellen. Daß feminin-masochistische Wunschregungen dabei eine große Rolle spielen, steht fest. Die Träume des kindlichen Pavor nocturnus bedeuten auch direkt Kastrationsangst. Es handelt sich hier um Urregungen des bisexuell veranlagten Menschen, daher denn die Träume, als vereinzelt, allgemein menschlich sein mögen. Aber gehäuft, wiederholt werden sie zum Neurosymptom, zum Zeichen der Angsthysterie und Angstneurose des weiblichen und der passiven Homosexualität des männlichen Träumers.

Wir begegnen hier zum erstenmal der Feststellung, daß bestimmte Träume in den Analysen mehrmals gefunden werden; Träume, die jedermann in Phasen seiner Entwicklung gehabt haben kann, werden zum Zeichen eines bestimmten Charakters, einer bestimmten Veranlagung oder Krankheit, wenn sie oft und oft geträumt werden. Die Frage an den Träumer, ob er Träume habe, die sich seit seiner Kindheit oder durch lange Jahre wiederholen, scheint mir daher berechtigt.

Ich konnte in der Verfolgung solcher Beobachtung wiederkehrender Träume feststellen, daß wiederholte Träume der Nacktheit oder unvollständiger Kleidung für die Befangenheitsneurosen (Errötungsangst), wiederkehrende Prüfungsträume für Impotenz und Frigidität, solche vom Tode naher Verwandter für Zwangscharaktere und Zwangsneurosen, aber auch für gewisse Formen von Phobien (Angst aus unbewußtem Schuldgefühl wegen Aggression) charakteristisch sind. Der masochistische Charakter (moralische Masochismus) zeigt ganze Serien von Träumen des Mißlingens, odysseeartiger Ketten ausgesuchter Schwierigkeiten, Blamagen, Hindernisse, Erniedrigungen usw. im manifesten Trauminhalt. Es liegt nahe, für einen

1) „Die Traumdeutung“, 5. Aufl., S. 269.

Teil derselben Selbstbestrafungen anzunehmen; Alexander brachte den Nachweis dafür.²

Die tiefere Analyse solcher „Pech“-Träumer ergibt mir allerdings, daß sie in der Kindheit auch des erogenen Masochismus fähig waren.

Diesem Thema der Unlustträume sind in Freuds Traumdeutung schon manche Bemerkungen gewidmet. Wenn die peinlichen Vorstellungen, mehr oder weniger verändert, aber doch gut kenntlich in den manifesten Trauminhalt gelangen, werde ein Zweifel an der Wunschtheorie des Traumes geweckt: „der Fall“, sagt Freud, „bedarf weiterer Untersuchung.“³

Sollte nicht Leidenslust des Es, Angstlust, Lust an Zwangssituation und Spannungsschmerz, Demutneigung, Bekenntnis zur eigenen Schwäche (Kastriertheit) im Traum sich durchsetzen — als Ausdruck von triebhaftem Masochismus!?

Die psychopathologische Betrachtung der Träume regt zu vielen Bearbeitungen unfertiger Probleme an.

Bekanntlich versagt unsere Traumdeutungskunst gerade bei den „typischen Träumen“ in gewissem Grade; die Einfälle des Träumers pflegen auszubleiben oder sie werden unklar und unzureichend. „Man muß sich das bessere Verständnis solcher Träume“, sagt Freud, „aus einer größeren Reihe von Beispielen zusammentragen.“

Wir konnten gerade hier durch die Beobachtung solcher wiederkehrender Träume — wenn auch nicht solcher im engsten Sinn typischer —, so von Nacktheitsträumen, von Träumen vom Tode naher Verwandter, Prüfungsträumen u. a. und ihrem Vorkommen bei bestimmten Neurosen einen Zusammenhang als gesetzmäßig konstatieren, der natürlich für die Pathogenese und die seelische Einstellung der Betroffenen Bedeutsames aussagt.

Die gleiche Wiederkehr auch nur des manifesten Traum Inhaltes weist selbst ohne jedesmalige Traumanalyse Wichtiges nach. Die Befangenheit als Charakter oder als Neurose hängt in erster Linie mit Schautrieb und Exhibition, weiters mit dem Kastrationskomplex innigst zusammen. Als Musterbeispiel diene die erste Einsicht in folgenden Fall:

Ein 33jähriger lediger Mann kam wegen peinlichster Befangenheitszustände in Amt und Gesellschaft in Behandlung; als Knabe hatte er sehr unter Erröten gelitten. Er gab alsbald an, häufig den folgenden Traum zu haben: „*Ich bin in Gesellschaft und sehe plötzlich, daß ich nur im Hemd bin; alle anderen sind normal angekleidet oder gar im Smoking. Ich bin sehr verwundert und peinlich berührt.*“ Auch träume er öfters, daß er seinen Penis in der Hand habe, wie abgebrochen; er setzt ihn dann wieder an seinen Ort an und ist beruhigt, daß wieder alles in Ordnung ist.

Die Genese des Schuldgefühles aus Aggression, besonders aus Todeswünschen,

2) „Träume mit peinlichem Inhalt“, Int. Zeitschr. f. Psa., XVI, 1930.

3) a. a. O., S. 414.

und sein Zusammenhang mit Zwang und Angst wird durch die Träume vom Tode Verwandter sozusagen en gros bestätigt. Denn die Klarlegung des latenten Sinnes dieser Träume verdanken wir ja Freud.

Daß die Prüfung, die der Prüfungstraum meint, zumeist nichts anderes ist als die Prüfung der Potenz (Stekel), ergibt sich aus den wiederholten Prüfungsträumen der Impotenten mit Sicherheit.

Auch das Wissen um die Symbolik wird durch solche Beobachtungen bestimmter Träume im Zusammenhang mit Neurosen gesichert. So ist es z. B. der Zahnreiztraum, mit Zahnverlust im Traum, dessen Deutung als Kastrationstraum sich so aufdrängt, daß sie eine andere kaum zuläßt. Für Abrahams Ansicht,⁴ er bedeute einen Todeswunsch gegenüber einem Nahestehenden, kann ich nicht eintreten. Auch bei Psychosen bedeutet das Zahnreizmotiv in Träumen die Kastration;⁵ Analoges ließ sich in Phantasien eines Dichters nachweisen.⁶

Hier wird noch zu differenzieren sein zwischen Träumen, die speziell die beiden oberen mittleren Schneidezähne betreffen, welche vor allem als Symbol des Genitales zu gelten haben,⁷ und Träumen vom Verlieren anderer Zähne, ferner dem Traume, in dem der Zahn von einem Anderen entfernt wird, oder vom gleichzeitigen Verlust aller Zähne usw.

Ich fahre hier fort über Zahnverlustträume zu berichten und bin mir bewußt, gegen den strengen Geist der Traumdeutung zu verstoßen, wenn ich so oft nur das manifeste Traumbild ohne den latenten Inhalt anführe; denn jener fordert, daß wir uns um den manifesten Traum „möglichst wenig kümmern“ (Freud). Teilweise glaube ich das Recht dazu zu haben, indem ich hier für geübte Analytiker schreibe; teilweise gibt mir auch Freud das Recht dazu, der in seinem Aufsatz „Die Handhabung der Traumdeutung in der Psychoanalyse“⁸ meint: „Ein besonders geschickter Traumdeuter kann sich etwa in der Lage befinden, daß er jeden Traum des Patienten durchschaut, ohne diesen zur mühsamen und zeitraubenden Bearbeitung des Traumes anhalten zu müssen.“

Ich berichte zuerst den Traum einer Patientin, die in intimer Beziehung zu dem Manne steht, den sie bald zu heiraten gedenkt:

„Ich sollte mit meiner Cousine ein Unternehmen gründen, wozu nötig war, daß wir gute und schöne Zähne haben. Ich hatte solche und besah sie im Spiegel. Meine Cousine

4) „Entwicklungsgeschichte der Libido“, S. 86. Int. psa. Verlag, Wien, 1924.

5) N. Šugar, „Die Rolle des ‚Zahnreiz‘-Motivs bei Psychosen“, Int. Zeitschr. f. Psa., XII, 1926.

6) Hitschmann, „Ein Gespenst aus der Kindheit Knut Hamsuns“, Int. psa. Verlag, 1926.

7) Vgl. die Pubertätsriten gewisser primitiver Völker.

8) Ges. Schr., Bd. VI. — Nunmehr, 12 Jahre später, muß der Traumdeuter vielleicht gar nicht mehr „besonders geschickt“ dazu sein!

*) Bemerkung über Freud's Traumdeutung: Ich würde sagen, daß man viel die „typische“ Träume klarlegen sollte als die manifesten Träume = Bilder, die ich eben hier dargestellt habe.

(Forsyth)

aber hatte die zwei oberen mittleren Schneidezähne abgebrochen, die anderen Zähne wackelten und waren klein wie Mäusezähne. Ich war enttäuscht wegen des Unternehmens und die Cousine tat mir leid. Wir berieten mit meinem Bräutigam. Dann war ich lange mit ihm allein beisammen. Er lag nackt auf dem Divan. Ich sollte mit seinem männlichen Organ spielen und er erwies sich sehr erregbar und kraftvoll.“

Die Patientin berichtet dazu, daß sie mit dieser Cousine oft gleichgeschlechtlichen Verkehr gehabt habe und sie demnächst treffen solle. Vor dem Einschlafen habe sie sich vorgenommen, jetzt wegen ihres Bräutigams sich nicht mehr der Cousine sexuell zu nähern; auch dachte sie daran, daß die Cousine sehr viel onaniert, überhaupt sich vieles erlaubt habe. Zu den Zähnen bringt sie keine Einfälle. Nur erwähnt sie, daß sie seit der Pubertät oft geträumt habe, sie habe alle ihre Zähne verloren, respektive fürchte sie zu verlieren.

Die zwingende Deutung besagt, daß das Genitale der Cousine zerstört ist und die Patientin das nicht kastrierte des Bräutigams vorzieht. Es ist interessant, daß hier die Defekte der oberen zwei Schneidezähne als Symbol für die Kastration an einem weiblichen Genitale verwendet sind. Ob die Patientin, die auch unter Selbstvorwürfen onaniert hat, mit dem Verlust aller Zähne eine Geschädigtheit ihres Genitales meint, bleibe dahingestellt.

Ich lasse nun einen Traum eines 21jährigen Mannes folgen, der an Impotenz und Errötungsangst, Blut- und Operationsscheu litt; sein lebhafter Kastrationskomplex verriet sich auch durch Syphilidophobie.

1. „Ein Jäger oder ich selbst war beschuldigt, einen weiblichen tragenden Hasen gegen das Verbot geschossen zu haben. Das Fell lag vor; das Geschlechtsorgan war herausgeschnitten, die oberen Vorderzähne waren herausgeschossen, hingen aber noch zwischen Kiefer und Oberlippe. An ihnen wollte der Ankläger beweisen, daß es ein weibliches Tier gewesen sei. Der Jäger wurde zum Abhauen von Hand oder Fuß verurteilt . . .“

Der Ankläger, so erklärte der Träumer, sei sein strenger ungerechter Vater, der Jäger der Patient selbst. Der Vater verbot ihm die Onanie und alles Sexuelle. Die Schußverletzung am Hasen ist auch wie ein verbotenes Tun an einem weiblichen Wesen. „Der Vater hatte oben ein künstliches Gebiß, das mir großen Eindruck machte, so daß ich mir auch eines wünschte; ich probierte seines im Munde. Als mir, ich war 11 Jahre, ein Mädchen erzählte, sie habe oben zwei falsche Schneidezähne, erregte mich dies sexuell, besonders als sie diesen Defekt entblöste. Auch andere Körperdefekte an Frauen erregen mich, so z. B. ein amputiertes Bein. Ich selbst habe die mittleren oberen Schneidezähne schief stehen, weswegen ich mich sehr schäme.“

Es folge nun ein zweiter Traum desselben Patienten; es ist ein (atypischer) Prüfungs- und Nacktheitstraum, wie wir ihn bei einem impotenten Erröter erwarten:

2. „Ich werde in der Mittelschule geprüft. Meine Braut ist unter den Zuhörern. Der Professor prüft Latein. ‚Potentia connubii‘ und ‚Bateria dentium‘ heißen die beiden Stellen. — ‚Der Knabe soll achtgeben auf die Batterie der Zähne!‘ Ich las fehlerhaft und wurde getadelt. Zur Rüge aufstehend, hatte ich das Gefühl, aus dem Bette entblößt aufzustehen. Ich schämte mich vor der Braut.“

Dieser Prüfungsraum mit Versagen, noch dazu vor einem Mädchen, betrifft die Potenz in der Ehe und zeigt die unzerstörte Zahnreihe als Ideal.

Was die Zahnträume von Frauen anlangt, so ist mir aufgefallen, daß sie bei frigiden Frauen häufig sind, und zwar bei dem Typus, den schon Abraham in seiner klassischen Arbeit über den Kastrationskomplex der Frauen⁹ beschrieben hat, und von dem wir Beispiele in unserem Buch „Die Geschlechtskälte der Frau“¹⁰ bringen. Es seien zunächst zwei Träume angeführt, die auch die Veränderung der Stellung der Analysierten zum Peniswunsch im Verlaufe der Analyse zeigen.

1. Traum: „Ich und Tante und noch jemand beobachten meine Zähne mit Spiegeln. Der Mund ist viel größer, meine Zähne sind größer als bei einem Mann, mit vielen Goldplomben und einer Brücke. Ich bin stolz auf dieses Gebiß, das ich von allen Seiten sehe.“

2. Traum: „Ich bin beim Zahnarzt wegen Plombieren. Er zog aber 4 bis 5 untere Zähne. Ich bin erschrocken, wehre mich, sehe auf: der Arzt ist mein Analytiker.“

Im Traum dieser späteren Phase ist die Kastration, das resignierende Aufgeben der Männlichkeit — im Sinne der Analyse — im Werden.

Der Deutung von Träumen, wo alle Zähne auf einmal herausgegriffen werden oder herausfallen, bin ich nicht sicher; auch sie scheinen mir bei frigiden Frauen häufiger vorzukommen. Z. B.:

„Meine Zähne zerfallen wie Sand in der in den Mund hineingreifenden Hand. Der Mund zeigt den roten Gaumen nur mit Zahnbröckeln.“

Man möge aber bedenken, daß bei diesen Frauen die Entwicklung der Libido vom Oralen zum Vaginalen sozusagen unfertig geblieben ist; es wäre naheliegend, im Zahnverlust die Darstellung des Werdens der gewünschten fühlenden und saugenden Vagina — als „zahnlosen Mund“ zu sehen. Dieser Vermutung Entsprechendes wurde bereits geäußert:

In einem auf einem Einfall beruhenden „Erklärungsversuch des Zahnreiztraumes“ vermutet Antonie Rhan,¹¹ derartige Träume seien bei kleinen Kindern eine Erinnerung an die zahnlose Zeit des ersten Daumenlutschens und brächten den Wunsch der Zahnlosigkeit, um noch später lutschen zu können, respektive vom Zähnewachsen keine Schmerzen zu haben: „Die Mundöffnung muß zahnlos werden, um den Finger ungeschädigt zu beherbergen.“

9) Int. Zeitschr. f. Psa., VII, 1921.

10) Hitschmann u. Bergler, 1933, Verlag „Ars medici“, Wien.

11) Int. Zeitschr. f. Psa., XVIII, 1932.

Die weitere Untersuchung der Träume bestimmter Krankheitsbilder wird sicherlich wertvolle Resultate erbringen, wenn die Deutung, nach allen Regeln der Kunst vorgenommen, auch vergleichend betrachtet werden wird.

Es lassen sich aber schon jetzt — dank den Entdeckungen Freuds — manchmal die zu bestimmten Neurosen gehörigen, unsere pathogenetischen Theorien beweisenden Träume mit Gesetzmäßigkeit aufzeigen. Zweifellos war Freud von den Traumbefunden geleitet, als er seine Neurosenlehre ausarbeitete.

Wenn die Theorie der hysterischen Eßstörung und des hysterischen Erbrechen besagt: Es sind verdrängte Fellatiowünsche, welche diesen Zuständen zugrunde liegen, so müssen wohl im Laufe der Analyse diese verdrängten Regungen sich im Traum verraten. Dieser ist dann auch, gedeutet, eines der Mittel, um dem Kranken Unbewußtes bewußt werden und ihn die Genese seines Leidens verstehen zu lassen. Kommt bei an die frühe Erogenität der Lippenzone Fixierten die Verdrängung hinzu, so werden sie Ekel vor dem Essen empfinden und hysterisches Erbrechen produzieren, sagt die Theorie; kraft der Gemeinsamkeit der Lippenzone wird die Verdrängung auf den Nahrungstrieb übergreifen.

Es ist wertvoll, ehe wir die Träume solcher Fälle an uns vorüberziehen lassen, uns einmal zu überlegen, was unser Wissen vom Traum und seiner Symbolik uns denn lehrt. Wie sieht, theoretisch betrachtet, der Traum einer verdrängten Fellatiophantasia wohl aus?

Offenbar wird der Penis nur in symbolischer Verhüllung in Erscheinung treten, also als Schlange oder als länglicher Gegenstand. Sicherlich werden, da es sich ums In-den-Mund-nehmen handelt, in der Symbolik länglich geformte Eßwaren, etwa Gurken oder Würstel, der Hals eines Huhnes, ein Fisch bevorzugt sein. Das wirklich Charakteristische an dem Traum — das ihn von bloßen Träumen von phallischem Interesse (Schaulust) oder, bei Verdrängung, von Angstträumen über den Phallus, unterscheidet — werden Ekelgefühle sein.

Ich führe nun eine Reihe solcher Träume weiblicher Patienten an.

1. Traum: „*Ich komme nach Hause; im Speisezimmer steht ein geschlossener Korb, von dem mir das Stubenmädchen sagt: die gnädige Frau hat etwas zum Essen gekauft. Ich sehe Krebse und Schlangen darin, werfe den Deckel zu und laufe geängstigt weg. — Plötzlich bin ich draußen und sitze mit Otto, der mich fortwährend küßt, auf einer Bank; die Leute schauen aus den Fenstern auf uns, und da er nicht aufhört zu küssen, sage ich, ich müsse nach Hause, etwas Wichtiges tun. Zu Hause finde ich die Schlangen aus dem Korb gekrochen, im ganzen Zimmer verteilt: ein greulicher Anblick. Ich verlange ein Messer und beginne, die Schlangen in Stücke zu schneiden, habe große Angst. Damit es schneller geht, verlange ich eine Hacke und zerstückle sie unter furchtbarem Ekel.*“ Dabei erwache ich und der Ekel dauert den ganzen Tag an.

2. Traum: „Ich bin zu Hause bei den Eltern, gehe vors Haus und sehe mich vor einem Verkaufsstand, wo ich Gurken kaufen will. Ich bin bereit, sie zu kaufen, sehe aber plötzlich, daß da ein Kübel steht, Teller werden gewaschen und es kommt mir vor, als ob die Verkäuferin ihre Füße in dem Kübel wäscht und ich verzichte auf die Gurken.“¹² Ganz offensichtlich aus Ekel.

3. Traum: „Ich wollte eine Speise essen, sie lag vor mir. Gabel und Messer staken darin, in dem Klumpen. Ich wußte, es sei ein männliches Glied.“

4. Traum: „Ich sah auf einem Tisch den enthäuteten langen Hals eines Huhnes liegen. Er lebte, sollte abgeschnitten werden. Ich riet, mit einem Messerstiel den Kopf zu schlagen. Es war abscheulich, ich hatte großen Ekel.“

5. Traum: „Ich liege im Bett, die Mutter leckt mein Hemd unten innen ab. Ich war befremdet und fragte mich: Wieso tut man so etwas? Ich sah dann den ehemaligen Freund der Mutter, der zugesehen hatte, schmatzend ein Butterbrot essen. Ich wußte, daß auch die Mutter mit Appetit isst und war erstaunt, daß man nach so etwas mit solchem Appetit essen kann.“

Zu Traum 3—5, die von einer jungen Frau mit Globusgefühlen, nervösem Erbrechen und Frigidität stammen, sei hervorgehoben, daß sie als Kind lebhaft die Zunge lutschte, leidenschaftliche Küsse mit der Mutter tauschte (man mußte sie trennen!). Sie war in der Ehe mit einem einfachen Manne frigid und unglücklich, hatte einen Flirt mit einem Professor, mit dem sie Zungenküsse tauschte. Sie erfuhr von einer Freundin, daß deren Freund vorher mit der Mutter der Pat. gleichfalls eine Beziehung mit Fellatio unterhalten habe. Phantasien darüber, z. T. auch homosexuelle, bilden hier die Grundlage der hysterischen Eßstörung.

Ich weise auch auf meine kasuistische Publikation „Über eine im Traume angekündigte Reminiszenz an ein sexuelles Jugenderlebnis“ hin;¹³ auch diese Patientin litt an hysterischem Erbrechen durch unbewußte Fellatio-Phantasien.

Die angeführten Träume sind alle für einen geschulten Psychoanalytiker durchschaubar.

Vermutlich wäre es unvorsichtig, diese Träume als absolut pathognomonisch für hysterisches Erbrechen zu bezeichnen. Gewisse Typen frigider Frauen, und zwar solcher mit Penisneid, zeigen auch starke Fixierung an frühe Oralität und leiden nicht selten an leichten Eßstörungen. Träume, in denen sie dem Liebespartner den Penis abbeißen oder einen symbolischen Ersatz, finden sich wiederholt; auch ohne jeden Ekel.

Ich bringe nun zwei Träume eines solchen Falles von Frigidität, bei dem Eßstörung keine große Rolle spielte; in anderen Fällen hören wir jedoch: die Frau könne seit der Ehe nicht gut essen.¹⁴

12) Aus „Beitrag zur Oralerotik“ von Dr. Salomea Kempner, Int. Zeitschr. f. Psa., XI, 1925.

13) Int. Zeitschr. f. Psa. V, 1919.

14) Vgl. in „Die Geschlechtskälte der Frau“.

1. Traum: „Ich war in einem Kino, es ging wüst zu und wurde auch ungenügend bekleidet getanzt. Auch jener junge Mann war da, der mir vor Jahren Fellatio zugemutet hatte. Ich ging dann mit einem Manne viele Stiegen hinauf. Ich kaufte dann kleine Gurken; aber in jeder, die ich anbiß, war ein Wurm.“

2. Traum: „Ich lag mit einem jungen Liebespaar im Bett; der Mann befriedigte uns beide, aber ich war eifersüchtig auf die andere. Dann waren zwei Paar Würstel da; eines hatte ein abgeissenes Ende oder es war abgebrochen. Dieses gehörte mir, das andere der Freundin. Erst nach dem Koitus fehlte das Stückchen von meinem Würstel!“

Der letzte Traum beschäftigt sich deutlich mit dem Kastrationskomplex. Wir können auch hier in anderer Art vorgehen und — nachdem wir die Entstehung dieses Typus von Frigidität aus Penisneid und Peniswunsch, also aus dem Männlichkeitswunsch und Ablehnung der weiblichen Rolle im Liebesverkehr verstehen — konstatieren, welche Träume wir für diese Fälle denn erwarten müssen. Wir lassen dazu unsere Erfahrungen vorübergehend außer acht. Es ist zu erwarten, daß diese Frauen sich im Besitz eines Penis träumen, oder träumen, daß sie dem Mann das Glied rauben, abbeißen. Sie träumen sich auch als Incuba, wollen sie doch die männliche Position einnehmen. Bei symbolischer Darstellung werden sie reiten, Hosen anhaben; sie dringen in Identifizierung mit Männern in Häuser ein, haben Stiegenträume u. dgl.

Auch in männlich-homosexueller Situation werden sie anzutreffen sein.

Die tiefste weibliche Phantasie vom Überwältigtwerden (durch den Vater) wird als Angsttraum vorkommen. Die unter der Behandlung zunehmende Passivität der Wünsche wird in Angstträumen zunehmend zutage treten. Die Zahnträume haben wir schon abgehandelt. Träume vom Steckenbleiben auf Leiter oder enger Stiege, vom Nicht-hinunter-Können, werden solange auftreten, als die Detumeszenz, der Orgasmus noch fehlt. Dazu Träume vom Kinderwunsch statt Peniswunsch und endlich, der Behandlung entsprechend, Übertragungsträume.

Freud hat in letzter Zeit¹⁵ uns noch hinzufügen gelehrt, daß Frauen, die den Wunsch, ein Mann zu sein, nicht überwunden haben, häufig von Brücken träumen, die zu kurz sind, um das andere Ufer zu erreichen. Unter den gleichen Vorbedingungen ist mir eine Phobie analogen Inhalts begegnet.

Wir müssen in diesem Sinne von einer Statistik der manifesten Inhalte durchschaubarer Träume sprechen. Das enthebt den Analytiker nicht der Arbeit, eine Deutung durchzuführen und sich, der therapeutischen Widerstandstechnik entsprechend, mit dem Stande der Übertragung und des jeweiligen Widerstandes zu beschäftigen. Die geduldigen, tieferen Deutungen bleiben für die Therapie und für weitere wissenschaftliche For-

15) „Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse.“ Ges. Schr., Bd. 12. Int. Zeitschrift f. Psychoanalyse, XX/4

schung unentbehrlich. Sie bringen die notwendigen individuellen Details der Pathogenese des Falles und dienen dazu, den Patienten durch neues Beweismaterial zu überzeugen, ihm Unbewußtes bewußt zu machen.

Mit solchen statistischen Feststellungen hat sich aber bisher kein Analytiker abgegeben; hingegen liegt von Professor Ernst Kretschmer eine solche Arbeit vor, die aber psychoanalytischer Gesichtspunkte fast ganz entbehrt: „Das Ressentiment im Traum.“¹⁶

Der Autor geht von der Frage aus, ob denn der Psychopathologe berechtigt sei, die Träume der Patienten zu ihrer Beurteilung beiseite zu lassen, und beantwortet sie vielversprechend dahin, „daß es den Grundsätzen einer soliden wissenschaftlichen und ärztlichen Urteilsbildung widerspreche, ein so umfangreiches Stück Erfahrungsmaterial wie die Träume einfach wegzulassen“.

Da aber der Autor die psychoanalytische Traumdeutung ganz ignoriert, sind seine Resultate wenig bedeutsam. Außer der Frage: Wie oft kommen bestimmte Gruppen von Traumbildern mit bestimmten Gruppen von Neurosen zusammen vor?, wird noch die Frage aufgerollt, ob es naheliegende sinnvolle gedankliche Zusammenhänge zwischen Trauminhalt und konkreter seelischer Wachsituation gebe.

Unter Vernachlässigung der psychoanalytischen Traumsymbolik werden die manifesten Traumbilder von „Ressentiment“menschen betrachtet und die Frage aufgeworfen, ob typische Ressentimentssymbole im Traume vorkommen.

Das Resultat lautet: „Diejenigen Neurosen, die sich auf Lebensangst, Selbstwertunsicherheit und Ressentiment aufbauen, neigen in ihren Träumen zu gewissen typischen Symbolbildungen, die etwa in folgender Richtung liegen: Das Leben erscheint darin bildhaft als fortlaufende Bewegung, als Lebenslauf, als Reise, als ‚Karriere‘, als Rennen, und zwar als gestörte, gehemmte, ver säumte Bewegung. Oder das Leben erscheint als riskanter Versuch, als ein gefährliches Experiment, wie das Schwimmen eines Unkundigen oder das Besteigen wilder Pferde. Das Wasser spielt dabei die Rolle des unsicheren Elementes, mit Ertrinken Drohenden, zugleich aber auch des Trügerischen, das plötzlich wegläuft oder mit unserem teuersten Gut davonschwimmt.“

Ich zitiere diese Arbeit als Beispiel eines Mißbrauches der manifesten Traumbilder, und um zu zeigen, wie sinnlos es ist, verschiedene Menschen unter einem willkürlichen Gesichtspunkt zusammenzufassen, ohne sich um die analytisch feststellbaren, unbewußten und triebhaften Ausgangspunkte ihrer Entwicklung zu kümmern: Unzufriedene, Renten neurotiker, Studenten mit Prüfungsangst, Erröter, Hysterische usw.

Wenn diese Träume, auf die Kretschmer sein Interesse lenkt, unter einen Hut gebracht werden sollen, so ergibt die psychoanalytische Erfahrung, daß es sich um die früher angeführten Träume vom Versagen und Mißlingen, also Träume von Leidensfreudigen und Selbstbestrafen handelt.

16) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1931, S. 329.

Aber hier tut weitere Beobachtung not, wie auch sonst bei typischen Träumen.

Andererseits ist es zweifellos, daß diese statistische Betrachtung wiederkehrender Träume neue Erkenntnisse bringen wird, respektive alte bestärken kann.

Der Zusammenhang zwischen Todeswünschen, aggressiven Tendenzen und Todesangst ist bekannt. Aber er ist mir nie so klar geworden, wie an einem Fall von hypochondrischer Todesangst, den ich 1932 veröffentlicht habe.¹⁷

Es gibt Menschen, deren unbewußtes Seelenleben voll ist von diesen destruktiven Bestrebungen, während sie, im Leben ganz gut eingeordnet, in der menschlichen Gesellschaft keineswegs gefürchtete, vielmehr sehr beliebte und belobte Glieder darstellen.

Wenn ein solcher guter Bürger aber nur von Feindseligkeit und vom Tode anderer träumt, ja wenn er mit Gift und Feuer operiert oder ganze Dörfer in die Luft sprengen läßt — auch nur im Traum, so liegt es auch dem, der nicht gewohnt ist, mit dem Begriff Verdrängung zu operieren, nahe, dergleichen hier anzunehmen.

Aber was das Innere eines Menschen erfüllt, wird sich doch wohl nicht nur in seinen Träumen manifestieren, mag man nun einwenden. Und tatsächlich finden wir auch am Tage manchen Verrat solcher Neigungen, wie wir an dem hier zu schildernden Kranken sehen werden. Dieser litt an Todesangst, besonders an Angst, vom Herzen aus zu sterben; zuweilen erwartete er in seiner Depression auch eine Magenblutung, einen Magenkrebs oder ein Magengeschwür. Im Leben ist er energisch, zielbewußt, erfolgreich — bis auf eine mehr äußerliche, ihn aber tief kränkende Zurücksetzung. Er kann sehr heftig sein, z. B. gegen seinen Sohn. In seinen Tagesphantasien, die er während seiner Analyse auch erzählte, ist er ein recht neidischer, böser Mensch, schreibt anonyme Briefe u. dgl.: erzählt einer von seinem gut angelegten Gelde, so zwingt ihn seine Phantasie, sich auszumalen, wie er jenen Besitzer bei der Steuerbehörde anzeigen würde. Geht er mit einem guten Bekannten ins Theater und sieht einen besonders schönen Operngucker bei ihm, so drängt sich ihm die Phantasie auf: wenn jener jetzt stürbe, könnte er das Opernglas bekommen. Man sieht, Neid ist hier mit im Spiele. Aber der Patient selbst ist entsetzt über seine Tagträume und empfindet sie als schmähslich.

Dem 50jährigen Patienten, der bei vollkommen gesundem Herzen leichte Sensationen an demselben in Begleitung seiner Todesangst hat, liegt jeder Zusammenhang zwischen seiner Angst, seinen Mordträumen und boshaften, neidischen Tagesphantasien vollkommen fern.

17) In „Biologische Heilkunst“, 1932, Nr. 14.

Erst als die Psychoanalyse aufdecken kann, daß der Kranke als Knabe intensiv das Kain-Abel-Problem erlebt hat — einen Bruder, der von der Mutter ihm vorgezogen wurde, tiefst gehaßt hat, aber an jeder effektiven Rache verhindert war —, erst dann wird es klarer, daß unser Patient gezwungen war, seit jeher seinen Aggressionstrieb zu unterdrücken und daß er so zum Neurotiker wurde. Schon als kleiner Knabe ist er trotzig, pedantisch und sparsam. Neid auf den von der Mutter verwöhnten, um zwei Jahre älteren Bruder erfüllt seine Jugend; er findet sozusagen den Platz auf dem Schoß und am Herzen der Mutter immer besetzt vor und wendet sich mehr zum Vater. Er bevorzugt noch mit sechs Jahren weibliche Beschäftigungen, wie Nähen, Kochen u. dgl.

Als Patient sechs Jahre alt war, war der Bruder ernstlich krank (Gehirnhautentzündung?) und Patient wurde verhalten, dem Bruder zu versprechen, ihn nie wieder aufzulegen; Patient küßte dem Bruder damals die Hand. Er bedauerte auch sonst oft den Bruder, und aus der ursprünglichen Feindschaft wurde ein gutes Verhältnis, in dem der energische Bruder immer der überlegene blieb, namentlich auf geistigem Gebiet. Patient hatte den Ehrgeiz, der moralisch Bessere zu werden und fügte sich; er wurde zum Musterkind, namentlich dem Vater zuliebe.

Seine sexuellen Interessen waren nicht stürmisch; er sah erregt nackte Mädchen, lernte von Vettern die Onanie. Im ganzen war er eher prüde und gehemmt. In seiner Vernunftehe stieß ihn die frigide Gattin bald ab, besonders auch, weil sie Blutungen hatte. Gedanken vom Tode der Gattin und des Sohnes treten in ambivalenten Träumen oder in der Form ganz unmotivierter Ängstlichkeit um sie auf. Ein Objekt direkter und bewußter Todeswünsche ist sogar die alte Mutter, deren Leben ihm überflüssig erscheint. Schon seit der Kindheit phantasierte er häufig von Tod und Beerdigung solcher Menschen, die seinen Bruder bevorzugten.

An Herzklopfen mit Angst und an Angst vor Blinddarmentzündung leidet Patient seit der Mittelschule, sie nimmt seit seinem 18. Jahre zu. Seit sein Bruder plötzlich, wahrscheinlich vom Herzen, gestorben ist, hat sich des Patienten Todesangst, vermutlich durch Identifizierung, verstärkt. Zwangsgrübeleien über seinen eigenen Tod, dessen Folgen, seine Erben und das Schicksal seiner Hinterlassenschaft zeigen neben dem Todesthema das Besitzinteresse

Manchmal wiederholt sich des Patienten seinerzeitige Eifersucht auf den von der Mutter bevorzugten Bruder als Eifersucht auf den von der Gattin anscheinend bevorzugten, z. B. ins Vertrauen gezogenen, Sohn.

Nun muß aber dem Leser dieser Arbeit aus einer Reihe von Träumen klagemacht werden, wie aufdringlich daraus die nächtlich konstanten, also in den Träumen sichtlich nicht verdrängten bösen Wünsche auf die Nebenmenschen hervorgehen:

1. Traum: *Mein Schwager war plötzlich gestorben. Ich ging mit meiner Frau hin. Wir sollten in dessen Wohnung ziehen.*

2. Traum: *In Gesellschaft, man tanzte. Patient wurde vom Hausherrn ins Spielzimmer nicht hineingelassen. Ein Fremder, aussehend wie H., verlor all sein Vermögen.*

3. Traum: *Patient zerstörte durch Pulverexplosion Dörfer am See. Die Bewohner hatten etwas angestellt.*

4. Traum: *Patient wollte einen Freund mit Speise vergiften, um ihm die Geliebte abspenstig machen zu können. Bei seinem Weggehen sagte jemand: Du wirst das Unrecht mit dem Tode büßen. Dabei gab er einen Händedruck, wodurch Patient zwei parallele Wunden am Handteller erhielt. In Angst, mit Tetanus absichtlich infiziert worden zu sein, ließ sich der Patient Serum injizieren.*

5. Traum: *Eine Dame schimpft über die Sittenlosigkeit seines Bruders, der ein Mädchenverführer gewesen sei.*

6. Traum: *In einem Ritterschloß. Ein alter Bekannter wird von einem seine Füße bewegenden Ritter in Rüstung hinuntergestoßen, wo er dann als zerquetschte Leiche liegt.*

7. Traum: *Einem gut bekannten Herrn sterben auf einmal drei Söhne.*

8. Traum: *Patient ist im leeren Theater, welches niederbrennt. Patient sieht den Mann, der das Feuer gelegt hat (so beschuldigt ihn Patient), flüchten. Jener hat eine schwarze Tasche und Patient verfolgt ihn. Zu Hause findet er seine Frau mit dieser Tasche und beschuldigt sie, in der Tasche sei der Explosivstoff. Als sie leugnet, verlangt er: Schwöre mir beim Leben meines Kindes. Darauf die Gattin: Deines? Es ist ja von einem andern!*

9. Traum: *Patient ordnet die Bibliothek. Der Sohn gesteht, einen fehlenden Band verkauft zu haben. Patient wird wütend, ohrfeigt und prügelt den Sohn und droht, ihn ein nächstes Mal zu töten.*

10. Traum: *Sein Bruder hatte ein Mastdarmneugebilde, wegen dessen eine Darmfistel angelegt war.*

Ein wiederholter Traum nach des Bruders plötzlichem Tode lautet: *Der Bruder ist nach einem Streit verreist, lebt aber. Patient trifft ihn in versteckter Vorstadt. Aber der Bruder will inkognito dortbleiben.*

Wir bringen die Träume ohne die Deutungen, aber sie sprechen eine bededte Sprache.

Betrachten wir nun den hier abgekürzt berichteten Fall, so verstehen wir die Angst des Kranken als aus unterdrückter Aggression und Schuldgefühlen entstanden; dazu mag gestaute Libido eines sexuell Unbefriedigten kommen, sind doch andere Träume deutliche außereheliche sexuelle Wunscherfüllungen.

Ein von der Mutter um des bevorzugten Bruders willen zurückgesetzter Knabe war gezwungen, seinen Neid und seine Todeswünsche zu verdrängen; sie bleiben aber in seinen anlässlich einer wiederkehrenden Verstimmung

beobachteten Träumen klar erkennbar. Die reaktive Angst, selbst sterben zu müssen, und Krankheitsangst bilden die Zeichen seiner Neurose.

Dieser Fall war aus äußeren Gründen einer ausreichend langen Psychoanalyse nicht unterzogen worden; aber er bot neben der Serie von Todeswunschträumen eine Reihe anderer Träume dar, welche an die von Kretschmer untersuchten erinnern.

Diese Träume lassen ihn oft zum Zug nicht zurecht kommen, etwas versäumen, zurückgesetzt werden; sie seien hier ohne Kommentar mitgeteilt:

1. Traum: *Auf der Heimreise aus einem Hotel. Angst, den Zug zu versäumen. Die Gattin wirft viel Gepäck herab, springt dann, ohne sich zu verletzen, ab. Dann wurde, um das Auto zu ersparen, dem Diener telegraphiert. Der Sohn sagte aber: das Telegramm kommt schon zu spät.*

2. Traum: *Ich war mit Frau und Sohn in einer Operette, aber die Karten erwiesen sich als ungültig. Wir mußten wieder hinaus, suchten vergebens im Parterre Platz.*

3. Traum: *Ich war mit meiner Frau in einer Kunstausstellung. Ein uns bekannter Kunstsammler verleugnet uns, will selbst unsren Namen nicht kennen. Ich bin wütend.*

4. Traum: *Ich war in Gesellschaft; doch wurde ich vom Hausherrn nicht in das Zimmer hineingelassen, in dem man Karten spielte.*

5. Traum: *Ich fuhr mit meiner Frau im Auto nach Italien. Wir hatten aber die Pässe vergessen und mußten umkehren.*

6. Traum: *Ich war auf einer Reise nach Tirol mit Eltern und Bruder. Das Hotel war so voll, daß ich nur für die Eltern mit Mühe ein Zimmer bekam. Ich schlug Lärm, erhielt einen kleinen Raum, aber wir waren alle unzufrieden und fuhren weg. —*

Zum Thema „neurotische Angst mit Verstimmung“ seien noch die Träume eines zweiten Patienten angeführt, der in der Verstimmung nach einer von ihm gelösten Verlobung in Analyse kam. Er hatte schon früher an Angstzuständen gelitten. Er war gleichfalls realitätsfähig und beruflich tüchtig, aber ein hoffnungsloser Jungeselle. Die vielen von ihm geträumten Todeswunschträume haben alle die Eigentümlichkeit, daß der Mann stirbt und die Frau am Leben bleibt, sei es, daß sie seine Mutter, seine Schwägerin oder eine geliebte Dame ist: es ist offenbar die Situation des Ödipuskomplexes, den er innerlich nicht überwunden hat. Zwischen ihnen eingestreut traten auch Träume anderer Art auf.¹⁸

1. Traum: *„Meine Mutter und ich setzen uns an eine table d'hôte. Gegenüber sitzt eine mir unbekannte elegante Dame, deren Tochter, ein junges Mädchen, neben meiner Mutter steht, um sie zu begrüßen. Meine Mutter aber sitzt abgewendet, den Kopf mit einem schwarzen Tuch verhüllt. Ich sage vergebens: Mutter, du wirst begrüßt. Ich hebe nun das Tuch auf, sehe ihr Gesicht tränenüberströmt. . . . Daß mein Mann so in der Blüte der Jahre sterben mußte.“ Ich frage mit den Augen; sie sagt: „Ja, er*

18) Unter Traumserie verstehe ich nicht nur unmittelbar aufeinanderfolgende gleichartige Träume, sondern auch die Wiederholung gleichartiger zwischen verschiedenen anderen.

ist gestorben, in X.' Ich bin erstaunt, daß meine Mutter, mit der ich schon tagelang beisammen bin, instande war, mir das zu verschweigen . . . Ich frage, warum sie es nicht berichtet habe? Darauf sie: „Er hat sich zum Fenster hinuntergestürzt! Ich habe das Gefühl, daß dies bei meinem Vater unwahrscheinlich ist.“

2. Traum: „Ein Erdbeben zerstört meines Bruders Haus und tötet ihn samt seinem Kinde. Meine Schwägerin wird nur verletzt.“

3. Traum: „Mein Vater wurde mehrfach in die Brust angeschossen.“

4. Traum: „Herr X hat sich umgebracht und seine Familie (die von mir geliebte Frau und deren Töchter) mir ans Herz gelegt.“

5. Traum: „Im Garten unseres Hauses steht ein Obelisk mit Aufschrift. Die Leute lesen bestürzt die Aufschrift und nehmen die Hüte ab.“ Erster Einfall: Der Obelisk war errichtet, weil mein Vater gestorben war. —

Sehr lehrreich sind die charakteristischen Träume der Eifersuchtsparanoia. Diese erwächst nach Freud aus überstarken homosexuellen (unbewußten) Regungen, die abgewehrt werden. Auch die wahnhaftige Eifersucht geht — wie andere Formen der Eifersucht — aus verdrängten Untreuebestrebungen hervor; doch sind die Objekte dieser Untreue gleichgeschlechtlicher Art. Man prüfe nun den folgenden Traum einer solchen wahnhaften Eifersucht eines Mannes auf die Theorie und wird zugeben, daß er sie bestätigt.

Traum: „Ich treffe einen Mann mit aufgezwirbeltem Schnurrbart mit meiner Geliebten. Sie entschuldigt sich, es handle sich nur um etwas Politisches. Wir duellieren uns aber dann auf Pistolen. Da verwandelt er sich plötzlich in den mir lieb gewesenen Militärkameraden X. Er lag nun auf der Erde, die Pistole war jetzt verlängert, wie durch ein Bajonett.“

Patient berichtet, daß er mit diesem Kameraden seinerzeit mutuelle Onanie betrieben habe; das Duell, in dem die Verlängerung der Schußwaffe Erektion bedeutet, stellt auch den homosexuellen Verkehr symbolisch dar.

Über die eifersüchtige Paranoia der Frauen sagt Freud:¹⁹ „Die Eifersüchtige verdächtigt den Mann mit all den Frauen, die ihr selbst gefallen, infolge ihres überstark gewordenen, disponierenden Narzißmus und ihrer Homosexualität. In der Auswahl der dem Manne zugeschobenen Liebesobjekte offenbart sich der Einfluß der Lebenszeit, in welcher die Fixierung erfolgte.“ Diese Regression zu den Objekten viel früherer Neigungen (Mägde), wie auch in unserem Mustertraum, erfolgt durch Libidosteigerung.

1. Traum: „Ich hatte Zank mit meinem Manne, der — weil er böse war — sagte: er habe unsere Magd, die Mizzi, gehabt. Ich höhnte ihn, sie rieche ja nach Stall, war wütend auf ihn und gab ihm einen Fußstoß. Die Magd kam herein und sagte, sie müsse zu ihrer kranken Mutter heim. Ich schlug sie, ließ mir berichten, wie es mein Mann mit ihr gemacht habe. Ich hieß sie sich nackt ausziehen, sie war nicht sehr schön, ließ sie ihr Geständnis niederschreiben und warf die arg Zugerichtete wütend hinaus.“

19) Ges. Schr., Bd. VIII, S. 416.

Hier ist sehr klar die Ambivalenz, die durch die Abwehr gegen die homosexuelle Strebung entsteht, und die sadistische Komponente (gewalttätige Reizbarkeit).

2. Ein weiterer Traum dieser Kranken ist besonders aufschlußreich:

Traum: „*Ich fand eine neue Wohnung in einem großen Haus und war sehr froh. Ich ging durch den Hof, da lag eine weibliche Ziege auf dem Rücken und sprang mich an, so daß ich schrie. Ich fühlte mich als Mann und hatte einen Penis mit Erektion. Dann stieg ich eine Stiege ohne Ende hinauf. Doch sagte ich mir: wenn das mit der Ziege öfter vorkommt, ziehe ich wieder aus.*“ —

Da wir ursprünglich alle bisexuell sind und „normal“ werden unter Sublimierung und Verdrängung des homosexuellen Anteils, ist der Traumbefund der unbewußten Homosexualität ein alltäglicher und wird erst durch den Grad bedeutsam. Homosexuelle Pollutionsträume sind ein Beweis für Homosexualität höheren Grades. Bedacht muß natürlich werden, ob nicht im Falle der Behandlung durch einen Analytiker vom gleichen Geschlecht die Übertragung während der Psychoanalyse die homosexuellen Träume gefördert hat.

In diesem Zusammenhang sei ein Traum angeführt, der auch verrät, daß der Patient, der lange aufschob, zu einem Facharzt zu gehen, der sein Genitale untersuchen sollte, eine Phimose (Vorhautverengung) hatte:

Traum: „*Ich war im Strandbad, auch ein Arzt war da. Aus einem Loch im Boden kam ein rotes Stümpfchen heraus. Der Doktor kitzelte es heraus und es wurde zu einem langen roten Wurm. Patient fragte, ob es gefährlich sei, wenn man so etwas mache. Der Doktor erklärte es für ungefährlich.*“ —

Zu dem vielen Bedeutsamen, was geübte Psychoanalytiker wissen mögen, aber nicht mitgeteilt haben, gehört auch das Verhalten des Träumens und der Träume während des Verlaufes der seelischen Krankheit und ihrer Behandlung. Es kann ein Traum angeblich die Erkrankung auslösen; der zuerst erzählte, manchmal geradezu biographische Traum, hat, für später aufbewahrt, besondere Wichtigkeit; durch die Analyse eines bestimmten Komplexes werden Träume mobilisiert, die im Fortschreiten durch die Deutung sozusagen miterledigt werden; die Übertragung und der jeweilige Widerstand werden von charakterisierenden Träumen begleitet; davon und von vielem Anderen sollten wir mehr wissen, mehr niedergelegte Erfahrung zu lesen bekommen.²⁰ Ich selbst habe berichtet, daß die Träumer bekannte Symbole (wie die der Zähne, der Stiege) wieder und wieder verwenden, aber im späteren Verlauf in einer durch die Analyse bereits günstig beeinflussten Weise.²¹ Eine große Zahl von Fragen steht noch offen. Genauere Beobachtun-

20) Die „psychoanalytische Situation“ kann z. B., vom Patienten als Prüfung aufgefaßt, einen Prüfungstraum veranlassen.

21) Über „Wandlungen der Traumsymbolik beim Fortschritt der Behandlung“. Int. Zeitschr. f. Psa, 1931.

gen über die Träume können uns lehren, die Prognose oder den jeweiligen Stand der Behandlung besser zu verstehen, die Nähe der Heilung zu erkennen.

Eine solche Psychopathologie des Traumes wird die Psychologie des Traumes kaum wesentlich bereichern, aber das Interesse an ihr auffrischen. Bisher sind nur wir Analytiker Traumkenner und Traumdeuter. Es ist notwendig, daß auch Psychologen und Psychotherapeuten sich dafür mehr interessieren: damit wird die Unentbehrlichkeit der Beachtung dieses Phänomens, das auch ein Symptom bedeuten kann, endlich anerkannt werden.

Die bewundernswerte Arbeit, die Freud als Traum- und Neurosendeuter geleistet hat, wird noch von vielen unterschätzt. Wie eindrucksvoll ist doch das „unbewußte Wissen“ der Neurotiker um den Mechanismus und die unbewußten Triebkräfte ihrer Erkrankung, wie es die früher angeführten Träume der Hysteriker und Paranoiker sinnfällig machen!

Es ist klar, daß unser scheinbar sofortiges Verstehen und Durchschauen auch nicht schulgerecht analysierter Träume nur Freuds Traumdeutung zu verdanken ist. Manche praktische Erfahrungen über das Gesetzmäßige sowohl des manifesten Traum inhalts, wie wiederkehrende Erfahrungen aus den Traumdeutungen gehen unveröffentlicht als traditionelles Wissen von Analytiker zu Analytiker, aber das Gesetzmäßige aufzuzeichnen, ist dringende Aufgabe der Wissenschaft; und gerade die Psychoanalyse muß, als schwer erlernbar, noch immer um Vertrauen gerade unter Ärzten werben, und auch Vertreter der Geisteswissenschaften sollen noch zu gemeinsamer Arbeit gewonnen werden.

Unsere Beobachtung der manifesten Träume, besonders auch von Serien von Träumen, von typischen Träumen, hat uns kaum wesentliche neue Einsichten, aber wertvolle Berichte und Bestätigungen über Gesetzmäßigkeiten auf dem Gebiete der Traumwissenschaft geliefert. Hat doch Freud erst vor kurzem enttäuscht festgestellt, wie wenig von der Traumdeutung selbst von Psychiatern und Psychotherapeuten angenommen worden ist.²² Die Ärzte müßten die vorliegenden kurzen Mitteilungen zur Psychopathologie des Traumes, welche ihnen Beweismaterial in ihrer gewohnten Methodik vorlegen, die von den Phänomenen der Pathologie ausgeht und vom Einfachen zum Komplizierten fortschreitet, sehr begrüßen, ja auf sie warten. Vielleicht ist es aber nicht überflüssig, daß der Autor nochmals betont, wie fern es ihm liegt, die Tiefendeutung des Traumes zu unterschätzen oder zu glauben, daß die psychoanalytische Forschung und Behandlung die Aufdeckung der latenten Traumgedanken hinter dem manifesten Traum je entbehren könnte.

22) „Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse.“ Ges. Schr. Bd. XII.

Über Angstabwehr, insbesondere durch Libidinisierung¹

Von

Otto Fenichel

Oslo

Die Ansichten, die Freud in „Hemmung, Symptom und Angst“² über die Angst, diesen Hauptgegenstand der psychoanalytischen Forschung, entwickelt hat, lassen sich etwa folgendermaßen zusammenfassen: Die Angst ist zunächst die Art, wie das Ich eine erhöhte Bedürfnisspannung im Es beim Mangel an adäquater Abfuhrmöglichkeit in sogenannten „traumatischen Zuständen“ erlebt; sodann aber lernt das Ich auch im Falle einer Gefahr, d. h. einer Situation, die zu einer traumatischen werden könnte, die erst passiv erlebte Unlust der Angst aktiv zu benutzen, indem es mit einem Angstsignal die verschiedenen Mechanismen, die der Gefahr begegnen sollen, ins Werk setzt.

Zwischen „Angst im traumatischen Zustand“ und „Angstsignal“ besteht kein absoluter Gegensatz. Zunächst sind beide dadurch miteinander verbunden, daß die Angst, die das Ich aktiv als Signal entwickelt, offenbar entsteht, indem die Einsicht des Ichs in eine Gefahr, im Es bzw. im somatischen Apparat dieselben Bedingungen setzt, wie der traumatische Zustand — nur in geringerem Ausmaße; sodann aber muß man feststellen, daß die Intention zum „Angstsignal“ oft mißlingt, indem bei vorhandener Libidostauung das akute Signal wirkt wie ein Zündholz im Pulverfaß. Die großen Angstanfälle etwa einer Angsthysterie lassen ja keinen Zweifel daran, daß das Ich mit der Abgabe eines Signals etwas ins Werk setzt, was es dann dank einer vorher latenten Libidostauung nicht mehr beherrschen kann.

Diese Möglichkeit, daß das, was vor einem traumatischen Zustand schützen soll, unter Umständen selbst einen herbeiführt, macht es notwendig, daß das Ich nicht nur mit Hilfe von Angstentwicklung eine Triebabwehr durchführt, sondern dann auch Veranstaltungen treffen muß, um die Unlust der Angst abzuwehren.

Der Mensch will zwar natürlich jede Art von Unlust vermeiden. Aber ein möglichst klein gehaltenes Angstsignal, das vor größerer Unlust bewahrt, müßte vom Realitätsprinzip doch als brauchbare Institution bejaht werden. Erst die Unsicherheit darüber, ob aus dem Signal nicht mehr und Unangenehmeres wird als beabsichtigt, erklärt die bekannten ungeheuren Aufwände an Gegenbesetzung, die zur Angstersparnis verwendet werden. Es gibt kaum ein von der Psychologie zu untersuchendes Phänomen, das nicht irgendwie eine solche Absicht erkennen ließe. Im Grunde muß man ja jede

1) Nach einem auf dem XIII. Internationalen Psychoanalytischen Kongreß in Luzern am 27. August 1934 gehaltenen Vortrag.

2) Ges. Schr., Bd. XI.

Erscheinungsform von Gegenbesetzung, die nicht selbst Angst ist, auch als Angstabwehr bezeichnen; denn gelänge eine solche „Bindung“ der abgewehrten Triebenergien durch eine Gegenbesetzung nicht, würden diese in ihrer Stauung Angst erzeugen. Das gilt am deutlichsten für Mechanismen von der Art der Phobie, die um den Preis einer Ich-Einschränkung die Angst vermeiden. Es gilt für die neurotischen Symptome überhaupt, die zwar nicht Erscheinungen der Gegenbesetzung sind, an denen aber, insofern sie Symptome sind und nicht Triebbefriedigungen, die Gegenbesetzung Anteil hat, und deren Unterdrückung Angst auftreten läßt. Es gilt vor allem für alle Arten der chronischen charakterlichen Verarbeitung von Triebkonflikten im Sinne der Reaktionsbildungen, für die — wie Freud formuliert hat — „Inkonsequenzen, Verschrobenheiten und Narrheiten der Menschen, ... durch deren Annahme sie sich Verdrängungen ersparen“,³ richtiger: Akte des Nachdrängens, also andere, akutere, aufwandreichere Abwehrarten ersparen — und damit auch Angstanfälle.

Eine rationale Wirkung des Angstsignals wäre ja die Gefahrabwehr, durch Kampf oder durch Flucht. Aber insofern es wegen der Gefahr, das Ich könnte von der von ihm selbst als Signal benutzten Angst überwältigt werden, die „Angst vor der Angst“ gibt, gibt es auch Kampf oder Flucht, die sich nur gegen das Angsterlebnis richtet, ohne an der objektiven oder vermeintlichen Gefahr etwas zu ändern. Diese Gegenbesetzungen sind zunächst Sicherungsmaßnahmen gegen das Auftreten des Angsterlebnisses. Aber wie auch sonst bei allen Gegenbesetzungen vom Charakter der Reaktionsbildung, bei denen also die unbewußte Gegenhaltung niedergehalten werden soll, gibt es auch hier Überkompensationen. Man sucht nicht nur, wie bekannt, seine Angst zu „widerlegen“, wie etwa in den Perversionen, sondern wie Demosthenes seine Organminderwertigkeit, so pflegen auch manche Leute ihre Angst zu überwinden, indem sie genau das tun und aufsuchen, wovor sie ursprünglich Angst hatten. Freilich gelingt dies nicht allen gleich gut und hinter solchen Versuchen zur Verdrängung, richtiger zur Leugnung von Angst, können genug Symptome, Symptomhandlungen oder Träume die noch vorhandene Angst verraten.

Die häufige Angst des kleinen Kindes ist zunächst Folge biologischer Umstände. Es ist nicht imstande, seine Bedürfnisse selbst zu befriedigen, weil es noch nicht handeln, noch nicht sinnvoll in die Außenwelt eingreifen kann. Bei vorhandenem Triebbedürfnis führt deshalb das Ausbleiben der Hilfe der Außenwelt zu häufigen traumatischen Situationen. Dies hat uns Freud^{3a} gezeigt, und besonders Melanie Klein⁴ und Nina Searl⁵ an konkreten Bei-

3) Freud: Neurose und Psychose. Ges. Schr., Bd. V.

3^a) Hemmung, Symptom und Angst, Ges. Schr., Bd. XI.

4) Was in früheren Arbeiten darüber gesagt wurde, ist zusammengefaßt in: Die Psychoanalyse des Kindes. Int. Psa. V, 1932.

5) Vgl. z. B. The Psychology of Screaming, Int. Journal of Psa., XIV, 1933.

spielen belegt. Diese traumatischen Situationen schaffen aber nur die Möglichkeit der Auffassung, Triebe seien Gefahr, denn das Urteil „Gefahr“ ist immer die Erinnerung an einen erlebten traumatischen Zustand. — Ob aber Triebe auch bei einem Ich, das die Außenwelt schon besser meistern gelernt hat, wirklich als Gefahren gefürchtet werden, das hängt natürlich von den Erlebnisschicksalen der Triebe des Kindes während der ersten Kindheitsjahre ab. Ohne jene biologische Voraussetzung gäbe es diese pathogene Auffassung nicht; damit sie sich aber bildet, müssen zu ihr die gesellschaftsbedingten äußeren Versagungen hinzutreten, die sowohl die speziellen Formen der beiden großen Angstinhalte — Liebesverlust und Kastration — bestimmen, als auch die Libidostauung setzen, die die Angstsignale der ängstlichen Kinder in große Angstanfälle umschlagen läßt.

Nun wissen wir, daß die Umwandlung des Lustprinzips zum Realitätsprinzip kein einmaliger Akt, sondern ein langer Prozeß ist. Der Mangel eines vollausgebildeten Realitätsprinzips in den frühen Kinderjahren, der die Objekte nur im Verhältnis zum eigenen Triebleben erfassen läßt, führt nun zu einer phantastischen Verkennung der Außenwelt, von der Strafen erwartet werden, die den eigenen als gefährlich aufgefaßten Trieben entsprechen. Diese für die Theorie der Angst und der Angstabwehr so bedeutsamen vermeintlichen Gefahren, die durch projektive Verkennung der Außenwelt über dem Kind schweben, sind uns vor allem von Melanie Klein und den anderen englischen Kollegen wiederholt geschildert worden. Nur deren Ausdrucksweise wollen wir widersprechen, wenn sie diese Gefahren die „Drohungen des besonders strengen frühinfantilen noch ganz und gar sadistischen Über-Ichs“ nennen. Denn das Kind erwartet das Unheil von außen; es droht ihm nicht objektiv, aber das Kind denkt, daß es ihm objektiv drohe. „Die Angst der Tierphobie ist die unverwandelte Kastrationsangst, also eine Realangst, Angst vor einer wirklich drohenden oder als real beurteilten Gefahr“, schreibt Freud in „Hemmung, Symptom und Angst“.⁶ Auch die Idee, man könnte von der wirklichen Mutter gefressen werden, wird geringer, wenn man die in Wahrheit freundliche Mutter unausgesetzt ansehen kann, so wie der Phobiker nach dem Fund von Helene Deutsch den von ihm unbewußt gehaßten Menschen immer neben sich haben muß, nicht um seinen Haß durch dessen Anblick zu steigern, sondern um ihn zu schwächen, ihn sozusagen durch die Realität zur Vernunft zu rufen.⁷ Es bedarf freilich noch eingehenden Studiums, um zu ergründen, warum und in welcher Weise die Realität phantastisch verkannt wird; es ist kein Zweifel, daß tatsächlich nicht nur Projektionen, sondern auch Introjektionen das frühkindliche Seelenleben beherrschen, daß auch in dieser Zeit Introjekte das Rest-Ich bedrohen können; dennoch ist diese Angst im we-

6) Ges. Schr., Bd. XI, S. 47.

7) Helene Deutsch: Zur Genese der Platzangst. Int. Ztschr. f. Ps. XIV, 1928.

sentlichen nach außen gerichtet, solche „Vorläufer des Über-Ichs“ sind von jener entschiedenen stufenbildenden Neuakquisition des „Untergangs des Ödipuskomplexes“⁸ deutlich zu unterscheiden. Es erschwert die präzise Auffassung der dem sprachlichen Denken so fernen prägenitalen Welt, wenn man ihre Inhalte als „Ödipuskomplex“ und „Über-Ich“ wiedergibt, welches Termini sind, die späteren Entwicklungsstadien zugehören. Trotzdem — oder gerade deshalb — sei betont, daß wir Melanie Klein einen inhaltlichen Fund verdanken, dessen Bedeutung für die Theorie noch gar nicht genug gewürdigt ist (das wird erst durch seine Konfrontierung mit der „präödipalen Phase“ Freuds⁹ geschehen), die Entdeckung nämlich, daß bei beiden Geschlechtern, und mit nachhaltigerer Bedeutung beim weiblichen Geschlecht, in der frühen Kindheit, in der sogenannten oral-sadistischen Periode, Objektendenzen mit dem Ziele auftreten, zerstörend in das Innere des Mutterleibes einzudringen und dessen Inhalt aufzufressen; ferner, daß dieses Wunsches wegen Vergeltungsängste entstehen, daß diese Ängste es sind, die das Realitätsbild des kleinen Kindes trüben, und daß das Kind nun eine Menge verschiedener Wege einschlägt, um, in einem Wirrwarr von Projektion und Introjektion phantasierend, gegen die Angst anzukämpfen.¹⁰

Aus den Methoden, die das kleine Kind schon frühzeitig zur Abwehr derartiger Ängste anwendet, heben sich nun vor allem zweierlei heraus: die Identifizierung mit dem Angstobjekt und die Flucht zur Realität.

Die Identifizierung als Angstabwehr, die Gegenstand eines Kongreßvortrages von Anna Freud war,¹¹ ist nicht ohne weiteres verständlich. Zweierlei Überlegungen, die einander berühren, können uns ihrem Verständnis näherbringen. Erstens ist die Identifizierung die älteste Art der Auseinandersetzung mit der Objektwelt überhaupt; jeder Wunsch nach einer Änderung späterer Objektbeziehungen höherer Ordnung kann deshalb, wenn er Regressionen veranlaßt, zur Identifizierung führen.¹² Man wehrt nicht nur innere Ängste ab, indem man sie, wie in der Phobie, in ein äußeres Angstobjekt projiziert; man kämpft auch gegen äußere Angstobjekte an, indem man sie introjiziert, was zu einer Identifizierung mit ihnen führt. Und indem man selbst den agiert, vor dem man sich fürchtet, wendet man zweitens nur einen speziellen Fall jenes Mechanismus an, den Freud beschrieben hat, und der darin besteht, in der Erregungsmenge unbemeisterbare passive Erlebnisse nachträglich aktiv zu wie-

8) Freud: Der Untergang des Ödipuskomplexes. Ges. Schr., Bd. V.

9) Freud: Über die weibliche Sexualität. Ges. Schr., Bd. XII.

10) Melanie Klein: Die psychologischen Grundlagen der Frühanalyse, *Imago*, XII, 1926, Frühstadien des Ödipuskonfliktes, *Int. Ztschr. f. Psa.*, XIV, 1928, Die Rollenbildung im Kinderspiel, *Int. Ztschr. f. Psa.*, XV, 1929, Frühe Angstsituationen im Spiegel künstlerischer Darstellungen, *Int. Ztschr. f. Psa.*, XVII, 1931, Die Psychoanalyse des Kindes, *Int. psa.* Verlag 1932.

11) Ein Gegenstück zur Tierphobie der Kinder, Vortrag a. d. XI. internat. psa. Kongreß in Oxford, 1929.

12) Vgl. Fenichel: Die Identifizierung, *Int. Ztschr. f. Psa.*, XII, 1926.

derholen.¹³ Die Voraussetzung für eine solche Erledigung scheint zu sein, daß die in der Identifizierung mit dem Angstobjekt sich äußernde Ambivalenz auch schon vorher vorhanden gewesen war. Man denke an die von Freud klar gestellte Rolle der Ambivalenz für die infantile Wiederkehr des Totemismus.¹⁴ Aber das Kind agiert nicht nur das Tier, vor dem es sich fürchtet, es fühlt sich, wenn man so sagen darf, seinem Totem zugehörig. Identifizierung und Objektliebe sind hier noch nicht ganz getrennt. Es empfindet dem Tier gegenüber „Wir“ und liebt narzißtisch jeden Vertreter der Gattung, mit dem es sich identifiziert hat. Auf diese Weise können nicht nur aus Kastrationsangst durch Identifizierung mit dem Kastrator grausame Handlungen gegen Dritte, sondern es kann sogar durch eine Art „Identifizierungsliebe“ zu dem Kastrator eine passiv-homosexuelle Kastrationslust entstehen.

Auch die Flucht zur Realität, z. B. ein Anklammern an die reale Mutter, das vor der phantastisch verkannten Mutter schützen soll, führt zu einer Anhänglichkeit, also zu einer Art Liebe zu der Person, vor der man sich fürchtete. Wie einen prophylaktischen Gegenangriff, so gibt es auch eine prophylaktische Liebe zu dem, den man fürchtet.

Was man nun „Libidinisierung“ der Angst nennt, ist von zweierlei Art. Einerseits gibt es eine Abwehr der Angst durch Entwicklung von Angstlust. Andererseits eine Entwicklung von Anhänglichkeit, Liebe oder sexuellen Verhaltensweisen an den Stellen, wo vorher Angst gewesen war, eine Kombination der beiden Methoden Identifizierung und Flucht zur Realität.

Daß ein zur Triebabwehr bestimmter Mechanismus sekundär libidinisiert wird, kommt auch außerhalb des Gebietes der Angst vor. Dies geschieht sowohl, wenn bei Fortdauer des pathogenen Konfliktes das Abgewehrte in der Abwehr wiederkehrt, als auch, wenn ein sekundärer Krankheitsgewinn auf die Weise zustande kommt, daß das Ich es fertigbringt, aus einem ursprünglich der Triebabwehr dienenden Verhalten sekundär irgendeine libidinöse Lust zu ziehen. Als Beispiel für das erste diene ein Zwangssymptom, dessen ursprüngliche Bußbedeutung im Verlaufe der Neurose immer mehr hinter der Triebbeutung zurücktritt;¹⁵ als Beispiel für das zweite die bei Zwangsneurotikern so häufigen „Zwangsspiele“, an denen der Kranke bewußt eine gewisse Freude empfindet.¹⁶ Die normale anale Retentionslust scheint ganz allgemein eine solche „Libidinisierung“ der gegen die ursprüngliche Ausscheidungslust gerichteten Abwehr zu sein.

Auch der Schmerz ist eine Unlust, die vom Ich als Signal verwendet wird, um größeres Unheil zu verhindern. Auch der Schmerz wird seiner Un-

13) Siehe zunächst: Jenseits des Lustprinzips, Ges. Schr., Bd. VI, ferner vor allem auch: Über die weibliche Sexualität, Ges. Schr., Bd. XII.

14) Vgl. Totem und Tabu. Ges. Schr., Bd. X.

15) Vgl. Hemmung, Symptom und Angst, Ges. Schr., Bd. XI, S. 58.

16) Vgl. Fenichel: Perversionen, Psychosen, Charakterstörungen, S. 9 f.

lust wegen dann abgewehrt und oft genug durch „Libidinisierung“.¹⁷ Von der der Angstlust analogen Schmerzlust wissen wir nun, daß sie zunächst auf einer physiologischen Grundlage beruht, dem erogenen Masochismus, d. h. dem Umstand, daß der allgemeine Satz, Erregungen jeder Art seien Quelle auch sexueller Erregung, auch für den Schmerz gilt.¹⁸ Wenn nun durch gewisse Tribschicksale eine Angst einen Sadismus durch Wendung gegen das Ich zu überwinden zwingt, wird dieser erogene Masochismus unter Umständen die Leitlinie, an der sich eine verhängnisvolle Entwicklung zur „Libidinisierung einer Unlust“ knüpfen kann. Ganz analog geht es offenbar bei der „Angstlust“ zu. Wie jede andere Erregung, so kann auch die Erregung der Angst Quelle der sexuellen Erregung werden. Aber sie kann das — genau so wie beim Schmerz — nur, solange die Unlust in bestimmten Grenzen bleibt, z. B. bei der Einfühlung in den Helden der Tragödie. Wenn nun eine starke Angst überwunden werden soll, so können, genau wie beim Masochismus, die Wege der aktiven Wiederholung des passiv Erlebten, oder der prophylaktischen Vorwegnahme des Gefürchteten, um späterer stärkerer Unlust zu entgehen, die „erogene Angstlust“ mitbenutzen und so bewirken, daß bis zu einem gewissen Grad an Angst Genuß empfunden wird. Dies ist — wie beim Masochismus — ein sekundärer Anpassungsvorgang. Schlechterdings nichts spricht für die von Laforgue vorgeschlagene Hypothese, daß die Angstlust die primitive Form jeder Lust überhaupt sei.¹⁹

Wir kehren zu unserer anderen Frage zurück: Wie kommt es zu Anhänglichkeit, Liebe oder sexuellen Verhaltensweisen gegenüber ursprünglichen Angstobjekten? Wie kann man auf solche Weise der Angst entgehen?

Ein Patient war als Junge mit allen Tieren des zoologischen Gartens gut befreundet und führte seine Bekanntschaft mit ihnen stets allen Besuchern mit exhibitionistischem Stolz vor. Eine Dohle, die er herbeizurufen und zu füttern pflegte, pickte ihn eines Tages in die Hand. Sein Stolz stieg nur noch, er fühlte sich dem Tiere nur noch verbundener und exhibierte mit der Wunde. Man erkennt leicht, daß in der Vorliebe dieses Jungen zu den unbewußt gefürchteten Tieren die beiden besprochenen Mechanismen zugleich beteiligt waren: Er war mit diesen Tieren identifiziert und fühlte sich als einer von ihnen; er floh vor den gefürchteten Tieren der Phantasie zu den harmlosen der Wirklichkeit.

So gibt es etwa die für die Psychologie des Examens wichtige Haltung: „Ich fürchte den Prüfer nicht nur nicht, ich bin sogar mit ihm befreundet.“ Freilich ist kein Zweifel, daß diese Mechanismen der „Libidinisierung der Angst“ dazu führen, daß eine tiefe feminine Triebeinstellung dem Vater gegenüber sich in einer für männliche Ideale erträglichen Form zeigen kann.

Wir haben also eine Dreischichtung vor uns: Ein Trieb wird durch Angst abgewehrt, die Abwehr dieser Angst bringt dann das ursprünglich Abgewehrte

17) Vgl. hierzu die Ausführungen von Freud: Ges. Schr., Bd. XI, S. 114.

18) Vgl. Freud: Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie, Ges. Schr., Bd. V.

19) Laforgue: Libido, Angst und Zivilisation.

wieder zum Vorschein. Freilich ist die passive Homosexualität der dritten Schicht dann nicht mehr identisch mit der der ersten.

Genau so ist es bei der Wiederkehr aktiver Triebregungen zum Zwecke der Angstabwehr. Wenn ein Kind unausgesetzt wildes Tier spielt, um der Angst vor dem Gefressenwerden zu entgehen, so kann diese Angst ihrerseits Vergeltungsangst wegen ursprünglicher oral-sadistischer Triebe sein. Der Oralsadismus hat sich aber dann bei seinem Durchgang durch die Phase der Vergeltungsangst verändert.²⁰

Es gibt nun Menschen, deren ganzer Charakter durch diese Art von Gegenbesetzungen formiert ist. Sie tun ständig Dinge, vor denen sie eigentlich, ohne es zu wissen, Angst haben, um sich gerade durch solches prophylaktisches Verhalten Angst zu ersparen. Bis zu einem gewissen Ausmaß befriedigen sie dabei ebenfalls, ohne es zu wissen, die ursprünglichen Triebregungen, zu deren Abwehr die Angst überhaupt entwickelt worden ist. Es sind reaktive, unechte Charaktere, deren Angst in der Analyse erst mobilisiert werden muß.

Dieses hier allgemein skizzierte Phänomen gibt es nun im besonderen häufig im Bereiche der Sexualität: Das sexuelle Verhalten eines Menschen, rein deskriptiv gleichgerichtet seiner Triebanlage, ist von dieser durch eine zwischengeschaltete Angstschicht getrennt, ist daher unfrei und unecht und dient in erster Linie dazu, Angst abzuwehren.

Freud hat beschrieben, daß es Formen von Homosexualität gibt, die einer Überkompensierung eines ursprünglichen Hasses entsprechen.²¹ Es gibt auch andere reaktive Formen der Homosexualität, nämlich eine Identifizierung mit dem anderen Geschlecht zum Zwecke der Verleugnung der Angst vor dem anderen Geschlecht.

Derselbe Patient, der das Abenteuer mit der Dohle hatte, war zwar nicht homosexuell, aber weitgehend feminin eingestellt. Er liebte Frauen nur mit einer Art Identifizierungsliebe, indem er in etwas exhibitionistischer Weise ihnen stets zu zeigen bestrebt war: „Sieh, wie ich mich in dich einfühlen kann, ja, wie gar kein Unterschied zwischen dir und mir besteht.“ Eine relativ späte traumatische Beobachtung des weiblichen Genitales hatte die Entwicklung dieses Jungen in verhängnisvoller Weise gestört. Diesen Anblick hatte er als vollkommen fremdartig empfunden. In die Angst vor diesem als oral-gefährlich aufgefaßten Fremdartigen

20) Man denkt hier an die ähnlich liegenden „Triebkonflikte“, die Alexander neben den „strukturellen“ Konflikten als neurosebildend beschrieben hat. (Über das Verhältnis von Struktur- zu Triebkonflikten, Int. Ztschr. f. Psa., XX, 1934.) Es rufe etwa eine die Männlichkeit brachlegende Kastrationsangst eine starke unbewusste Femininität hervor; diese wird dann durch äußerlich männliches Gebaren abgewehrt usw. Es sind dies Situationen, analog den von uns gemeinten. Nur möchten wir hinzufügen, daß es uns nicht richtig scheint, sie zu den Fällen pathogener „struktureller Konflikte“ in Gegensatz zu stellen. Pathogen sind immer nur strukturelle Konflikte, und Konflikte der Bisexualität würden niemals zu Neurosen führen (im Unbewußten bestehen Widersprüche ungeordnet nebeneinander), deckten sie nicht gleichzeitig einen „strukturellen“ Konflikt, indem einer der beiden in Konflikt liegenden Triebe jeweils dem Ich näher steht.

21) Freud: Über einige neurotische Mechanismen bei Homosexualität, Eifersucht und Paranoia, Ges. Schr., Bd. V.

konnte er alle seine bisherigen Kastrationsängste verdichten, mit ihm hatte er sich nun irgendwie abzufinden. Er tat es, indem er mit seinem gesamten Verhalten die Einsicht „Frauen sind etwas anderes als ich“ leugnete: „Frauen sind genau dasselbe wie ich, ich habe an ihnen keinerlei erschreckende Entdeckungen zu machen, ich kenne alle weiblichen Angelegenheiten sehr genau.“ Hier haben wir eine das sexuelle Verhalten verändernde Identifizierung mit dem Angstobjekt. Was genuiner Trieb scheint, ist in Wahrheit zunächst einmal Angstabwehr.

Sehr viele Züge im Liebesleben dienen dazu, gleichzeitig vorhandene Sexualangst durch Überkompensation abzulenkeln.²² Jeder von uns kennt Fälle wie den folgenden:

Eine Patientin litt auf Grund verschiedener infantiler sexueller Erlebnisse an einer schweren manifesten Angst vor dem Verlassenwerden. Wie ein ängstliches Kind nicht einschlafen kann, wenn nicht eine schützende Person anwesend ist, so mußte sie auch als Erwachsene sich unausgesetzt irgendeiner Verbindung mit anderen Menschen versichern, um schwerer Angst zu entgehen. Der analytischen Kur setzte sie dadurch den heftigsten Widerstand entgegen, daß sie kein anderes Interesse kannte, als sich dessen zu versichern, daß der Analytiker „zu ihr halte“. Man versteht, daß diese junge Frau Männern, die um sie warben, kein Nein sagen konnte, ja daß sie selbst, wenn sie allein war, es nicht aushielt, ohne um einen Mann zu werben. Sie führte scheinbar ein reichliches Sexualleben, aber die äußere Sexualbetätigung des Erwachsenen war ihr nichts anderes, als was die Hand der Mutter dem Kinde ist, die dieses festhalten muß, wenn es im Bett legt, um nicht der Onanieversuchung zu unterliegen: ein Mittel der Angstabwehr, um die wahre Sexualität weiter in der Verdrängung zu halten.

Nicht ganz so einfach liegt ein zweiter Fall, nämlich der einer Patientin, die keineswegs frigid war und dennoch eine Reihe schwerer neurotischer Störungen zyklotyphen Charakters aufwies, und die in Symptomen und Charakter zeigte, daß sie mit den Konflikten der oralsadistischen Stufe nicht fertig geworden war. Im Gegensatz zu anderen schweren Sorgen machte sie sich wenig Sorgen um ihre Sexualität. Auf diesem Gebiet schien alles in Ordnung: sie verkehrte häufig und mit verschiedenen Männern und spielte dabei mit besonderer Vorliebe die Rolle der Verführerin. Sie behandelte dabei die Männer mit mütterlicher, liebevoller Zärtlichkeit und Rücksicht. Der harmlos-freundliche Charakter des ganzen Sexualverhaltens war so unterstrichen, daß es nicht schwer war, in ihm eine Reaktionsbildung gegen aggressive Neigungen zu erkennen. Das Mittel dieser Reaktionsbildung war eine Identifizierung mit ihrer Mutter, die sie, sonst häufig streng und dem Kind allerlei Versagungen bereitend, in der Zeit einer langwierigen Krankheit aufopferungsvoll gepflegt hatte. Das Sexualverhalten der Patientin hatte also den Sinn: „Ich will den Männern nicht wehe tun, sondern zu ihnen so lieb sein, wie die Mutter zu mir war, als ich krank war.“ Die Analyse ließ keinen Zweifel daran, daß die Patientin diese Krankheit als eine Art Strafe aufgefaßt hatte, die für aggressive Regungen über sie verhängt worden war, die vom sonstigen Benehmen abweichende Güte der Mutter also als Verzeihung. Sie hatte irgendwelche schrecklichen Ängste vom Charakter von Vergeltungsängsten, die durch die Krankheit aktiviert worden waren, durch das Anklammern an die jetzt gütige pflegende Mutter abgewehrt, und sich später mit deren Haltung identifiziert.

22) Mannigfaltiges Material dieser Art findet man z. B. in der Arbeit von Melitta Schmideberg: „Einige unbewußte Mechanismen im pathologischen Sexualleben und ihre Beziehungen zur normalen Sexualbetätigung.“ *Int. Ztschr. f. Psa.*, XVIII, 1932.

Wenn sie in der späten Kindheit von älteren Spielkameraden enttäuscht oder gekränkt wurde, so suchte sie sich jüngere Kameraden, die sie beschützen konnte. Das liebevolle Verhalten erschien so als Abwehr von Aggression, aber auch von Angst.

Die weitere Analyse deckte dann auf, wie sehr die Patientin auch in einer anderen Weise dem Strukturbild entsprach, an das wir bei der Diagnose „Pseudonymphomanie“ zu denken pflegen:²³ Sie stand mit einem Teil ihres Ichs durchaus auf der Stufe der Partialliebe; unbewußt interessierte sie am Mann vorwiegend oder ausschließlich der Penis. Ihm galt im Grunde alle Zärtlichkeit; ihm aber auch die Aggression und die unheimliche Angst vor einer zerstörenden Vergeltung. Oral-sadistische Einverleibungsideen und die zugehörigen Ängste waren es, die durch ein liebevoll zärtliches Verhalten verleugnet werden sollten. Wenn wir vorhin andeuteten, sie hätte die Männer, zu denen sie zärtlich war, nach dem Typus der narzißtischen Objektwahl gewählt, um sie so zu behandeln, wie sie von der Mutter behandelt sein wollte, so ist das nun zu ergänzen: Im Grunde war es der Penis dieser Männer, dem sie sich selbst gleichgesetzt hatte. Als sie einmal erzählte, daß ihr Vater ausgeritten sei, sagte sie: „Ich war sehr stolz auf mein Pferd“, statt „auf meinen Vater“.

Die spätere Liebesbeziehung zum Vater war überhaupt sehr von Identifizierungszügen durchzogen. Ihre Sehnsucht war, seinem Penis gegenüber empfinden zu können: „Ich habe einen Anteil daran; das ist eine mir vertraute Sache: ‚unser‘ Penis.“ Sie verhielt sich also zur Männlichkeit ihres Vaters so ähnlich, wie der früher erwähnte feminine Patient zur weiblichen Penislosigkeit: ihre liebevolle Zärtlichkeit verleugnete die angsterregende Andersartigkeit.

Die weitere Analyse ließ uns dann noch einen Einblick in die tiefen Schichten der oral-sadistischen Aggression und der Angst vor dem Penis tun. Diese Einstellung war nicht am Vater, sondern an der Mutter erworben worden. Eine intensive ambivalente orale Bindung an diese war die Grundlage des ganzen Charakters. Ein seltsames Interesse für Tote, Friedhöfe und alles, was damit zusammenhängt, zeichnete sie aus; in der Nachpubertätszeit verbrachte sie Stunden tagträumend auf dem Friedhofe. Sie stellte sich die Toten sehr „friedlich“ vor. Wie zu erwarten, zeigte die Analyse hinter diesem Interesse das für das „Innere des Mutterleibes“ auf. Hinter dem friedlich zärtlichen Charakter des Interesses für die Toten war ein intensiv sinnliches Interesse für diesen Gegenstand verborgen. Die Idee, friedlich auf einem Grabe zu sitzen, d. h. mit einer „Unterirdischen“ „in Liebe vereint“ zu sein, war eine gelungene Art, wollüstige Todeswünsche gegen die Mutter und eine entsprechende Vergeltungs-Todesangst zu widerlegen, genau in der gleichen Art wie sie später durch ihr zärtliches Verhalten Männern gegenüber die analogen Ängste widerlegte. Die Todesangst stammt aus der Zeit der früher erwähnten Krankheit, an der sie vielleicht sterben würde. Das hatte immense Vergeltungsängste wegen älterer hier nicht weiter zu erörternder oral-sadistischer Triebe mobilisiert. Daß die Mutter, an der man sich sonst wegen der von ihr ausgehenden Versagungen wollüstig rächen wollte, nun gerade zu dieser Zeit so freundlich war und der Patientin durch ihre Zärtlichkeit als Schutz vor ihren Todesängsten diente, ermöglichte ihr, in ihrem späteren Leben Zärtlichkeit und Sexualität überhaupt zur Angstabwehr zu verwenden.

Ihr sexuelles Verhalten war also zur Gänze wie ein neurotisches Symptom aufgebaut. Es war kein Zweifel, daß in ihm zutiefst die verdrängte, im Unbewußten in ihrer ursprünglichen oral-sadistischen Form erhalten geliebene Libido ihren Aus-

23) Vgl. Fenichel: Perversionen, Psychosen, Charakterstörungen, S. 48 ff.

druck fand. Aber dieser Ausdruck war nach dem Eingreifen der verdrängenden Mächte nicht mehr oral-sadistisch, sondern genital. Die genitale Art, in der das sexuelle Verhalten manifest erschien, war einem Mechanismus der Angstabwehr zu verdanken, der sich aus „Identifizierungen“ und „Flucht zur Realität“ zusammensetzte. Das genitale Verhalten entsprach nicht genitalen Trieben, sondern einem Gemenge aus oral-sadistischen Trieben und diese abwehrenden Ängsten. Mit Hilfe eben der genitalen Zärtlichkeit wurde die Angst abgewehrt. Diese war „libidinisiert“ worden. Die Patientin liebte und verzärtelte die Objekte, vor denen sie eigentlich Angst hatte. Es wunderte uns nicht, als im Verlaufe der Analyse die zufällig glücklichen quantitativen Verhältnisse angegriffen wurden und die Patientin zeitweise frigid wurde.

Ein Fall, wie der eben besprochene, bietet an sich gewiß nichts Besonderes. Es ist bei ihm prinzipiell nicht anders, als etwa bei jenen bekannten männlichen Fällen, die äußerlich ein reiches Sexualeben führen, in Wahrheit aber nur, um eine innere Impotenzangst zu widerlegen — oder wie überhaupt bei jenen Fällen, wo in mannigfachster Weise äußerlich sexuelle Handlungen nur um des bedrohten Selbstgefühls willen ausgeführt werden. Er ermöglicht uns aber einen Vergleich zwischen angstabwehrender „reaktiver“ und spontaner Sexualität. Der Unterschied ist meist in die Augen fallend. Manchmal, unter glücklichen quantitativen Verhältnissen, ist er weniger deutlich, aber auch dann bleibt er theoretisch höchst bedeutsam. Wenn ein Mensch, dessen Sexualität im Grunde infantil geblieben ist, eine dieser entgegenstehende Angst durch äußerlich erwachsen-sexuelles Verhalten abwehrt, so können solche sexuelle Handlungen im Prinzip niemals wirkliche Befriedigung bringen. Er ist orgasmisch impotent. Wenn man die abwehrenden Ich-Haltungen einteilt in solche, bei denen die abgewehrten Triebenergien frei abfließen (Typus der Sublimierung), und solche, wo sie durch eine Gegenbesetzung in Schach gehalten, aber im Unbewußten unverändert bestehen bleiben (Typus der Reaktionsbildung), so muß man sagen, daß eine Angstabwehr durch die geschilderte Libidinisierung zwar gewisse Abfuhren ermöglicht, aber im Grunde stets dem zweiten Typus angehört: die gefürchtete infantile Sexualität bleibt im Unbewußten bestehen. Ein reaktives sexuelles Verhalten unterscheidet sich also nicht von anderen Verhaltensweisen vom Charakter der Reaktionsbildung. Es ist wie diese krampfhaft, zielgehemmt, widerspruchsvoll, energieverbrauchend und daher unzuweckmäßig.

Die reaktive Sexualität ist eine sekundäre Bildung. Verwechselt man sie mit der primären, somatisch bedingten Sexualität, so käme man bald in arge theoretische Wirrnis.

Die „Libidinisierung der Angst“ spielt in der letzten Zeit in der psychoanalytischen Literatur eine große Rolle. Deshalb war mir daran gelegen, die wirklichen Verhältnisse klarzulegen. Werfen wir nun noch einen Blick auf diese Literatur, so müssen wir sehen, daß in ihr die Gefahr dieser Verwechslung nicht immer vermieden wurde. Eine Kollegin sprach vom „psychischen

Sinn des Geschlechtsverkehrs“, weil sie bei pathologischen Personen prägenitale Angstabwehren während des Geschlechtsaktes in Tätigkeit gefunden hat.²⁴ Kollegen, die bei oral Fixierten finden, daß der Penis unbewußt Mamma-bedeutung hat und benutzt wird, um oralsadistische Konflikte und Ängste zu erledigen, meinen, die Libidobesetzung des Penis verdanke der Sehnsucht nach solcher Erledigung ihr Entstehen.²⁵ Bei manchen Arbeiten hat man fast den Eindruck, daß die Libido überhaupt nur mehr als ein Mittel, Angst zu neutralisieren, angesehen wird; man vergißt, daß die Libido eine biologische, somatisch bedingte Kraft ist.

Etwas davon findet sich sogar in Arbeiten von Jones. Er schreibt z. B.: „Die typische phallische Phase (ist) beim Knaben eher ein neurotisches Kompromiss als ein Stück der natürlichen Sexualentwicklung.“²⁶ Allerdings meint er die „deuterophallische“ Periode, die Kastrationsangst und ihre Folgen, also z. B. nicht den Impuls, phallisch einzudringen, sondern die Hemmung dieses Impulses, wenn er von der „phallischen Phase“ spricht. Und doch scheint es, daß ihn die Verfolgung der verwirrten Zusammenhänge von Genitalität und Prägenitalität, insbesondere die Verfolgung der aus der prägenitalen Zeit übriggebliebenen Ängste und ihrer weiteren Schicksale dazu führte, in der Genitalität wesentlich ein Produkt der Kämpfe um die prägenitale Angst zu sehen. Freud hat uns erklärt, daß in einer Zeit, wo das ganze Interesse des Jungen seinem Penis zugewendet ist, er, wenn er Sexualverbote irgend welcher Art, besonders Onanieverbote, hört, nach dem Talionsgesetz eine Strafe am Penis erwartet; ferner, daß die so entstehende Kastrationsangst ihren dynamischen Wert eben aus dem Umstand zieht, daß der Penis in diesem Lebensalter so hoch besetzt ist.²⁷ Die somatisch bedingte Libido erklärt uns die Stärke der durch den Eingriff der Erziehung bedingten Angst. Nach Jones verhält sich dieser Sachverhalt geradezu umgekehrt: „Libidinisierung“ nicht nur dessen, was man fürchtet, sondern auch dessen, wofür man fürchtet, ist ein Mittel gegen Angst. Weil um diese Zeit Kastrationsangst herrscht, wird der Penis hoch besetzt, „die narzißtische Besetzung des Phallus ist sekundärer Natur“. Der Junge hat nicht Angst um den Penis, weil er ihn als ein somatisch sensationsreiches Organ liebt, sondern er liebt den Penis, weil er um ihn Angst hat und sich deshalb besonders um ihn sorgen muß. Woher aber dann die Angst? Nun ist es so, daß uns die englische psychoanalytische Schule sehr viel Beherzigenswertes über die prägenitalen Ängste gelehrt hat, die vor allem aus dem oralen Sadismus stammen. Kein Zweifel, daß da in der psychischen Entwicklung das Alte immer noch

24) Deutsche psychoanalytische Gesellschaft, 1931.

25) Bergler u. Eidelberg: Der Mammakomplex des Mannes. Int. Ztschr. f. Psa., XIX, 1933.

26) Jones: Die phallische Phase. Int. Ztschr. f. Psa., XIX, 1933, S. 337. Auch die folgenden Hinweise beziehen sich auf diese Arbeit.

27) S. z. B. Freud: Die infantile Genitalorganisation, Ges. Schr., Bd. V.

hinter dem Neuen steht, auch die Kastrationsangst mit diesen Ängsten immer in assoziativer Verbindung steht. Statt nun diese Wege von der prägenitalen zur genitalen Angst gleichsam als akzidentell zu beschreiben, sieht Jones in der Kastrationsangst nur ein Entwicklungsprodukt dieser frühen Ängste und in der phallischen Phase eine Folge der Kastrationsangst.²⁸

Die zur Diskussion stehenden Fragen werden besonders wichtig bei den Problemen der Psychogenese der Perversionen. Hier handelt es sich um ein libidinöses Phänomen, das dazu dient, für gefährlich gehaltene Triebe anderer Art in der Verdrängung zu halten. Es liegt also nahe, daran zu denken, daß hier etwas Gefürchtetes sexualisiert sei. Das ist die Auffassung von Glover,²⁹ an die man glauben möchte, wenn man z. B. einem Scherenfetischisten begegnet. Oder: Wir sind gewohnt, in der Pädophilie ein Verliebtsein in die eigene Kindheit zu sehen. Es gibt aber auch eine Form der Pädophilie, die analog der Femininität jenes die Angst vor den Frauen abwehrenden Patienten ist: So wie es viele Patienten gibt, die mit Kindern nicht reden und keinen Kontakt finden können, weil sie vor Kindern, die sie an ihre eigene verdrängte Kindheit erinnern, Angst haben, gibt es auch Pädophile, die Kinder lieben, weil sie eine solche Angst widerlegen und sich und andern beweisen wollen, daß sie Kinder nicht fürchten. Es könnte also sein, daß in solcher reaktiver Liebe zu den Kindern gerade das Gefürchtete wieder libidinisiert ist. Glover meint, daß das tatsächlich so ist, und daß Perversionen Libidinierungen an denjenigen Stellen entsprechen, wo einmal Kindheitsängste bestanden haben. — Aber gerade der Fetischismus, auf den Glover sich beruft, scheint ja zunächst das Gegenteil zu beweisen. Wenn ein Bein- und Fußfetischist sich daran erinnert, daß er, als er als Kind einmal ein Mädchen mit kurzen Röcken sah, das Erlebnis des „Merkbefehls“³⁰ gehabt habe: „Das muß ich mir für alle Zeiten merken, daß Mädchen auch Beine haben“, so verstehen wir: Er beschließt in diesem Augenblick gerade das Gegenteil, nämlich: „Mit Hilfe dieses Anblicks kann ich vergessen, daß Mädchen keinen Penis haben.“ Er sexualisiert also nicht dort, wo er Angst empfindet, sondern er sexualisiert

28) Ich will es mir versagen, zahlreiche analoge Beispiele unserer Literatur zu besprechen. Ein Beispiel für viele: Nina Searl meint, daß eine Libidinisierung der Organe des respiratorischen Trakts zustande kommt, um die berechtigte Angst vor einer Schädigung in dieser Gegend wettzumachen, die anlässlich der Erfahrung von frühkindlichen Schreianfällen entstand. (*The Psychology of Screaming*, *Int. Journal of Psa.*, XIV, 1933.) Daß man Organe und Funktionen, die man fürchtete, überkompensierend libidinisieren kann, ist kein Zweifel. Aber man kann nicht die Erogeneität einer Gegend, die eine biologische Eigenschaft ist, überhaupt auf einen derartigen Mechanismus zurückführen, sondern muß daran denken, daß die Angst, die hier abgewehrt wird, selbst wieder dazu bestimmt war, ihrerseits eine noch frühere somatisch bedingte Erogeneität abzuwehren.

29) Glover: *The Relation of Perversion-Formation to the Development of Reality-Sense*. *Int. Journal of Psa.*, XIV, 1933.

30) Fenichel: *Zur ökonomischen Funktion der Deckerinnerungen*. *Int. Ztschr. f. Psa.*, XIII, 1927.

dasjenige, was seiner Angst widerspricht. Infantile sexuelle Befriedigungen, die eine gleichzeitige Angst zu widerlegen scheinen, legen natürlich besonders leicht den Grundstock zu Fixierungen.

Es ist gerade charakteristisch für die Perversion, daß der infantile Partialtrieb, der manifest in der Perversion zutage tritt, nicht identisch ist mit den sexuellen Haltungen, die gefürchtet sind und abgewehrt werden. — In der Perversion wirken Momente, die von der erwachsenen Sexualität wegziehen, zusammen mit solchen, die zur infantilen hinziehen. Das Moment der Angstüberwindung durch Libidinisierung kann als Unterabteilung der zweiten Gruppe eine Rolle spielen. Wenn man das aber als allein ausschlaggebend hervorheben will, so wird zunächst die erste Gruppe von Faktoren völlig außeracht gelassen. Sie kulminiert immer in der Kastrationsangst. Glover wirft dieser Meinung vor, sie erkläre die Perversionen allzu monoton. Zu Unrecht. Monoton ist die Kastrationsangst, die tatsächlich bei allen Perversionen in gleicher Weise bewirkt, daß die erwachsene Sexualität durch etwas anderes ersetzt werden muß; wodurch sie aber ersetzt wird, das ist nicht monoton, sondern hängt von der Anziehung ab, die von den verschiedenen Partialtrieben ausgeht, und bei der die Libidinisierung zum Zwecke der Angstüberwindung einen Faktor neben anderen darstellen mag.

Aber auch unter den fixierenden Faktoren darf man die Libidinisierung zum Zwecke der Angstüberwindung nicht allzu isoliert hervorheben. Es entsteht sonst der Eindruck, daß die somatische Basis der Partialtriebe, die gesicherte Erfahrung, daß diese durch Konstitution oder durch Erleben Fixierungen erleiden können, zu kurz kommen könnte über der einen neuen Entdeckung. Wenn Glover z. B. formuliert, daß „viele der sogenannten spontanen sexuellen Aktionen der Kindheit schon im Prinzip Perversionen sind“, d. h. der Angstüberwindung dienen, so fürchtet man für die grundlegenden Erkenntnisse der Psychoanalyse über die infantile Sexualität als einer aus somatischen Quellen stammenden Gegebenheit.

Fragt man nun aber: „Wieso kann das Ich den perversen Impuls bejahen?“, so ist die Antwort: „Weil dank der Libidinisierung die Bejahung des Gefürchteten Angst erspart“, sicher nicht die prinzipiell richtige, sondern man müßte etwa sagen: „Weil diese Bejahung imstande ist, gerade dasjenige Moment, das dem Patienten eine Triebbefriedigung als Gefahr erscheinen läßt, auszuschalten.“ Völlig ungenügend erscheint mit die Antwort Eidelbergs: „Dieser Unterschied im Verhalten des Ichs ist dadurch bedingt, daß bei der Bildung der perversen Handlung der kindliche Größenwahn des Ichs im weit größeren Ausmaße berücksichtigt wird als beim neurotischen Symptom.“³¹ Es scheint uns, es gehe gerade umgekehrt zu: Wenn dem Ich ein so glücklicher Ausweg aus einem Triebkonflikt gelingt, bei dem es seine gefährdete sexuelle

31) Eidelberg: Zur Theorie und Klinik der Perversion. Int. Ztschr. f. Psa., XIX, 1933.

Lust unter der Bedingung der Zieländerung im Sinne des Rückgreifens auf alte Fixierungen erhalten kann, dann wird auch sein kindlicher Größenwahn dadurch gehoben und tritt deutlicher in Erscheinung.

Die Psychoanalyse hat es mit ungemein komplizierten Sachverhalten zu tun. Will sie über diese Sachverhalte einen Gesamtüberblick gewinnen, so ist es wichtig, daß sie die richtigen Koordinaten der Ordnung all dieser Komplikationen zugrunde legt. Es gibt z. B. in den masochistischen Phänomenen einen Genuß an der Unlust. Dies darf nicht dazu verführen, das Lustprinzip, das uns die erste und sicherste Orientierung für die Verhaltensweisen der Menschen gibt, zu verwerfen, sondern nur dazu, diese Ausnahme eines sonst gültigen Prinzips psychogenetisch zu erklären. Ebenso gibt es eine „Angstabwehr durch Libidinisierung“. Dieser Sachverhalt könnte wieder deshalb verwirren, weil wir zum Verständnis der gesamten Triebkonflikte der Menschen davon ausgehen, daß umgekehrt die Angst es ist, die den Motor zur Abwehr der Triebe, der „Libido“, abgibt. Diese Auffassung ist aber für die wissenschaftstheoretische Einordnung der Psychoanalyse von entscheidender Bedeutung. Denn gerade die biologisch bedingte Natur der Sexualität, der Trieb als die „Arbeitsanforderung, die das Somatische an den psychischen Apparat stellt“,³² ist die Brücke von unserer Wissenschaft zur Biologie. Es kommt also auch hier darauf an, die Libidinisierung als Angstabwehr, als sekundär zu verstehen, als eine Folge des „Prinzips der mehrfachen Funktion“,³³ das dazu führt, daß ein somatisch bedingter Drang im Seelenhaushalt auch andere Funktionen übernimmt. In der Angstabwehr aber die Hauptfunktion der Libido zu sehen, würde uns von unserer ganzen Denkweise abführen und den naturwissenschaftlichen Charakter der Psychoanalyse bedrohen. Bevor es eine Angstabwehr mit Hilfe von Trieben gab, gab es primäre Triebe, deren Nichtbefriedigung Angst entstehen ließ und die selbst durch Angstentwicklung abgewehrt wurden.

32) Freud: Triebe und Triebchicksale, Ges. Schr., Bd. V.

33) Wälder: Das Prinzip der mehrfachen Funktion. Int. Ztschr. f. Psa., XVI, 1930.

Probleme der Technik

Von

Hellmuth Kaiser

Palma de Mallorca

1. Vorbemerkung
2. Die Grundfragen der Technik
3. Die Auflösung der Widerstände
4. Sind andere Wege der Widerstandsauflösung in dem vorliegenden Beispiel möglich?
5. Die Struktur der Widerstände
6. Übertragungswiderstände
7. Charakterwiderstände
8. Die Auflösung der Widerstände (Fortsetzung)
9. Die Praxis der konsequenten Widerstandsanalyse
10. Das Problem der Aktualität
11. Das Reden in Anspielungen
12. Reichs Theorien zur Analysetechnik
13. Die Formulierungen Freuds

1. Vorbemerkung

In der analytischen Praxis fiel mir eine Gruppe von Patienten auf, die sich der von mir geübten Technik gegenüber als ganz besonders resistent erwies. Die Schwierigkeiten, die ihre Behandlung bereitete, und die zunächst recht verschiedene Aspekte boten, schienen bei fortschreitender Analyse oder wenigstens bei zunehmender Stundenzahl einander immer ähnlicher zu werden und erweckten schließlich die Überzeugung, daß das Kernstück des Widerstandes, der die analytische Bemühung unfruchtbar machte, bei allen das gleiche sein mußte. So unterschiedlich das Lebensverhalten dieser Patienten war, so ungleich das Ausmaß, in dem die Neurose ihnen das Dasein verkümmert hatte (wenigstens für eine oberflächlichere Betrachtung), so sehr drängte sich die Beobachtung auf, daß der Widerstand, den sie in der Analyse entwickelten, stets die gleiche Gefühlslage in mir erzeugte. — Nachdem ich erst bei einem dieser Patienten einen großen Fortschritt in dem Verständnis seiner Widerstände dadurch erreicht hatte, daß ich das Wesentliche daran als eine trotzhafte Haltung aufzufassen suchte, bemerkte ich sehr bald, daß mir die gleiche Interpretation auch bei allen anderen Patienten dieser Gruppe die Situation in der fühlbarsten Weise klären half.

Diese Erfahrungen veranlaßten mich zu einer Reihe von Untersuchungen und Überlegungen, die zwei verschiedene Problemkreise betrafen. Ich versuchte erstens, den Begriff des „trotzhafte Charakters“ — diese Eigenschaft schrieb ich jener Patientengruppe als deren gemeinsames Merkmal zu — genau herauszuarbeiten, d. h. ihn exakt zu beschreiben, seine Genese soweit wie möglich theoretisch zu verstehen und ihn gegen andere, ähnliche Begriffe

von Charaktertypen abzugrenzen. Zweitens sah ich mich genötigt, mir die Frage vorzulegen, warum diese Patienten so wenig durch ein analytisches Vorgehen zu beeinflussen waren, das bei anderen Typen, wenn auch nicht gerade volle Heilungen, so doch sehr erhebliche, praktisch ausreichende Besserungen erzielt hatte. Im Verfolg dieser zweiten Fragestellung kam ich dazu, ausgehend von den allgemeinsten theoretischen Grundlagen der Technik einige Gesichtspunkte für die analytische Behandlung der trotzhaften Charaktere aufzustellen und ihre Anwendung in der Praxis zu studieren.

Die Ergebnisse, zu denen ich bei der Bearbeitung dieser beiden Problemstellungen gelangte, sind in einer vor einigen Monaten beendeten Arbeit mit dem Titel „Der trotzhafte Charakter“ niedergelegt, die aber bisher aus Raum-mangel nicht publiziert werden konnte. — In der vorliegenden Arbeit möchte ich einige, die Theorie der Technik betreffende Gedanken zur Diskussion stellen, die sich mir bei dem Studium der „trotzhaften Charaktere“ und ihrer besonderen Widerstände ergaben, die aber vielleicht auch unabhängig von der Betrachtung dieser speziellen Charakterform Anregungen für die Entwicklung der Analysetechnik geben könnten.

Ich werde mit ein paar allgemeinen Betrachtungen über die analytische Technik beginnen, um erst an der Stelle, wo die Erfahrungen, die ich an trotzhaften Charakteren gemacht habe, besonders aufschlußreich waren, die speziellen Mechanismen dieses Typs in die Untersuchung einzubeziehen.

2. Die Grundfragen der Technik

Es besteht unter den Analytikern Einigkeit darüber, daß die Gesundung des Patienten, die durch die analytische Behandlung erzielt werden soll, in den erfolgreichen Fällen dadurch zustande kommt, daß Triebimpulse, die seit früher Kindheit durch mehr oder minder komplizierte Mechanismen vom Ich des Patienten abgewehrt und von den Abfuhr- oder Verarbeitungsmöglichkeiten des Systems WBw. ferngehalten wurden, aus ihrer Absperrung befreit werden, so daß sie an der Gestaltung der Gesamtpersönlichkeit und an ihren Lebensäußerungen in der für den Gesunden charakteristischen Weise teilnehmen können.

Als das konkrete, beobachtbare Korrelat einer solchen Befreiung verdrängter Impulse pflegen wir in der analytischen Behandlung ein Phänomen anzusehen, das ich für die Zwecke der folgenden Überlegungen als „echten Triebdurchbruch“ bezeichnen möchte, und das ich, um dem Leser eine sichere Identifizierung mit eigenen Beobachtungen zu ermöglichen, sogleich beschreiben will.

Der Patient spricht mit bewegter, oft mit eigentümlich vibrierender Stimme. Er befindet sich in starker Erregung; seine Muskulatur ist gelockert, wenn er auch häufig, von krampfhaften Sperrungen unterbrochen, für Augenblicke in steife, Angst, Ekel oder Scham ausdrückende Haltungen verfällt. Er spricht

bald überstürzt, bald stockend, sein Ausdruck ist, sowohl was die Klangfarbe und Modulation der Stimme, die Mimik und Gestikulation, als auch was die Wortwahl und den Satzbau betrifft, der für ihn „natürliche“ und wirkt wie der eines von starken Affekten bewegten Gesunden unmittelbar „echt“ und überzeugend. Der Inhalt seiner Äußerungen bezieht sich auf einen ihn offenbar gegenwärtig bewegenden Impuls, der sich aber nicht nur auf den anwesenden Analytiker richtet, sondern auch einem Objekt der Kindheit gilt. Im Anfang des Durchbruchs wird dies Objekt noch mit der Person des Analytikers verschmolzen, im weiteren Verlaufe wird es jedoch von ihm abgelöst und erscheint als eine bestimmte Persönlichkeit aus der Infantilzeit des Patienten. Die Rede des Patienten schwankt meist zwischen dem Präsens und einer Vergangenheitsform hin und her, bald redet er den Analytiker mit dem Namen jener Persönlichkeit an, bald berichtet er eine Erinnerung.

Nach dem Durchbruch ist der Patient gelöst, ermattet und stark erleichtert; namentlich wenn der Durchbruch Zeit hatte, in der Analysenstunde auszu-
laufen, befindet er sich meist in befreiter, intensiv glücklicher Stimmung.

Der Analytiker hat angesichts eines echten Triebdurchbruchs ein ähnliches Gefühl wie beim Anblick eines großartigen Naturschauspiels, eines starken Gewitters, einer Sturmflut, eines Vulkanausbruchs. Er fühlt sich erschüttert. — Der Eindruck ist ein so starker, daß es kaum vorkommen wird, daß er an der Echtheit des Phänomens zweifelt, während es ziemlich häufig geschehen mag, daß man einen Scheindurchbruch (also den Ausdruck einer bestimmten Widerstandsform) zunächst für echt hält, um allmählich diese Überzeugung anzuzweifeln.

Ob diese „echten Triebdurchbrüche“ nur Indikatoren für die schon vollzogene Triebbefreiung darstellen, oder ob sich die Triebbefreiung in diesen Phänomenen oder während ihres Ablaufs vollzieht, können wir nicht mit Sicherheit entscheiden. Tatsache ist jedenfalls, daß Veränderungen des Patienten, die als Fortschritte in Richtung auf eine wirkliche Heilung aufgefaßt werden können, nur nach dem Auftreten von Phänomenen der geschilderten Art zu beobachten sind. Auch hierüber dürfte weitgehend Einigkeit bestehen.

Die Grundfrage der Technik: Wie und wodurch ist eine Befreiung der verdrängten Triebimpulse möglich? fällt also praktisch zusammen mit dem Problem, den Weg anzugeben, auf dem man zu solchen echten Triebdurchbrüchen gelangen kann. — Die allgemeinste Antwort auf diese Frage hat Freud gegeben. Die verdrängten Impulse haben von sich aus das Bestreben, nach dem Bewußtsein hin durchzustoßen. Was sie daran hindert, sind die in der Kindheit errichteten und seitdem gewaltig ausgebauten Abwehrmechanismen, deren Wirkung der Analytiker in den sogenannten Widerständen zu fühlen bekommt, und deren Zahl sich im Laufe der Analyse durch Bildungen, die diese selbst provoziert, d. h. erforderlich gemacht hat, noch vergrößert. Daraus

folgt, daß das Mittel zur Befreiung der verdrängten Impulse in der Überwindung der Widerstände besteht.

Das eigentliche Problem der Technik lautet nun: Wie beseitigt man die Widerstände des Patienten? Die Antworten, die Freud hier gegeben hat, sind kurz und sehr viel weniger präzise formuliert als die Mehrzahl der übrigen in seinen technischen Schriften enthaltenen Gedanken. Seltsamerweise haben diese Antworten seit den rund zwanzig Jahren ihrer Publizität keine Neudarstellung, keine Ergänzung oder Interpretation erfahren. Die wichtigsten hierhergehörigen Stellen lauten:

„Endlich hat sich die konsequente heutige Technik herausgebildet, bei welcher der Arzt auf die Einstellung eines bestimmten Momentes oder Problems verzichtet, sich damit begnügt, die jeweilige psychische Oberfläche des Analysierten zu studieren und die Deutungskunst wesentlich dazu benützt, um die an dieser hervortretenden Widerstände zu erkennen und dem Kranken bewußt zu machen. Es stellt sich dann eine neue Art von Arbeitsteilung her: Der Arzt deckt die dem Kranken unbekanntem Widerstände auf; sind diese erst bewältigt, so erzählt der Kranke oft ohne alle Mühe die vergessenen Situationen und Zusammenhänge.“

„Die Überwindung der Widerstände wird bekanntlich dadurch eingeleitet, daß der Arzt den vom Analysierten niemals erkannten Widerstand aufdeckt und ihn dem Patienten mitteilt... Man muß dem Kranken die Zeit lassen, sich in den ihm unbekanntem Widerstand zu vertiefen, ihn durchzuarbeiten, ihn zu überwinden, indem er ihm zum Trotze die Arbeit nach der analytischen Grundregel fortsetzt.“ (Int. Zeitschr. f. Ps. II, 1914, Erinnern, Wiederholen, Durcharbeiten.)

Wenn wir in diesen Sätzen Freuds keine uns ganz befriedigende Antwort auf die Grundfrage der Technik zu finden glauben, so gewiß nicht, weil sie zu arm an Inhalt seien. Im Gegenteil, sie sind ungeheuer inhaltsreich, so reich, daß die volle Entfaltung der in ihnen angedeuteten Beobachtungen, Anweisungen, Theorien und Probleme eine stattliche Reihe von Bänden füllen könnte, so daß es sich mit ihnen ähnlich verhält wie mit den drei Abhandlungen zur Sexualtheorie, von denen man sagen könnte, daß ein großer Teil der analytischen Literatur aufgefaßt werden kann als die explizite Darstellung der dort in erstaunlicher Konzentration teils ausgedrückten, teils angedeuteten Grundkonzeption. NB

Warum die technisch-therapeutischen Probleme trotz ihrer auf der Hand liegenden eminenten praktischen Bedeutsamkeit nur eine so unvergleichlich geringere Ausarbeitung gefunden haben als die theoretischen, ist gewiß eine ungeheuer reizvolle Frage, deren Beantwortung aber nicht in den Rahmen der vorliegenden Arbeit gehört. NB

Daß die Freudschen Formulierungen nicht so eindeutig oder genügend ausführlich gefaßt sind, um nur eine Interpretation zuzulassen, beweist die Tatsache, daß unter den Analytikern sehr verschiedene Methoden in der Praxis befolgt werden, jedesmal mit dem Hinweis, daß gerade diese Methode aus den Freudschen Grundgedanken folge, und zwar nicht nur für die Individualität eines bestimmten Analytikers, sondern für alle.

Mit einer Auffassung der Freudschen Formulierungen möchte ich mich vorab auseinandersetzen, weil sie nämlich allen übrigen gegenüber eine Sonderstellung einnimmt. Diese Auffassung lautet: Freud habe nur die eine Anweisung geben wollen, die Widerstände des Patienten zu beseitigen, hinsichtlich des „wie?“ aber gemeint, daß es dafür keine Regeln und Methoden geben könne, da alles der individuellen Intuition des einzelnen Analytikers zu überlassen sei. Diese Auffassung, die etwa den Ausführungen von Reik in seinem Luzerner Kongreßvortrag entsprechen dürfte, kann aber keinesfalls eine Weiterentwicklung der Theorie der Technik entbehrlich machen. Denn gesetzt, sie treffe wirklich die Meinung Freuds — was ich nicht glaube — und diese Meinung Freuds sei außerdem die richtige, so würde gleichwohl die Frage nach Beantwortung verlangen, wie es denn — etwa aus der Struktur der Widerstände — zu verstehen sei, daß sie überhaupt einer Auflösung oder Beseitigung zugänglich seien, was die besondere Leistung der Intuition dabei sei, und wieso es möglich sei, daß man dem Ausbildungskandidaten immerhin von der Äußerung intuitiver Einfälle mit Entschiedenheit abraten könne. Solange diese Fragen der Lösung harren, kann die eine Theorie der Technik ablehnende Auffassung keinen Anspruch auf wissenschaftliche Begründung erheben.

3. Die Auflösung der Widerstände

Wir wollen uns nun, ohne uns vorab auf irgendeine Theorie festzulegen, die Frage stellen, wie es denn überhaupt möglich sei, Widerstände des Patienten zu überwinden oder aufzulösen. Die sachgemäße Beantwortung dieser Frage setzt voraus, daß man sich über die Natur der Widerstände eine bestimmte Vorstellung bilden konnte. Denn wir dürfen nicht hoffen, die verwundbare Stelle an einem Gegner herauszufinden, ehe wir ihn nicht selber sehr genau kennen. Angesichts dieser Konsequenz wird uns bereits bange. Die Formen und Arten der Widerstände zeigen einen erdrückenden Reichtum. Es scheint hoffnungslos, den Versuch zu machen, sie soweit unter einen Hut zu bringen, daß man sogleich etwas allgemeines über die Möglichkeit ihrer Auflösung sagen könnte.

Versuchen wir es daher vorerst mit einer weit bescheideneren Aufgabe! Betrachten wir ein einzelnes konkretes Beispiel einer Widerstandsauflösung, wählen wir es so günstig und übersichtlich wie möglich und bemühen wir uns, recht genau zu verstehen, was in diesem Einzelfall vor sich gegangen ist.

Ein Patient berichtet in der Stunde etwas ärgerlich, er habe am Morgen seinen Schwager, den Mann seiner Schwester, der auf der Durchreise hier eine Stunde Aufenthalt hatte, an der Bahn treffen wollen, habe ihn aber am Bahnhof nicht mehr angetroffen, was ihm sehr leid tue, da ihm der Schwager sehr sympathisch sei. — Auf die Frage, wie das denn zugegangen sei, antwortet er: Er sei ohne sein Verschulden zu spät gekommen; denn gerade als er das Haus habe verlassen wollen, um die Elektrische zu nehmen, sei er telephonisch angerufen worden. — Ja, ob denn sonst niemand im Haus gewesen sei, den Anruf entgegenzunehmen? — Der Patient

stutzt einen Augenblick. „Das schon“, sagt er, so spät sei es auch gar nicht gewesen; nur habe sich das Gespräch in die Länge gezogen. Ob es denn etwas sehr Wichtiges gewesen sei? „Nein“, antwortet er zögernd, das wohl nicht, aber der Gesprächspartner habe gar kein Ende gefunden, und er habe doch nicht so unhöflich sein können, ihn zu unterbrechen. — Dabei ist die Stimme des Patienten etwas heiser geworden. In viel gereizterem Ton als vorher fährt er fort: „... Und wie ich auf die Straße komme, fährt mir gerade die Bahn weg.“ — „Und dann?“ — „Na, da bin ich eben in mein Büro gefahren.“ „Ja konnten Sie denn nicht ein Taxi nehmen?“ Mit finsterem Gesicht gibt der Patient murrend zur Antwort: „Darauf bin ich gar nicht gekommen!“ — „Warum werden Sie so böse?“ — „Mein Gott, warum quälen Sie mich, dann habe ich den verdammten Kerl eben nicht gesehen.“ — Gleich nach dieser Antwort dreht sich der Patient um, seine Miene ist entspannt und sein Blick sagt, daß er verstanden hat, was in ihm vorging.

Wir behaupten, die obige Szene enthalte den Fall einer — gewiß sehr banalen — Widerstandsauflösung. Der verdrängte Impuls besteht in einer feindseligen Regung gegen den Schwager. Er ist vom Patienten abgewehrt, weil er aus seiner, des Patienten, inzestuösen Fixierung an die Schwester stammt. Die Durchreise des Schwagers durch die Heimatstadt des Patienten und die an diesen gestellte Zumutung, den Schwager an der Bahn zu treffen, haben den Impuls aktiviert. Die Abwehr des Impulses hat sich als nicht ganz ausreichend erwiesen. Zwar ist er nicht bis in das Bewußtsein des Patienten vorgedrungen, aber er hat sich in einer Reihe von Fehlhandlungen durchgesetzt, die das Rendezvous verhinderten. — Außerdem ist er an der ärgerlichen Stimmung des Patienten am Anfang der Stunde beteiligt. Worin bestand nun der Mechanismus, der das Bewußtwerden des verpönten Impulses im Anfang der Stunde verhinderte? — Offenbar in der Überzeugung des Patienten, daß er an seiner Verspätung keine Schuld trage. Diese Überzeugung wurde aufrechtgehalten durch eine Reihe von Denkakten, die der Patient jedenfalls mit einer geringen Beteiligung von Aufmerksamkeit — vielleicht können wir sogar sagen „vorbewußt“ — vollzogen hatte. Zu diesen Denkakten gehört beispielsweise derjenige, der zum Inhalt hat: Wenn ich den Gesprächspartner unterbreche, bin ich unhöflich, und das darf ich nicht sein. — Hätte der intelligente Patient seine Aufmerksamkeit von selbst diesen Denkakten zugewandt, er hätte die das Bewußtwerden des verdrängten Impulses abwehrende „Überzeugung“ nicht eine Minute aufrechterhalten können. Das Tun des Analytikers bestand nun in nichts anderem, als daß er in geeigneter Weise die Aufmerksamkeit des Patienten auf die falsche Überzeugung begründenden fehlerhaften Denkakten lenkte, es so dem Verstande des Patienten ermöglichte, sie als fehlerhaft zu erkennen und dadurch wieder seine Überzeugung, sein Zuspätkommen sei durch äußere Umstände verschuldet, zu vernichten. — Je weiter dieser Prozeß fortschreitet, um so mehr zeigt sich von dem verpönten Impuls. Im letzten Augenblick, als der Impuls schon seinem feindseligen Charakter nach dem Patienten bewußt geworden ist, versucht die Abwehrinstanz noch rasch ein neues Mittel, wenigstens das Objekt der feindseligen Strebung im Dunkel

zu lassen: der Patient faßt die Fragen des Analytikers als Quälerei auf und motiviert dadurch eine angeblich gegen den Analytiker gerichtete Gereiztheit, d. h. er versucht eine Abwehr mit Hilfe der Übertragung. Dieses Mittel kommt aber zu spät. Das Schimpfwort, mit dem er den Schwager unwillkürlich belegt, ist der Beweis für das endgültige Scheitern des Abwehrversuches.

Das dynamische Moment bei der Abwehr, die der Patient ausübt, liegt — das sei noch einmal hervorgehoben — nicht in den irrigen, die Abwehr ermöglichenden Gedanken, sondern in einem Betrag narzißtischer Libido, die mobilisiert ist durch die assoziative Verknüpfung zwischen der Vorstellung der eigenen Aggression und der Vorstellung einer Schädigung des Ichs. Diese narzißtische Libido bewirkt erst das Zustandekommen der irrigen, die Realität nicht treffenden Abwehrgedanken, die der an sich intakte Intellekt des Patienten, wenn er nicht durch jenen Betrag narzißtischer Libido planmäßig in seiner Funktion gestört worden wäre, gewiß als schief und unzutreffend abgelehnt hätte.

Um uns den Ablauf der kleinen Szene so deutlich zu machen, wie nur irgend möglich, stellen wir die Phänomene in der Psyche des Patienten schematisch dar, indem wir mit der tiefsten Schicht beginnen:

Aggressiver Impuls. — Vorstellung einer Ich-Schädigung (etwa Kastrationsgefahr). — Mobilisierung narzißtischer Libido. — Verdrängung des Impulses. — Reiz. — (Anmeldung des Schwagers)
 Aktivierung des Impulses. — Durchbruchssymptome. — Störung der Selbstwahrnehmung durch die narzißtische Libido (Rationalisierung der Fehlbehandlungen).

Topisch betrachtet fallen die letzten beiden Phänomene in das Bereich des Vorbewußten, alle vorangehenden in das des Unbewußten.

Wie vollzieht sich nun die widerstandslösende Wirkung des therapeutischen Eingriffs? — Wir hatten schon gesagt, daß die Worte des Analytikers den Effekt haben, die Aufmerksamkeit des Patienten auf seine irrigen, die Selbstwahrnehmung verunmöglichenden Gedanken hinzulenken. Diese Deskription stellt die topischen Verhältnisse richtig dar, aber sie gibt noch keinen Einblick in die Dynamik der Situation. Es sieht vielmehr so aus, als ob überhaupt kein dynamischer Aufwand nötig wäre; denn ist die Aufmerksamkeit des Patienten erst auf seine irrigen Gedanken gerichtet, so vollzieht er ihre Entlarvung und Verwerfung von selbst, ohne jedes weitere Zutun des Analytikers. Während wir aber diesen Satz niederschreiben, erkennen wir schon, daß wir ein dynamisches Moment übergangen haben: Der Umstand, daß der sonst scharfsinnige Patient irrige Gedanken denkt und ihnen ein ungenügendes Maß an Aufmerksamkeit zuwendet, ist nur zu erklären durch die Wirksamkeit einer störenden Kraft. Wir machten sie auch schon namhaft und erkannten in ihr einen Betrag narzißtischer Libido. Das Hinlenken der Aufmerksamkeit des Patienten auf seine irrigen Gedanken ist daher nur möglich, wenn die Kraft dieser die

Aufmerksamkeit abhaltenden Libido überwunden wird. Dazu bedarf es aber wieder einer Kraft. Wo nehmen wir die her? — Nun, die Antwort ist einfach. Der Patient unseres Beispiels hat ja offenbar einen gewissen Kontakt mit seinem Analytiker, er zeigt das Bestreben, ihm Rede und Antwort zu stehen, er wünscht, von ihm verstanden zu werden. Die Kraft, die uns allein ermöglicht, die Wirksamkeit der narzißtischen Libido soweit einzuschränken, daß die widerstandsbildenden Gedanken des Patienten in das volle Licht seiner Aufmerksamkeit gerückt werden können, ist also seine Übertragungsbeziehung, genauer gesagt seine zärtliche, von der ratio zugelassene Bindung an den Analytiker.

In der Tat gelingt es keineswegs immer, den Patienten zu veranlassen, seine Aufmerksamkeit dahin zu lenken, wo wir sie haben wollen. Ein anderer Patient hätte vielleicht auf unsere Frage, wie das (Zuspätkommen) denn eigentlich zugegangen sei, geantwortet: „Woher das plötzliche Interesse? — Sonst fragen Sie doch nie!“ Und hätte mit einer Hohnrede auf die Analyse fortgefahren. — Wir können ja auch bemerken, daß der Analytiker unseres Beispiels eine gewisse — sicherlich noch recht primitive und auch dem Alltagsleben nicht fremde — Kunst der Gesprächsführung anwendet. Er geht nämlich Schritt für Schritt vor und nimmt bei seinen Fragen nicht auf den intakten, sondern auf den ja tatsächlich gestörten Intellekt des Patienten Rücksicht. Ebenso vermeidet er einen inquisitorischen Ton oder eine ironische Nuance in seiner Stimme.

Wir haben das angebahnte Verständnis der Vorgänge in unserem Beispiel nun noch durch die Beantwortung einer energetischen oder dem üblichen Sprachgebrauche nach „ökonomischen“ Frage zu ergänzen. Wir haben zwar etwas von dem dabei auftretenden Kräftespiel, aber noch nichts von den bewirkten Energieumsetzungen erfahren. — Eines dürfen wir wohl ohne weiteres annehmen: der aufgestaute feindselige Impuls gegen den Schwager hat eine breitere Abfuhrmöglichkeit erhalten, als ihm bisher etwa in den Fehlleistungen zur Verfügung stand. Diese Abfuhr beschränkt sich nicht etwa auf die in der Analysenstunde geäußerte Invektive, sondern sie wird, nachdem der Affekt dem Bewußtsein zugänglich geworden ist, in einem Umfange, der durch die kulturellen Ansprüche des bewußten Ichs des Patienten bestimmt ist, weitere Formen finden (z. B. die eines höflich aber kühl gehaltenen Entschuldigungsbriefs an den Schwager).

Wie steht es aber mit der durch das Aufgebot der Übertragungsbindung „zurückgedrängten“ narzißtischen Libido, die den Abwehrdienst bewirkt hatte? — Diesem Libidoquantum ist zwar ein Betätigungsfeld genommen worden. Aber zur Demobilmachung hat ihm die Analysenstunde keinen Anlaß gegeben. Im Gegenteil. Die Analyse hat einen Teil des aggressiven Impulses befreit, aber damit nur die Gefahr vergrößert, daß der Kern dieses Impulses, der alte Todeswunsch gegen den Vater aus den Zeiten der Ödipussituation, in das Be-

wußtsein durchbricht. Um das zu verhindern, muß eher noch ein Mehr an Gegenbesetzung aufgewandt werden. Zum Beispiel könnte es sein, daß die narzißtische Libido nun dazu verwandt wird, für die Feindseligkeit gegen den Schwager eine harmlose Rationalisierung zu finden und durch vorsichtige Steuerung der Aufmerksamkeit diese Neubildung vor der zerstörenden Kritik des Verstandes zu schützen. — Praktisch gesprochen: der Analytiker wird mit dem alsbaldigen Auftauchen eines neuen Widerstandes an einer dem Kernpunkt der Neurose um einen Schritt näher gelegenen Stelle zu rechnen haben.

Wir fassen zusammen: In dem vorliegenden Beispiel war die Auflösung des Widerstandes durch den Eingriff des Analytikers auf die dargestellte Weise möglich (und verständlich), weil der Widerstand sich einiger nicht realitäts-gerechter, aber auf Rationalität Anspruch erhebender Gedanken bediente, die der Intellekt des Patienten an sich imstande war, als abwegig zu erkennen, und weil es infolge der zur Zeit bestehenden Übertragung gelang, die Aufmerksamkeit des Patienten diesen Gedanken — wir wollen sie kurz Widerstandsgedanken nennen — zuzuwenden.

4. Sind andere Wege der Widerstandsauflösung in dem vorliegenden Beispiel möglich?

Wenn wir hoffen dürfen, daß der Leser unseren bisherigen Ausführungen soweit gefolgt ist, um zuzugestehen, daß das angeführte Beispiel wirklich die Auflösung eines (gewiß auch nur eines) Widerstandes darstellt und begreiflich werden läßt, so wollen wir nun vorsichtig einen Schritt weitergehen und fragen, ob das im Beispiel geschilderte Verhalten des Analytikers das in diesem Fall einzig mögliche darstellt.

Diese Frage ist zu verneinen. Selbst wenn wir die spezielle Aufgabe stellten, dem Patienten seine Widerstandsgedanken zu Bewußtsein zu bringen, so wären immer noch sehr verschiedene Wege gangbar. — Ich glaube, an dieser Stelle ist der Ort, wo der Individualität des Analytikers Spielraum gewährt werden muß. Um wieder in konkreter Beispielform zu reden: Ich könnte mir einen Analytiker denken, der gewohnt ist, wenn er aggressiv wird, dies in Form konsequenter und einengender Fragen zu tun. Diesem Analytiker wird es vielleicht nicht so gut möglich sein, den im Beispiel vorgelegten Weg zu beschreiten, da er instinktiv vorausweiß, daß er in der geschilderten Weise nicht fragen kann, ohne wider Willen eine unzumutbare, der analytischen Arbeit fremde Schärfe in seinen Ton hineinzubekommen. Dieser Analytiker wird seinen Zweck vielleicht auf gleich gute Weise dadurch erreichen, daß er den Patienten in zusammenhängender Darstellung auf gewisse Inkongruenzen in der Äußerung seiner Verstimmung über das versäumte Rendezvous aufmerksam macht. Hat er für diese Bemerkungen die Einsicht des Patienten gewonnen, so wird vielleicht die bloße Frage: „Waren Sie an dem Zuspätkommen

wirklich ganz unschuldig?“ hinreichen, die Widerstandsgedanken des Patienten zu zerstören.

Machen wir uns einen Augenblick von unserem Beispiel frei, so können wir hinzufügen, daß die Entkräftung der Widerstandsgedanken sehr oft gar nicht durch Worte, sondern durch Handlungen oder Haltungen des Analytikers in die Wege geleitet wird. Wenn zum Beispiel der Widerstandsgedanke des Patienten darin besteht, daß er sich vorstellt, der Analytiker werde ihn verachten, wenn er von seinen sexuellen Phantasien erführe, und ihm daraufhin seine sexuellen Phantasien nicht ins Gedächtnis kommen, so kann die bloße Gelassenheit und Unverkramptheit, die der Analytiker sexuellen Themen gegenüber zeigt, diesen Widerstandsgedanken zur Entkräftung bringen.

Wichtiger als die eben diskutierte ist aber die Frage, ob die allgemeiner gestellte Aufgabe, den Widerstand des Patienten in unserem Beispiel aufzulösen, noch auf einem anderen Wege gelöst werden kann als dadurch, daß man ihn seine Widerstandsgedanken entkräften läßt. — Ein solcher Weg scheint sich in dem Verfahren anzubieten, dem Patienten seine verdrängten Impulse namhaft zu machen. Im Beispiel würde dies Verfahren darin bestehen, daß man dem Patienten zu irgendeinem Zeitpunkt geradezu oder in etwas verhüllter Form zu verstehen gibt, daß er wohl einen feindseligen Impuls gegen seinen Schwager in sich trage.

Wie eine solche Mitteilung in unserem Beispiel auf den Patienten wirken würde, läßt sich nicht mit Sicherheit entscheiden; dazu enthält unsere Beispielerzählung viel zu wenig Bestimmungsstücke. Aber jeder Analytiker wird Fälle erlebt haben, wo er mit derartigen Deutungen annähernd den gleichen Erfolg erzielen konnte wie der, den der Analytiker unseres Beispiels mit seinem andersartigen Vorgehen erreicht. Nehmen wir an, ein solches „direktes“ Verfahren habe auch im Falle unseres Beispiels Erfolg; wie können wir das Zustandekommen eines solchen Erfolges begreifen?

Eine Antwort liegt hier sehr nahe. Wenn mir jemand einen mir fremden Gegenstand heimlich in mein Zimmer legt, so kann es sein, daß ich ihn tagelang nicht bemerke. Wenn mir aber dann gesagt wird: „Überleg doch mal, ob du nicht ein so und so beschaffenes Ding in deinem Zimmer gesehen hast“, so wird es häufig geschehen, daß ich sage: „Ach ja, ich erinnere mich dunkel, einen solchen Gegenstand da gesehen zu haben.“ Ähnlich könnte es ja auch zu erklären sein, daß der Patient sich des verdrängten Impulses nur bewußt wird, wenn man ihm die Erwartungsvorstellung gibt, einen Impuls von dieser und dieser Beschaffenheit in sich vorzufinden, und ihn zum Nachschauen auffordert. — Dieser Gedanke hält aber einer genaueren Überprüfung nicht stand. Ein verdrängter Impuls ist weder im System WBw. noch im System Vbw. anzutreffen. Auch die exakteste und zutreffendste Erwartungsvorstellung, die wir einem Suchenden geben, kann ihm die Suche nicht erleichtern,

solange er in einem Raum sucht, in dem sich der gesuchte Gegenstand nicht befindet. Und in sein Unbewußtes kann der Patient nicht hineinschauen.

Wenn gleichwohl in unserem Beispiel die Mitteilung an den Patienten, „Sie sind Ihrem Schwager feindlich gesinnt“, ein Lebendig-ins-Bewußtsein-Treten dieses Impulses bewirkt, so glauben wir das anders erklären zu müssen. Auch diese Mitteilung kann ja unter günstigen Bedingungen geeignet sein, die Aufmerksamkeit des Patienten auf seine Widerstandsgedanken hinzulenken und eine Kritik dieser Gedanken anzubahnen. Eine solche Kritik wird nämlich provoziert, wenn dem Patienten durch die bloße Vorstellung eines bei ihm möglicherweise vorhandenen Haßimpulses gegen den Schwager eine so viel zwingendere Erklärung seiner Fehlleistungen vor Augen gestellt wird, als sie in seinen unzureichenden Rationalisierungen enthalten ist. Ist diese Erklärung zutreffend, so hat sich gezeigt, daß die neu vorgeschlagene, von der im Beispiel dargestellten scheinbar abweichende Methode, genau besehen nur ein Spezialfall von dieser ist. Auch sie erreicht die Aufhebung des Widerstandes durch die Entkräftung der Widerstandsgedanken, nur daß sie einen bestimmten technischen Kunstgriff benutzt, um die Aufmerksamkeit des Patienten auf seine Widerstandsgedanken zu lenken.

Nun, diese Diskussion — d. h. die Diskussion über die Wirkung, die die Namhaftmachung des verdrängten Impulses auf den Patienten ausübt — kann nicht als durch das oben Gesagte erledigt gelten, wir sehen sie vielmehr als gerade nur eingeleitet an. Aber ehe wir sie fortsetzen, müssen wir unsere Auseinandersetzung von einer Einschränkung befreien, deren Wegfall die hier vertretenen Anschauungen zwar in eine sehr exponierte Stellung bringt, uns aber andererseits zu ihrer Begründung und Erläuterung erheblich größere Freiheit verschafft.

5. Die Struktur der Widerstände

Die Erweiterung des zu behandelnden Problemkomplexes, die wir im Sinne haben, liegt in der Behauptung, daß unser kleines Beispiel einer Widerstandsauflösung auf Allgemeingültigkeit Anspruch machen kann, d. h. wir behaupten, daß alle Widerstände dem im Beispiel explizierten in den wesentlichen Strukturelementen gleichen, d. h. so weit gleichen, daß ihre Auflösung oder Überwindung durch das prinzipiell gleiche Verfahren unter den gleichen Bedingungen möglich oder begreiflich ist. Ausführlich gesagt: Wir behaupten, daß jeder Widerstand einen falschen, d. h. nicht realitätsgerechten Gedanken oder Denkakt enthält; daß das dynamische Moment des Widerstandes in einem Betrag narzißtischer Libido ruht, die es bewirkt, daß diese Denkakte der kritischen Aufmerksamkeit des erwachsenen Ichs des Patienten entgehen; daß demzufolge eine Auflösung von Widerständen durch den Analytiker auf keine andere Weise möglich ist, als dadurch, daß er die Aufmerksamkeit des Patienten den Widerstandsgedanken zuwendet, was, soweit nicht das Interesse des

Patienten an seiner Heilung schon als Motor in Betracht kommen kann, durch die Wirkung der zärtlichen Bindung an den Analytiker zustande kommt.

Ich bin gewohnt, auf diese Behauptung abwechselnd und annähernd gleich häufig zwei Antworten zu hören. Die eine lautet, daß diese Behauptung trivial, die andere, daß sie ungeheuerlich kühn sei. Ich erkläre mir dies Phänomen mit der Überlegung, daß die Behauptung einerseits nichts anderes enthält als eine etwas ausführlichere Darstellung der Freud'schen Grundgedanken, wie sie etwa in den beiden Zitaten auf Seite 493 ausgedrückt sind (dies werde ich am Schluß der vorliegenden Arbeit noch etwas zu verdeutlichen suchen), daß sie aber andererseits konsequent zu Ende gedacht, zu gewissen zwingenden Richtlinien für die Handhabung der therapeutischen Technik führt, die nicht in gleichem Maße Gemeingut der analytischen Wissenschaft sind.

An sich scheint es kein unerlaubtes, ja nicht einmal ein ungewöhnliches Vorgehen, wenn man untersucht, ob eine Auffassung, die in einem Spezialfall ein gutes Verständnis der Vorgänge ermöglicht hat, sich auch bei anderen Fällen sinnvoll anwenden lasse. Ehe wir aber in eine solche Untersuchung eintreten, müssen wir uns doch mit einem Einwand auseinandersetzen, der sich in manchen unserer Leser erheben wird und geeignet sein könnte, vor jeder Einzelbetrachtung ein allgemeines und darum schwer überwindliches Vorurteil gegen unsere Behauptungen zu begründen.

Wir erwarten den Einwand oder vielleicht besser „Vorwurf“ des Intellectualismus oder Rationalismus. — „Wie“, könnte einer sagen, „hat dazu Freud vor mehr als zwanzig Jahren schon einleuchtend nachgewiesen, daß die bloße Übermittlung von Wissen keine therapeutischen Effekte im Sinne der Analyse hervorrufen kann, hat er dazu immer wieder die dynamische Natur der Widerstände betont, damit heute jemand, der sich als Anhänger der Freud'schen Lehre bekennt, die Behauptung vertritt, Widerstände beruhen auf Irrtümern, und die Korrektur dieser Irrtümer bewirke Heilung? — Bedeutet das nicht einen schweren Rückfall in überwundene Anschauungen, ja ein völliges Verlassen der psychoanalytischen Psychologie etwa im Sinn einer Annäherung an die Anschauungen der Christian Science?“

Wir meinen, dieser Vorwurf trifft unsere Behauptung nicht. Wir glauben nicht und haben nicht behauptet, daß ein Neurotiker durch eine Vermehrung seines Wissens gesund wird, sei es ein Wissen um Widerstände oder um vergessene Kindheitserlebnisse, sondern wir glauben, daß seine Gesundung von einer Umstellung seiner Libidoökonomie abhängig ist. Um diese zu ermöglichen, müssen freilich seine Verdrängungen gelöst werden, und dies kann nur geschehen durch die Aufhebung seiner Widerstände. Die Aufhebung der Widerstände aber gelingt nur durch die Vermittlung von Einsichten (was — wie schon gesagt — nicht identisch zu sein braucht mit einer Mitteilung von Ansichten). Hier aber sind wieder dynamische Verhältnisse zu berücksichtigen, und wir werden noch ausführlicher davon zu sprechen haben, wie sorg-

fältig dies geschehen muß, damit die ökonomische Umstellung, die wir bezwecken, wirklich zustande kommt. — Wenn man ein Vorgehen, das dieser Skizzierung entspricht, ein intellektuelles nennen will, so mag man dies tun; es läßt sich nichts dagegen einwenden; aber man verwechsle es nicht auf Grund dieser Namengebung mit einem Verfahren, das bestrebt ist, dem Patienten ein Wissen um die Ätiologie seiner Neurose und den Inhalt seines Unbewußten zu übermitteln und sich davon Erfolg verspricht.

Wenn wir jetzt darangehen wollen, unsere Behauptung zu begründen, so sind wir uns im klaren darüber, daß wir nicht hoffen dürfen, diese Aufgabe vollständig bewältigen zu können. Die Formen der Widerstände sind zu mannigfaltig, als daß man sie alle auf einem relativ beschränkten Raum besprechen könnte, vor allem aber ist das Phänomen „Widerstand“ (wir könnten auch sagen „Abwehr“) ein recht kompliziertes, und zu seinem vollen Verständnis würde wohl ein großes Stück Ich-Psychologie gehören, über das wir noch nicht verfügen. Wir streben daher auch kein anderes Resultat an, als den Leser zu überzeugen, daß es lohnend sein dürfte, weiterhin unsere Behauptung auf ihre Richtigkeit hin zu prüfen und die theoretische und praktische Brauchbarkeit unserer Betrachtungsweise zu erproben.

6. Übertragungswiderstände

Ich glaube, ein ganz wesentlicher Schritt zur Lösung unserer Aufgabe wird getan sein, wenn es uns gelingt, zu zeigen, daß die sogenannten Übertragungswiderstände sich analog zu den in unserem Beispiel beschriebenen auffassen lassen, und daß das Entsprechende für die Möglichkeit gilt, Übertragungswiderstände aufzulösen.

Wir sprechen von dem Vorliegen eines Übertragungswiderstandes, wenn der Patient einen verdrängten infantilen Impuls auf den Analytiker gewendet hat, dergestalt, daß der Analytiker Objekt dieses Impulses geworden ist. — Diese Formulierung ist nicht sehr genau, ja man könnte sie geradezu als unlogisch bezeichnen. Der infantile Impuls ist nämlich (und das ist ein unabtrennbares Korrelat zu seiner „Verdrängtheit“) nach Triebziel und Triebobjekt aufs genaueste bestimmt. Um ein Beispiel zu geben: er mag beinhalten, dem Vater — und zwar dem Vater, wie er dem Patienten in einer ganz bestimmten Entwicklungsphase seines dritten Lebensjahres erschien — den Penis abzubeißen. Dieser Triebwunsch bleibt mit allen seinen Bestimmungsstücken als ein Ganzes bestehen, so lange, bis er analytisch aus der Verdrängung befreit, d. h. vom Patienten mit der ursprünglichen Intensität (die der Triebwunsch zur Zeit seines Verdrängtwerdens besaß) als etwas Aktuelles wiedererlebt worden ist; er bleibt also auch genau so bestehen, wenn er, wie wir uns ausdrücken, „in die Übertragung gekommen“ oder „auf den Analytiker übertragen“ worden ist. Damit meinen wir nämlich, genau gesprochen, daß der Patient dem Analytiker gegenüber Aktionen vorgenommen hat (das Wort Aktion im weitesten Sinne

verstanden, so daß es Handlungen, Reden und Haltungen begreift), die wir mit dem verdrängten Impuls in einen genetischen Zusammenhang bringen können, und zwar kraft eines beobachteten phänomenologischen Zusammenhangs. Um das Beispiel fortzuführen, wollen wir annehmen, der Patient habe plötzlich angefangen, den Analytiker „Dr. X.“ anzureden, statt wie bisher „Herr Dr. X.“. — Dies Phänomen als solches einen Widerstand zu nennen, wäre irreführend. Es tritt vielmehr in der Analyse immer erst auf, wenn schon irgendein Widerstand beseitigt worden ist. Dagegen müssen wir natürlich den Umstand, daß der verdrängte Impuls selbst nicht ins Bewußtsein des Patienten stürzt, der Wirkung eines Widerstandes zuschreiben.

Es ergibt sich nun, daß das betreffende Phänomen — wir können es die Übertragungsaktion heißen — niemals ohne gewisse charakteristische Begleitumstände auftritt, die wir gleich beschreiben werden. Wir wollen nur vorher darauf hinweisen, daß die behauptete Tatsache der Empirie entnommen ist. Sie ist zwar mit der psychoanalytischen Ich-Psychologie gut vereinbar, sie erscheint auch plausibel, aber die Ich-Psychologie ist doch nicht weit genug entwickelt, daß man auf diese Tatsache, wenn sie uns nicht in der Erfahrung der Praxis gegeben wäre, mit voller Sicherheit hätte schließen können.

Wir beschreiben die in Rede stehenden „Begleitumstände“ der Übertragungsaktion diesmal erst in der speziellen Gestalt, die sie etwa in unserem Beispiel annehmen könnten; sie bestehen darin, daß der Patient entweder die Änderung seiner Anredeform nicht bemerkt oder für diese Änderung eine auf Rationalität Anspruch erhebende Erklärung abgibt (zum Beispiel sagt, er wäre darauf gekommen, daß die Anrede „Herr“ mit seiner unbürgerlichen Weltanschauung nicht zusammenstimme).

Die generelle Beschreibung, die die beiden Fälle des Beispiels sowohl wie die entsprechenden Phänomene beliebiger anderer Beispiele mitbegreift, wäre die: Im Patienten geschieht etwas, das sein bewußtes Ich vor der Konfrontation mit einer Ich-fremden Handlung bewahrt. — Es wäre natürlich verfehlt, die Vorstellung zu erwecken, als ob die Übertragungsaktion zeitlich jener das Ich schützenden Maßnahme voranginge. Vielmehr muß man wohl sagen, daß die Übertragungsaktion in der betreffenden Form nur unter der Bedingung dieser das Ich schützenden Maßnahme überhaupt stattfinden kann. — Wir wollen diese Maßnahme mit dem Wort „Rationalisierung“ bezeichnen. Für den Fall zwei des konkreten Beispiels trifft dieser Ausdruck jedenfalls zu, angewendet auf die „Skotomisierung“ der Übertragungsaktion wirkt er etwas gezwungen. Aber er läßt sich vielleicht im Interesse abgekürzter Ausdrucksweise tolerieren, wenn wir uns klarmachen, daß die Skotomisierung der Übertragungsaktion ja dazu führt, daß das Ich auf keine irrationalen Aktionen der eigenen Person zu stoßen braucht.

Wir können nun unsere Behauptung, daß die Übertragungsaktion als solche

kein Widerstand sei, dahin ergänzen, daß der Widerstand vielmehr in den sie begleitenden Rationalisierungen in Erscheinung trete. Das dynamische Moment fällt dabei wieder einem Betrag narzißtischer Libido zu, die den Ich-Schutz ermöglicht, indem sie die Aufmerksamkeit des Patienten von den Rationalisierungen fernhält.

Die Auflösung des Widerstandes erfolgt nun in der Analyse in der Weise, daß der Analytiker die Aufmerksamkeit des Patienten auf seine Rationalisierungen lenkt. Handelt es sich dabei um eine Skotomisierung der Übertragungsaktion, so hört der Patient entweder sogleich mit dieser Aktion auf, um nach kurzer Zeit mit einem anderen, dem gleichen verdrängten Impuls entstammenden einzusetzen, oder er produziert Rationalisierungen im engeren Sinn des Wortes, also das, was wir früher „Widerstandsgedanken“ nannten. Der erste Fall liefert nichts Neues. Im zweiten Fall hat der Analytiker den Patienten nur auf eine geeignete Weise zu einem genauen Durchdenken dieses Widerstandsgedankens zu veranlassen (was wieder auf sehr verschiedene Weise und oft durch Handlungen und Haltungen ebensogut wie durch Worte möglich sein kann), damit die Widerstandsaktion verschwindet. An ihre Stelle tritt dann in den weitaus selteneren Fällen ein echter Triebdurchbruch, in den viel häufigeren eine neue, dem verdrängten Affekt näherstehende, d. h. gewöhnlich affektgefülltere Übertragungsaktion. Wie bald oder ob überhaupt eine solche Entkräftung der Widerstandsgedanken zustande kommt, hängt teils von der technischen Geschicklichkeit des Analytikers (hierüber wird später noch ausführlicher gesprochen werden), teils von der Stärke und Eignung der verfügbaren Bindung des Patienten an den Analytiker ab.

Damit haben wir gezeigt, daß die gleiche Auffassung, die uns in jenem ersten Beispiel die Natur des Widerstandes und die Möglichkeit seiner Auflösung in der Analyse verstehen half, generell auf alle Übertragungswiderstände anwendbar ist.

Wir müssen, ehe wir einen weiteren Schritt vorwärts tun, eine Lücke ausfüllen, die wir aus Gründen übersichtlicherer Darstellung in den obigen Ausführungen gelassen haben. Die Skotomisierung der Übertragungsaktion und die Produktion bewußter Widerstandsgedanken erschöpfen noch nicht alle Möglichkeiten des die Übertragungsaktion begleitenden Ich-Schutzes. Seltener wohl als die beiden anderen Fälle, aber immerhin noch häufig genug tritt der Fall ein, daß der Patient seine Übertragungsaktion zwar wahrnimmt, aber sie doch nicht als eigene Aktion anerkennen will, indem er sie nämlich auf einen ihm selbst unbegreiflichen, unwiderstehlichen Zwang zurückführt. Diese Erscheinung kann manchmal zunächst einen sehr fremdartigen Eindruck hervorrufen. Bei genauerem Zusehen läßt sie sich aber auf den zweiten der beiden oben besprochenen Fälle von Rationalisierung zurückführen. Die Behauptung des Patienten, er habe keine Gründe für sein Tun, unterliege vielmehr einem unwiderstehlichen Zwang, ist genau so unzutreffend wie die entsprechenden

Außerungen der Zwangsneurotiker. Eine sehr sorgfältige Untersuchung zeigt immer, daß sich hinter dem Gefühl, gezwungen zu sein, eine wohl ausgebildete Rationalisierung verbirgt, die durch die scheinbare fatalistische Unterwerfung unter den unwiderstehlichen Zwang nur wieder gedeckt und vor der Kritik des Verstandes geschützt ist. — Von diesem Gesichtspunkt aus ergeben sich einige Betrachtungen über die Behandlung der Zwangsneurosen, die aber hier vom Thema abführen würden und in einer anderen Arbeit Platz finden müssen.

7. Charakterwiderstände

Wenn ich darangehe, in den nun folgenden Ausführungen den analogen Nachweis für die Charakterwiderstände zu führen, den ich im vorigen Abschnitt für die Übertragungswiderstände zu bringen versuchte, wird es zweckmäßig sein, zunächst etwas über den Sinn zu sagen, in dem ich diese Bezeichnung gebrauche. Ich habe bei Anwendung dieses Wortes annähernd die gleichen Phänomene im Auge, die Reich in seinem bedeutsamen Werk über Charakteranalyse (auf dessen Inhalt ich, soweit er für die vorliegende Arbeit in Betracht kommt, am Schluß noch eingehen werde) mit diesem Terminus bezeichnet. In der Betrachtungsweise weiche ich etwas von ihm ab.

Der Charakter — hierin stimme ich mit Reich völlig überein — muß bei jedem Patienten in der Analyse als Widerstand in Erscheinung treten. Auch darin folge ich Reich, daß dieser Charakter ein System von dauernden, anschaulich ein Ganzes bildenden Reaktionsweisen des Ichs darstellt und einen Schutz gegen das Durchbrechen abgewehrter Triebströmungen und damit gegen die für den Fall des Durchbruchs gefürchteten feindlichen Reaktionen der Außenwelt bildet. — Ich glaube aber, daß man die entsprechenden Erscheinungen im Verhalten der Menschen, die wir mit dem Begriff des Charakters bzw. des Charakterwiderstands zu treffen suchen, erst dann zu psychologisch voll befriedigenden Gestalten zusammenfassen kann, wenn man die einzelnen Abwehrbildungen sich vorstellt als zusammengefaßt und organisiert unter dem Primat einer für jeden Typus spezifischen Form der Selbstgefühlsregulierung. — Je stärker das Selbstgefühlsgleichgewicht des Menschen durch neurotische Störungen der Entwicklung und damit der Libidoökonomie gestört ist, je archaischer das Regime der Selbstgefühlsregulierung ist, das er zur Kompensation regressiv wieder in Kraft gesetzt hat, um so mehr erscheint uns sein Charakter als eigenartig, seltsam oder verschoben, um so mehr imponiert uns in der analytischen Behandlung sein Gebaren als Charakterwiderstand.

Die anschauliche Eigentümlichkeit, die das Verhalten, das wir dem Charakterwiderstand zuschreiben, von den Verhaltensweisen unterscheidet, die wir auf einen Übertragungswiderstand beziehen, ist seine Unpersönlichkeit und der Mangel affektiver Lebendigkeit, der an ihm spürbar ist. Wenn ein Patient

mit erheblichem, noch unaufgelöstem Charakterwiderstand Aggressionen gegen den Analytiker äußert, so fühlt man sich als Analytiker auf eine seltsame Weise davon unberührt. Man hat den deutlichen Eindruck, daß hier kein Triebimpuls, mehr oder minder gehemmt oder verhüllt, zum Ausdruck kommt, sondern als ob durch die betreffende Äußerung ein bestimmter, unserer Einsicht noch unzugänglicher Zweck erreicht werden soll. Wenn die inhaltlich vielleicht ganz gleichlautende Aggression als Element eines Übertragungswiderstandes auftritt, so fühlt sich der Analytiker unvergleichlich viel stärker als Objekt dieses Angriffs, selbst wenn er genau weiß und es aus dem Wortlaut der Aggression beweisen könnte, daß der Patient „eigentlich“ seinen Vater meint. — Ein solcher „Charakterpanzer“, der ja ein System ist, gebildet aus vielen ineinandergreifenden Einzelzügen, hat nun nicht nur eine Entstehungsgeschichte, die es erlaubt, jedes seiner Elemente genetisch zu erklären, sondern er hat auch einen aktuellen Sinnzusammenhang — etwa wie ein paranoides Wahnsystem —, dessen Kernstück ein Ausdruck der für den Charakter spezifischen Selbstgefühlsregulierung ist.

So ist der trotzhafte Charakter ausgezeichnet durch eine Art vorbewußter Ideologie, die man etwa folgendermaßen in Worte fassen könnte: Alles geht um die Auslöschung oder Kompensation eines entsetzlich beschämenden Makels, der dem Patienten anhaftet und ihn „rabenschwarz“ oder „auf ewig verdammt“ erscheinen läßt. Dieser Makel nun kann überwunden werden durch die unausgesetzte, pedantisch genaue und vor keinem Opfer zurückschreckende Befolgung des Gesetzes. Durch die Befolgung dieses Gesetzes erwirbt man Gerechtigkeit, man könnte sagen eine fallweise Erlösung. Durch die Befolgung des Gesetzes verkümmert man sich die Freuden des Lebens und zieht sich Leiden zu, aber man gewinnt dadurch ihm, dem Gesetz, oder seinem imaginären Stifter gegenüber eine moralische Überlegenheit. Man erwirbt dadurch gegen ihn, den Unbekannten (meist bleibt dieser Unbekannte auch ungenannt, völlig nebelhaft und erscheint nicht einmal als Person), einen Anspruch. Dieser Anspruch allein hat Wert, nicht etwa seine Erfüllung, die sofort das moralische Gleichgewicht wieder verschieben würde. — Dieses ist — schon ein wenig ausgeschmückt — etwa das Grundschema, zu dem noch eine Fülle individueller, von Patient zu Patient wechselnder Züge kommen. Von diesem Gedankensystem weiß der Patient, wenn er in Behandlung kommt, so gut wie nichts. An bewußten Äußerungen entsprechen ihm ganz kurze Bemerkungen, die, in knappste Form gekleidet, zunächst ganz farblos, alltäglich und unwichtig anmuten, und die auch immer nur an Hand der Beurteilung konkreter Einzelfälle geäußert werden. Hierfür ein paar Beispiele: „Ich bin auch mit eingeladen worden.“ Das „auch mit“ meint: „wo ich doch eigentlich verdammt bin“. — Oder: „Tennis spielen? nein, das kommt nicht in Betracht.“ Dies „das kommt nicht in Betracht“ meint eigentlich: „das geht gegen das Gesetz; ich würde mir damit etwas anmaßen, was mir nicht zukommt, und

Fuge, Oder

im Augenblick wäre ich aufs tiefste erniedrigt, der Lohn unendlicher Versagungen wäre dahin.“

Kommt ein Patient mit einem solchen Charakterpanzer in die Analyse oder hat sich der Charakterpanzer — wenn nämlich der Patient in der Zeit eines Symptomburchbruchs in die Behandlung kam — in der Analyse wiederhergestellt, so zeigt sich der von diesem Panzer ausgehende Widerstand darin, daß der Patient nahezu völlig von seinem Streben nach Rechtfertigung ausgefüllt ist und kein Interesse frei hat für einen Kontakt und eine Verständigung mit dem Analytiker. Die Analyse ist ihm wie alles, was er im Leben beginnt, eine Gelegenheit, seinen Gehorsam gegen das Gesetz und dessen gänzliche Erfolglosigkeit und Unbelohntheit zu erweisen. — (Wir möchten hier die Zwischenbemerkung einschalten, daß auch der Charakterwiderstand auf einer Übertragung beruht. Der Patient überträgt Kinderstubenerlebnisse und kindliche Haltungen auf seine gesamte Umwelt, also auch auf die analytische Situation. Wenn wir trotzdem die Begriffe „Charakterwiderstand“ und „Übertragungswiderstand“ als nebengeordnete gebrauchen, so geschieht das, weil — aus historischen Gründen — der Begriff „Übertragungswiderstand“ mit der Vorstellung der Affektübertragung sehr fest assoziiert ist, während das, was am Charakterwiderstand als spezifisch imponiert, eben gerade die ungewöhnliche Affektarmut ist. Seine Äußerungen sind nicht sowohl Versuche eines Es-Triebes, sich, soweit es die Zensur gestattet, eine wenn auch unvollkommene Abfuhr zu erzwingen, als Ausdruck einer narzißtischen Tendenz zur Stützung eines gefährdeten Selbstgefühls.)

Nun können wir leicht zwischen dem schon besprochenen Übertragungswiderstand und dem Charakterwiderstand die Parallele ziehen. Der Übertragungsaktion dort entspricht hier das künstliche, affektarme, den Forderungen einer archaischen Form der Selbstgefühlsregulierung dienende Verhalten; dazu gehören u. a. die Aussprüche, die wir auf Seite 506 angeführt haben. Den Rationalisierungen dort entspricht hier das, was wir im Hinblick auf den trotzhaften Charakter seine vorbewußte Ideologie genannt haben. Dazu gehört das, was wir bei jenen Aussprüchen als ihren „eigentlichen“ Sinn bezeichneten. Wie die Übertragungsaktion notwendig verschwindet, wenn ihre Rationalisierungen vom Patienten durchschaut und entwertet sind, so schwindet der Charakterwiderstand in dem Maße, als die ihn stützenden Widerstandsgedanken, die „vorbewußte Ideologie“ also, der kritischen Aufmerksamkeit des Patienten zugänglich geworden ist, ein Prozeß, der vom Analytiker mit im wesentlichen ähnlichen Mitteln angeregt werden kann, wie sie bei der Lösung eines Übertragungswiderstandes zur Anwendung kommen, nur daß hier dem Analytiker eine viel ungünstigere Art von Bindung des Patienten an ihn allein zur Verfügung steht.

8. Die Auflösung der Widerstände (Fortsetzung)

Wir nehmen jetzt die Diskussion der Frage wieder auf, wie die Namhaftmachung der verdrängten Impulse als ein Mittel der Widerstandsauflösung zu werten ist. Es mag jemanden, der die analytische Praxis nicht aus eigener Erfahrung kennt, seltsam berühren, daß wir mit solcher Hartnäckigkeit auf diese Frage zurückkommen, obwohl die bisherigen Ausführungen zu zeigen schienen, daß wir in der Bewußtmachung der vorbereiteten Widerstandsgedanken ein brauchbares und dazu theoretisch als zweckmäßig erkennbares Mittel, Widerstände aufzulösen, besitzen, und obwohl seit jenen von uns zitierten, zirka 20 Jahre zurückliegenden Veröffentlichungen Freuds in fast keinem Aufsatz über Analysetechnik die Warnung fehlt, ja nicht „Tiefendeutungen“ zu geben, sondern in erster Linie Widerstände zu analysieren. Nun, jeder Berufsanalytiker wird die Erklärung dieser Seltsamkeit parat haben: Mag es in der historischen Entwicklung der analytischen Therapie, mag es in der Natur des Gegenstandes liegen — das werden wir Heutigen noch nicht entscheiden können —, die Tatsache besteht, daß wir in zahllosen Fällen der Praxis den verdrängten Impuls oft mitsamt der Kindheitssituation, auf die er zurückgeht, viel eher erkennen als die Widerstandsgedanken, die seine Abwehr ermöglichen. Ebenso wird dem Analytiker meist viel eher klar, daß das Übertragungsverhalten des Patienten von einem gegen ihn gerichteten, sagen wir: aggressiven Impuls getragen ist, viel, viel eher, als er versteht, mit welchen Mitteln sich der Patient diese Tatsache verbirgt. — Konkret: Setzen wir den Fall — der gewiß nicht so selten ist —, ein Analytiker beobachte vier Wochen hindurch oder auch acht Wochen hindurch, daß sein Patient ein Übertragungsverhalten zeigt, das sich ungeheuer friedlich und unterwürfig gibt, und dem gleichwohl die Aggressivität durch alle Ritzen schimmert, natürlich ohne daß der Patient dessen inne geworden ist; gesetzt weiter, der Analytiker habe in systematischer Arbeit alles aufgeboten, die die Einsicht des Patienten hintanhaltenden Rationalisierungen zu erkennen und seinem Analysanden deutlich zu machen, ohne daß der gewünschte Erfolg eingetreten ist, obwohl der Analytiker das Gefühl hat, daß auch der Blindeste hier die aggressiven Impulse unter der Maske müßte erkennen können; gesetzt endlich, der Analytiker erinnere sich des Grundsatzes, man solle (dürfe) Deutungen geben, wenn der Patient dicht davor sei, das zu Deutende zu durchschauen, wird dann nicht für den Analytiker, der sich der Richtigkeit seiner Auffassung absolut sicher weiß, eine geradezu ungeheure Versuchung bestehen, dem Patienten zu sagen: „Sehn Sie mal, Sie sagen das und das, verhalten sich so und so, muß man das nicht in aggressivem Sinne auffassen?“ Ich behaupte: ja! Ich selbst bin dieser Versuchung hundertmal unterlegen, sogar ohne zu wissen, daß es sich dabei um eine Versuchung handelte, und mit der Überzeugung, etwas sehr Vernünftiges zu tun. — Diese Tatsachen muß man

sich vor Augen halten, um die Tragweite der folgenden Überlegungen richtig einschätzen zu können.

Wir fahren fort: Das eben beschriebene Verfahren des Analytikers ist theoretisch zu rechtfertigen nur in den Fällen, in denen die geschilderte Mitteilung des Analytikers an den Patienten bei diesem zu einem blitzartigen Durchschauen seiner Widerstandsgedanken führt. Die Erfahrung lehrt, daß dies außerordentlich seltene Fälle sind, so seltene, daß sie praktisch überhaupt nicht ins Gewicht fallen. Aber das Verfahren ist nicht nur theoretisch zumeist nicht zu rechtfertigen, was ja unter Umständen nur etwas gegen die Theorie beweisen würde, sondern es führt auch in der Praxis nicht zu dem gewünschten Erfolg: der „echte“ affektgefüllte Triebdurchbruch tritt nicht ein.

Nun könnte man aber sagen, dies alles zugegeben, sei eben die Analyse eine schwere Kunst, man könne nicht verlangen, daß der Analytiker jede bei ihrer Ausübung sich stellende Aufgabe restlos löse, warum sollte er sich also nicht aus einer Situation, die er auf korrekte Weise nicht lösen kann, auf eine wenigstens unschädliche herausziehen, um einen therapeutischen Erfolg, der ihm an dieser Stelle nicht beschieden war, nun an einer anderen gewinnen zu können? Dieser, einer gewiß vernünftig-toleranten Gesinnung entspringenden Argumentation müssen wir leider aufs schärfste entgegentreten, da sie auf einer unrichtigen Annahme basiert. Das Verfahren der Inhaltsdeutung, wie wir kurz sagen wollen, d. h. dasjenige, bei dem der Analytiker dem Patienten den verdrängten Impuls namhaft macht, ist nur in zwei Fällen unschädlich. Der eine ist der — wie schon gesagt so äußerst seltene —, in dem das Verfahren mit dem korrekten zusammenfällt, der zweite ist der, in dem der Patient die Deutung affektlos ablehnt. In diesem zweiten Fall ändert sich aber auch die analytische Situation in nichts, und der Analytiker steht nach wie vor vor dem gleichen Problem. In allen übrigen Fällen aber richtet die Deutung Schaden an, also in all den Fällen, in denen der Patient die Deutung einleuchtend findet (gleichviel, ob er dabei affektlos bleibt oder eine Emotion verrät), und in den Fällen, wo er sie mit einem gewissen Affekt ablehnt. In diesen Fällen nämlich bahnt das Verhalten des Analytikers eine spezielle Form des Widerstandes beim Patienten an, die zwar nicht unüberwindlich ist, deren Überwindung aber noch schwerer gelingt, als die des bisherigen, und sehr erhebliche Zeit kostet.

Diese Erscheinung habe ich in besonders krasser und eindrucksvoller Weise bei den Patienten kennengelernt, die ich als trotzhafte Charaktere bezeichnet habe.

Ich möchte die Vorgänge, die sich in einem solch krassen Fall im Patienten abspielen, an einem Beispiel ein wenig ausführen: Ich sagte einem Patienten vom Typ des trotzhaften Charakters, dessen Charakterwiderstand soweit gelockert war, daß er einen aggressiven Impuls auf mich übertragen hatte, nach längeren aber erfolglosen Versuchen, seine Rationalisierungen zu zerstören:

„Sehn Sie sich das mal genau an, wie Sie sich mir gegenüber verhalten“; hier ließ ich nun eine gedrängte Übersicht all der Aktionen und sonstigen Äußerungen folgen, die mir den zwingenden Eindruck der Aggressivität erweckt hatten — „kann man das anders auffassen als so, daß Sie in Wirklichkeit einen Zorn auf mich haben, diesen Affekt aber in der und der Weise verschleiern?“ Der Patient, der alle seine Affekte sehr sorgsam zu verbergen pflegte, war erschüttert. Er wurde ersichtlich blaß, seine Augen weiteten sich. Mit heiserer und unsicherer Stimme sagte er: „Ja, das leuchtet mir ein. — Wie furchtbar!“ Ich war sehr befriedigt über diesen Erfolg, ich war auch noch sehr befriedigt, als der Patient sich am nächsten Tage wieder beruhigt hatte und bei irgendeiner Gelegenheit sehr gelassen von dem Wutaffekt sprach, den er mir gegenüber gehegt. Der therapeutische Erfolg der Auflösung dieses Übertragungsimpulses schien voll eingetreten zu sein. Nun, ich brauche nicht zu sagen, daß ich nach geraumer Zeit merken mußte, daß ich mich vollkommen getäuscht hatte. Die Erregung, die der Patient gezeigt hatte, war ja nicht die, die zu einem Wutaffekt gehört, wie es hätte sein müssen, wenn es sich um einen Triebdurchbruch gehandelt hätte, sondern war ein Ausdruck der Angst und der Abwehr. Seine Beruhigung kam nicht davon, daß dies Stück Übertragung nun gelöst und ein Affektbetrag seine Abfuhr gefunden hatte, sondern beruhte auf einer neuen erfolgreichen Abwehr. Diese Abwehr entsprach einer Verarbeitung, die man etwa folgendermaßen in Worte fassen könnte: „Ich habe wohl diesen Wutaffekt. Aber das ist nicht schlimm. Solche Affekte kriegt man eben in der Analyse; das gehört dazu und hat nichts weiter zu bedeuten; in Wirklichkeit, im Leben (d. h. außerhalb der Analyse) bin ich doch ein anständiger Mensch, der keine böartigen Impulse mit sich herumträgt.“ Diese Abwehr konnte erst überwunden werden, nachdem es mit den größten Schwierigkeiten in zahllosen kleinen Schritten gelungen war, diese ganze Gedankenfolge — ungefähr in dem zitierten Wortlaut — der Aufmerksamkeit des Patienten zugänglich zu machen. Dann erst kam es zu einem unverkennbaren Wutausbruch gegen mich mit dem erwünschten therapeutischen Erfolg, d. h. dem Überspringen aus der Übertragungssituation auf das infantile Vorbild.

Man könnte nun meinen, daß wenigstens bei leichteren Neuroseformen das Verfahren der Inhaltsdeutung unschädlich sein könnte. Ich habe leider noch keine Gelegenheit gehabt, dies exakt nachzuprüfen. Ich stehe aber unter dem Eindruck der merkwürdigen Tatsache, daß ich bei leichteren Neuroseformen, bei denen ich zufriedenstellende therapeutische Erfolge erreichte, und wo ich häufiger scheinbar mit gutem Effekt Inhaltsdeutungen gegeben habe, nie annähernd so intensive Triebdurchbrüche erzielen konnte, wie bei schweren narzißtisch gepanzerten Trotzcharakteren, bei denen ich auf jede Inhaltsdeutung verzichtet hatte. Ich bin überzeugt, daß die Affektreaktionen, die meine Inhaltsdeutungen in den erwähnten Fällen provozierten, insofern „un-

echt“ waren, als die Triebäußerung nicht der Lösung des Widerstandes, sondern der Suggestion zu verdanken war. Der Triebimpuls, den der Analytiker selbst bezeichnet hatte, war verharmlost, er wurde nicht in der Realität erlebt, sondern in einer vom Analytiker geschaffenen Laboratoriumsatmosphäre. Ich habe Gründe, die so zustande gekommenen Heilwirkungen als Übertragungserfolge zu betrachten, soweit sie nicht einem für den Patienten freilich nicht unersprießlichen Umbau der Neurosensymptomatik zu verdanken waren.

Aus diesen Betrachtungen ergibt sich für die Technik der analytischen Therapie die Konsequenz, daß sie, praktisch gesprochen, von Inhaltsdeutungen überhaupt keinen Gebrauch zu machen hat, sondern ihr Ziel allein durch das Auflösen von Rationalisierungen anstreben muß, da nur ein solches Vorgehen mit ihrem Ziel wirklich vereinbar ist.

Diese Vorschrift scheint sich von den Anweisungen, die dem Ausbildungskandidaten in Kursen, technischen Seminaren und Kontrollanalysen gegeben werden, durch nichts als eine etwas pedantisch anmutende Rigorosität zu unterscheiden, denn auch dort wird üblicherweise vor „zu frühen“ oder „zu tiefen“ Deutungen gewarnt, und als Reich in Seminaren und Schriften einschärfte, man müsse jeden Widerstand von der „Ich-Seite“ aus angehen, man müsse dem Patienten zunächst immer erst zeigen, mit welchen Mitteln er abwehrt und diese Abwehrmittel zersetzen, hat ihm hierin eigentlich niemand widersprochen. Sollte es wirklich mehr sein als ein aus der blassen Theorie entsprungener Radikalismus, wenn wir hier behaupten, es mache einen entscheidenden Unterschied, ob man die Inhaltsdeutung als letzten Schritt einer Widerstandsauflösung noch zulasse oder verwerfe, und für ihre strikte Verwerfung plädieren? Wir behaupten: ja, und glauben, ungefähr alles, wenn auch in etwas gewaltsam zusammengedrängter Form, angeführt zu haben, was sich aus der Theorie zugunsten dieses Radikalismus ergibt und was uns diesen Radikalismus als geboten erscheinen läßt. Aber wir glauben auch, daß die angeführten Argumente so lange keine wirklich überzeugende Wirkung entfalten können, als sie nicht durch ein Stück anschaulicher Darstellung ergänzt worden sind, einer Darstellung dessen, was sich denn nun ergibt, wenn man versucht, mit der gegebenen Vorschrift Ernst zu machen. Davon soll im nächsten Abschnitt die Rede sein.

9. Die Praxis der konsequenten Widerstandsanalyse

Als erstes muß das merkwürdige Faktum konstatiert werden, daß der Unterschied zwischen einer konsequenten Widerstandsanalyse und einer solchen, die „am Schlusse“ Inhaltsdeutungen zuläßt, im Hinblick auf die anschaulicherlebnismäßige Seite der Dinge ganz unvergleichlich viel größer und eindrucksvoller ist, als man nach den scheinbar so mageren Unterschieden in ihren theoretischen Formulierungen annehmen sollte. Um Mißverständnisse zu ver-

meiden, müssen wir vorausschicken, daß sich dieser Unterschied natürlich nicht schon in dem Moment voll herstellt, in dem man sich entschließt, grundsätzlich auf Inhaltsdeutungen zu verzichten. Man muß erst durch diesen Verzicht auf die eigenartige und anfangs sehr imponierende Schwierigkeit aufmerksam geworden sein, für jede Widerstandssituation den Weg zu den sie fundierenden Rationalisierungen zu finden, und man muß schon ein wenig diese Schwierigkeit überwunden und sich gewöhnt haben, die „gleichschwebende Aufmerksamkeit“ derart zu erweitern, daß ein viel größerer Teil des gegenwärtigen Ichs des Patienten in erheblich schärferer Beleuchtung als bisher in ihr Blickfeld gerät. Die Zunahme der Fähigkeit, auf diesem Gebiet Nuancen zu sehen, die man in — sagen wir — einjährigem Training erwirbt, steht nicht zurück hinter der Verfeinerung des Differenzierungsvermögens, die man im gleichen Zeitraum im Hinblick auf die Gestaltung unbewußter Triebstrukturen erlebt, wenn man erstmalig mit der analytischen Arbeit beginnt. Ich hatte einmal Gelegenheit, zu hören, wie zwei Analytiker, nennen wir sie A und B, von denen B sich einige Zeit in der Anwendung der konsequenten Widerstandsanalyse geübt hatte, A dagegen nicht, sich über eine schwierige Patientin des A unterhielten. A gab einen kurzen Bericht ihrer Beschwerden und schilderte dann ihr affektlos-unzugängliches Verhalten in der Analyse, zeigte, wie sie sich bewegte, sprach und auf dem Sofa lag, erzählte, was er alles versucht habe, der Situation Herr zu werden, und begann dann laut zu denken. Was er äußerte, waren scharfsinnige, zum größten Teil überzeugende Hypothesen über die Triebentwicklung der Patientin, soweit sie für die gegenwärtige analytische Situation belangvoll war. „Ja, aber das kann ich ihr doch jetzt nicht sagen“, setzte er jedesmal resigniert hinzu, worauf wir anderen zustimmen mußten. Was ihm weiterhin einfiel, waren immer neue, an sich nicht unwahrscheinliche Erklärungen, die das Verhalten des Patienten aus Kindheitserlebnissen und Triebkonstellationen verständlich machen sollten, dazu auch geeignet waren, aber keinen Aufschluß gaben über das, was jetzt zu tun sei. Hier griff nun der Analytiker B ein und stellte an A eine Reihe von Fragen, die das Verhalten der Patientin in der Analyse betrafen, insbesondere ihre Einstellung zur Behandlung selbst, die Äußerungen, die sie darüber getan hatte, die Motivierung, mit der sie ihre Behandlung, von deren Erfolglosigkeit sie sich überzeugt zeigte, immer noch fortsetzte. Es zeigte sich, daß A eine Menge dieser Fragen ganz gut beantworten konnte, daß er recht anschaulich eine Reihe von Szenen aus der Analysenstunde beschrieb, daß er aber diese bewußten und gedanklichen Stellungnahmen der Patientin als unwesentlich vernachlässigte, weil sie ja doch „nicht glaubwürdig“ und „nur der Ausdruck der Angst vor der eigenen Aggressivität der Patientin“ seien. Mit dieser letzten Bemerkung hatte er zweifellos recht, aber er hatte übersehen, daß in eben diesen ungereimten und widerspruchsvollen Stellungnahmen der Patientin das erste Bollwerk der Widerstandsfestung lag, deren vielleicht imponieren-

dere, dem Zentrum nähere Forts er mit dem Fernglas seines guten tiefenpsychologischen Blicks studiert hatte, ohne ihnen einen Schritt näherkommen zu können.

Dieser Festungsvergleich führt uns auf ein Problem, das bei der konsequenten Widerstandstechnik eine große Rolle spielt, und dessen Erörterung — die sich freilich mit noch sehr vorläufigen Resultaten begnügen muß — geeignet sein könnte, ein wenig in die konkrete Kleinarbeit dieser technischen Methode Einblick zu gewähren. Wir wollen es das Problem der Aktualität nennen.

10. Das Problem der Aktualität

Der Vergleich der Neurose mit einer zu erstürmenden Festung scheint — vielleicht allerdings nur wegen meiner laienhaften Vorstellungen von der Belagerungskunst — den Gedanken zu involvieren, als ob über die Reihenfolge, in der man sich mit den einzelnen Widerständen (die im Bilde durch die verschiedenen Gräben, Drahtverhaue, Bollwerke und Fortgürtel repräsentiert werden) auseinanderzusetzen habe, kein Zweifel bestehen könne. Dem ist aber keineswegs so. Das läßt sich wieder am besten an einem Beispiel erläutern:

Der Patient beginnt die Stunde mit Schweigen. Der Analytiker hat den Eindruck, der Patient schweige, um die Verantwortung für das erste Wort nicht übernehmen zu müssen, sie vielmehr auf den Analytiker abzuschieben, und er äußert diesen Gedanken. Der Patient geht darauf nicht ein, sondern sagt, leicht aggressiv: „Haben Sie denselben Satz nicht schon in der vorigen Stunde einmal gesagt? Sie sagen eigentlich immer das gleiche. Na ja, das wird wohl so zu den Vorschriften der Analyse gehören!“ Der Analytiker erkennt, unter anderem aus dem Stimmklang, mit dem der Patient seine Äußerung vorbringt, daß dieser dem für ihn heiklen Problem der Verantwortungsabschiebung auszuweichen und seine dort bereitliegende Angst durch eine Aggression zu verdecken sucht, diese Aggression aber wieder aus Ängstlichkeit insofern abmildert, als er den persönlichen Vorwurf (Sie sagen immer das gleiche) in einen allgemein gegen die Analyse gerichteten umwandelt (das gehört wohl zu den Vorschriften der Analyse), wobei die ursprünglichere Angriffsrichtung noch durch die leise Ironie, die in seinen Worten mitklingt, angedeutet bleibt.

Man könnte hier zweifeln, ob der Analytiker, das Ausweichen des Patienten kurz beschreibend, auf das erste Thema, das des Schweigens, zurückkommen solle, oder ob er sich vorläufig nur mit der letzten Äußerung des Patienten zu beschäftigen habe. Das letztere Verhalten hat nämlich das Bedenkliche, daß der Patient möglicherweise auch hier wieder ausweicht und nun ein drittes Thema anschlägt und so fort, so daß man beim Analysieren vom Hundertsten ins Tausendste kommt, ohne daß irgendein Punkt wirklich erledigt wird. Diesem Bedenken gegenüber ist zuzugeben, daß es wirklich begründet ist. Es kann wirklich so gehen, daß der Patient auf jede noch so sachgerechte Bemerkung des Analytikers hin das Thema wechselt, ja es kann sogar sein, daß auch der nach dem fünften oder sechsten Themawechsel an-

gestellte Versuch des Analytikers, dem Patienten das Fluchtartige seiner Gedankensprünge zu zeigen, von jenem mit einem neuen Gedankensprung beantwortet wird. Das heißt es kann geschehen, daß es dem Analytiker nicht gelingt, einen der sukzessiven Widerstandsmechanismen des Patienten auf den ersten Anhieb so zu treffen, daß der Patient nicht mehr vor der Einsicht in den Widerstandscharakter seiner Äußerung ausweichen kann. Nun ist es aber keineswegs immer falsch, etwas zu versuchen, was möglicherweise erfolglos ausgeht. Die andere Möglichkeit, die der Analytiker hat, nämlich auf das erste Widerstandsphänomen (das Schweigen) weiter einzugehen, ehe das zweite oder das jeweilig letzte wirklich erledigt ist, verspricht noch weniger Erfolg. Es kann zwar leicht geschehen, daß bei einem solchen Vorgehen der Patient sich zu dem, was der Analytiker über sein erstes Widerstandsphänomen sagte, zustimmend äußert; das liegt dann aber nur daran, daß dieses erste Problem für den Patienten inzwischen seine Bedeutung verloren hat, daß es unaktuell geworden ist.

Wir können uns den Sachverhalt theoretisch etwa so klarmachen: Wir hatten es als das Mittel zur Auflösung von Widerständen erkannt, den Patienten zu veranlassen, seine Widerstandsgedanken zu überprüfen. Dazu genügt aber nicht, daß man dem Patienten den Teil seiner Widerstandsgedanken, den er geäußert hat, wiederholt und ihm demonstriert, welche weiteren Gedanken dahinterstehen müßten. Er kann sich das alles anhören, ohne die entsprechenden Denkkakte wirklich in seinem Innern zu vollziehen, ohne sich — wenn dieser Ausdruck gestattet ist — dafür intellektuell verantwortlich zu fühlen, ohne den Wahrheitsgehalt dieser Gedanken oder den Mangel eines solchen wirklich zu erleben. Wenn man mit einem gesunden erwachsenen Menschen über irgendein ihn affektiv nicht zu stark berührendes Thema diskutiert, so wird man es im allgemeinen immer erreichen können, daß er jeden beliebigen Gedanken, den er oder den man selbst in der Diskussion geäußert hat, soweit durchdenkt, daß er darin enthaltene Unstimmigkeiten bemerkt. Man muß nur die einzelnen Denkschritte genügend, d. h. der Auffassungsfähigkeit des anderen entsprechend, klein wählen. Bei einem Patienten, den man zum Durchdenken seiner Widerstandsgedanken veranlassen will, findet man ungünstigere Bedingungen. Man hat es mit einer Kraft zu tun (der narzißtischen Gegenbesetzung), die die Aufmerksamkeit des Patienten von dem Thema, auf das wir ihn bringen wollen, fernhält. Dieser Kraft kann, wie wir weiter oben ausführten, die zärtliche Bindung an den Analytiker entgegengestellt werden — wenn sie verfügbar ist. Stellen wir uns etwa vor, der Patient unseres Beispiels habe eine genügend tragfähige zärtliche Bindung an den Analytiker entwickelt, so würde es vielleicht genügen, wenn der Analytiker auf die ironisch-ausweichende Bemerkung des Patienten etwa zur Antwort gäbe: „Sie weichen ja aus!“, um den Patienten zur gedanklichen Verarbeitung der ersten Äußerung des Analytikers anzuregen. Aber das braucht nicht der

Fall zu sein. Die Daten des Beispiels legen sogar eher die Annahme nahe, daß der Patient zu einer solchen Bindung an den Analytiker noch gar nicht fähig ist. Dies ist die Regel beim Bestehen eines schweren, etwa trotzhaften, noch undurchbrochenen Charakterwiderstandes. Unter diesen Umständen kann der Analytiker nicht erreichen, daß der Patient einen vom Analytiker angegebenen Gedankengang in sich aktiviert, ihn in Hinblick auf seinen Wahrheitsgehalt durchdenkt, sondern der Analytiker ist darauf angewiesen, sich mit dem Widerstandsgedanken zu beschäftigen, den der Patient jeweilig aktiviert hat, deshalb aktiviert hat, weil er ihn zu der im Augenblick nötigen Abwehr braucht. Es ist dann jede Äußerung des Analytikers unwirksam, die nicht haargenau die aktuellste Widerstandsbildung des Patienten trifft. Ich weiß nicht, ob es korrekt ist, in dem erwähnten Falle sich so auszudrücken, als ob gar keine zärtliche Bindung an den Analytiker bestünde. Vielleicht sollte man nur von der Schwäche und geringen Tragfähigkeit dieser Bindung reden; denn es scheint plausibel, daß bei vollständigem Fehlen einer solchen Bindung auch die Möglichkeit, den Patienten zu analysieren, wegfiel. Immerhin schiene es mir nicht ganz unlohnend, sich die Frage vorzulegen, ob nicht auch in der narzißtischen Übertragungsbeziehung, die mit der Entfaltung des Charakterwiderstandes notwendig verbunden ist, ein für die Analyse fruchtbar zu machendes Element enthalten sein könnte. Nun, das ist ein Spezialproblem, das wir hier nicht weiter verfolgen können. Dagegen läßt sich allgemein sagen: je stärker der Widerstand und je schwächer die zärtliche Bindung, um so strenger muß das Vorgehen des Analytikers auf Aktualität bedacht sein.

Dieser Forderung nach Aktualität kann der Analytiker bei einigermaßen schweren Fällen nicht genügend gerecht werden, wenn seine Aufmerksamkeitshaltung nicht von ihr beeinflusst worden ist. Man wende dagegen nicht ein, daß diese Bemerkung dahin tendiere, der „gleichschwebenden Aufmerksamkeit“ des Analytikers ein Ende zu machen. Die Rede von der „gleichschwebenden Aufmerksamkeit“ meint ja nicht, daß der Analytiker sein auf Begabung, Erfahrung und Nachdenken beruhendes Gefühl für die psychologische Bedeutung des Wahrgenommenen außer Funktion setze, sondern daß er dies Gefühl möglichst ungestört von bewußt erzwungenen Aufmerksamkeitsspannungen zur Wirkung bringe. Es ist wahr, daß wie jede durch Überlegung gewonnene technische Einsicht, auch diese von der Aktualitätsforderung zunächst störend auf die gleichschwebende Aufmerksamkeit wirkt; aber diese störende Wirkung verschwindet eben so rasch, wie die anderer die Technik beeinflussenden Überlegungen.

Es ist unmöglich, im Rahmen dieser Arbeit ein auch nur einigermaßen vollständiges Bild von der Arbeitsweise der konsequenten Widerstandsanalyse zu geben; und ich werde mein Versprechen, die theoretischen Argumente durch eine anschauliche Darstellung zu ergänzen, nur sehr unvollkommen einlösen

können. Aber um wenigstens so viel zu tun, wie der Raum erlaubt, möchte ich unter Verzicht auf systematische Gedankenfolge eine analytische Situation besprechen, deren Erörterung theoretisch nichts Neues ergeben wird, die aber so oft in der Analyse vorzukommen pflegt, daß die Art, wie man sich ihr gegenüber verhält, dem anschaulichen Bild der Analysenvorgänge einen charakteristischen Zug verleihen kann.

II. Das Reden in Anspielungen

Nachdem man einige Widerstände aufgelöst hat, ohne daß aber bisher ein echter Triebdurchbruch erfolgt wäre, beginnt der Patient, der sich in einem gewissen Zustand von Lockerung befindet, ziemlich lebhaft eine Reihe von Einfällen zu äußern, die logisch nur in einer oberflächlichen Weise verknüpft sind, die aber, im Zusammenhang betrachtet, als unverkennbare Anspielungen auf einen bestimmten Affekt und ein bestimmtes Kindheitserlebnis, in dem der Patient mit jenem Affekt reagierte, aufgefaßt werden müssen.

Drei verschiedene Verhaltensweisen des Analytikers kommen hier in Betracht und werden erfahrungsgemäß auch wirklich angewandt.

Das erste, wir wollen es das Deutungsverfahren nennen, besteht darin, daß der Analytiker dem Patienten die von ihm gebrachten Anspielungen in geeignetem Zusammenhang noch einmal vorführt und ihm zeigt, wie wunderbar sie zu dem Bilde einer bestimmten Szene mit bestimmtem Gefühlsgehalt zusammenpassen, so daß es doch mit dem Teufel zugehen müsse, wenn so viel Übereinstimmung dem reinen Zufall zu verdanken sein solle, und die größte Wahrscheinlichkeit dafür spreche, daß der Patient wirklich einmal eine solche Szene, wenn nicht erlebt, dann doch wenigstens phantasiert habe. Darauf wird der Patient im allgemeinen sehr erfreut und interessiert erscheinen und — dankbar für die ihm zugewandte Fülle an Scharfsinn — eifrig noch einige Einfälle bringen, die die Deutung bestätigen. Der therapeutische Effekt aber wird ungefähr gleich Null sein.

Das zweite Verfahren, das wir das Andeutungsverfahren nennen möchten, wird von Analytikern bevorzugt, die das erste als zu grob verurteilen. Es besteht darin, daß der Analytiker dem Patienten die Einfälle, die er gebracht hat, in geeigneter Beleuchtung und mit gewählter Betonung in der günstigsten Reihenfolge zusammenstellt und abwartet, wie der Patient darauf reagiert. Hier kann zweierlei geschehen. Entweder der Patient kann mit dieser Zusammenstellung nichts anfangen, er versteht nicht, das ihm vom Analytiker vorgelegte Rätsel zu raten, so bleibt alles wie bisher; oder er findet die Lösung des Rätsels. Dann ergibt sich für den Patienten noch ein Vergnügen mehr als im Falle des Deutungsverfahrens; er darf nämlich nun auch auf seinen eigenen Scharfsinn stolz sein. Aber der therapeutische Effekt bleibt wiederum aus. Der Patient hat seinen verdrängten Impuls ja nicht erlebt, sondern nur erschlossen, wie er das mit dem Impuls eines Wildfremden,

von dem er die entsprechenden Äußerungen gehört hätte, ebensogut gekonnt haben würde. Der Widerstandsmechanismus liegt eben nicht allein in der Tatsache des Vergessens, sondern in gedanklichen oder sagen wir in reflektierten Akten, zum Beispiel in der nicht realitätsgerechten Akzentuierung, mit der Deckerinnerungen dargestellt werden.

Das dritte Verfahren, das uns als das allein zulässige erscheint, ist das der Widerstandsanalyse. Diese kann zum Beispiel darin bestehen, daß man den Patienten auf die Zerrissenheit seiner Einfälle aufmerksam macht; manchmal wird man ihm auch geradezu zeigen können, daß er intendiert, vom Analytiker erraten zu werden, oder ihm ein Rätsel aufzugeben. Das Merkwürdige und Lehrreiche an diesem Vorgehen ist nun die Tatsache, daß in den weitaus meisten Fällen die Zersetzung des Widerstandes nicht etwa den Impuls befreit und die Erinnerungen aufsteigen läßt, auf die die Äußerungen des Patienten in so unmißverständlicher Weise anspielten, sondern ganz andere, und daß umgekehrt jene erst in einem viel späteren Stadium der Analyse lebendig werden. Man erkennt daraus, daß zur Bildung der Abwehr oft Vorstellungsmaterial verwendet wird, das nicht zu dem unmittelbar abgewehrten Impuls gehört, sondern zu einem noch viel tiefer verdrängten. Die an sich so reizvolle Arbeit der Rekonstruktion vergangener Szenen aus wenigen und versprengten Erinnerungsspuren ist zwar für den Privatgebrauch des Analytikers nicht unwichtig, da er sich nur so ein ungefähres Bild der Neurosenentwicklung seines Patienten verschaffen kann, aber für die unmittelbare Anwendung in der Therapie kommt sie nicht in Betracht.

Man wird nun fragen, ob denn bei der konsequenten Widerstandsanalyse der Analytiker überhaupt keine Gelegenheit habe, direkt von den infantilen Trieben des Patienten zu reden. So fällt oft die Bemerkung, daß es doch nötig sei, dem Patienten, der einen „echten Triebdurchbruch“ produziert habe, den Inhalt des dabei Geäußerten zu erklären. Man muß darauf antworten, daß hier nur ein Mißverständnis über das, was man unter einem „echten Triebdurchbruch“ versteht, vorliegen könne. Tritt nämlich dies Phänomen auf, so versteht der Patient seine Äußerungen so vollständig, wie man es nur irgend wünschen kann. Es bleibt dem Analytiker tatsächlich nichts im Sinne einer Erklärung oder Erläuterung der vom Patienten geäußerten Inhalte hinzuzusetzen. Dagegen ist etwas anderes zu tun, was geschehen muß, wenn aller erreichbare therapeutische Gewinn aus dem Triebdurchbruch gezogen werden soll. Der Analytiker muß dem Patienten, sozusagen in einem Rückblick, die Widerstände noch einmal vor Augen führen, die dem gegenwärtigen Triebdurchbruch vorgelagert waren und, wenn möglich, verständlich machen, wieso gerade diese Widerstandsmechanismen geeignet waren, gerade diesen Impuls und gerade diese Erinnerungen am Durchbrechen zu hindern. Je weiter dabei der Analytiker in der Entwicklung der vorliegenden Analyse zurückgreifen kann, um so besser. Der Grund hierfür ist einleuchtend. Um

einen echten Triebdurchbruch zu erzielen, ist es — glücklicherweise — nicht notwendig, buchstäblich sämtliche Widerstandsgedanken mit gleicher Gründlichkeit zu zersetzen. Wenn die Hauptstränge des Widerstandsnetzes gerissen sind, so genügt die Druckkraft des Impulses selbst, den Durchbruch zu erzwingen. Dann bleiben aber Reste von Widerstandsmechanismen ungeklärt, die oft eine Restitution des Widerstandes ermöglichen, während sie bei dem beschriebenen Vorgehen mit relativ sehr geringer Mühe relativ sehr gründlich beseitigt werden können.

Hiermit bin ich am Schluß des darstellenden Teils meiner Ausführungen angelangt. Was übrig bleibt, sind einige historisch-kritische Bemerkungen, von denen ich aus Gründen der Übersichtlichkeit die Darstellung selbst freihalten wollte. Daß die Erörterung der Technik selbst, die eine große Fülle von Einzelfragen und theoretischen Problemen involviert, milde gesprochen, äußerst lückenhaft ist, habe ich schon gesagt. Ich kann nur hoffen, Interesse für die vorgetragenen Probleme, nicht aber schon Zustimmung zu den ange-deuteten Lösungen hervorgerufen zu haben. Eine Bemerkung glaube ich dem Leser noch schuldig zu sein, nachdem ich mich so sehr für eine — wenn man will — radikale oder rigorose Handhabung der Technik ins Zeug gelegt habe: Alle Strenge der technischen Vorschriften ist nur soweit legitimiert, als sie durch das therapeutische Ziel geboten erscheint. Immer droht die Gefahr, daß aus einer vernünftigen Methodik ein Ritual wird, das nicht um des Ziels, sondern um seiner selbst willen Gehorsam verlangt. Technische Regeln in abstrakter Form sind nicht dazu da, angewandt zu werden, sondern verstanden zu werden, um, auf noch wenig erforschten Wegen, Taktgefühl und Instinkt des Analytikers zu verfeinern und zu bereichern. In der Gegenwart der einzelnen Analysenstunde müssen immer diese das letzte Wort haben.

12. Reichs Theorien zur Analysetechnik

Die entscheidensten Fortschritte in der Theorie der analytischen Technik, die seit den Arbeiten Freuds zu verzeichnen sind, scheinen mir die von Wilhelm Reich stammenden zu sein. Ich möchte es daher nicht unterlassen, hier zu ihnen wenigstens soweit Stellung zu nehmen, als sie die in der vorliegenden Arbeit angerührten Probleme betreffen, um so weniger, als die Gedanken, die ich mir über die Theorie der Technik gemacht habe, und von denen ich einige in der vorliegenden Arbeit darzustellen versuchte, unmittelbar auf den Reichschen Gedanken und auf Anregungen beruhen, die ich in seinem Seminar empfing, und für die ich mich ihm zu größtem Danke verbunden fühle.

Ich glaube, in Reichs technischen Lehren, deren Reichtum an fruchtbaren Gedanken und einprägsamen Formulierungen hier natürlich in keiner Weise ausgeschöpft werden kann, zwei Kernstücke zu erblicken, die er in der mündlichen Unterweisung des Seminars mit der Eindringlichkeit des intuitiv Erkannten — und vielleicht besser als in seinen Schriften — darzustellen wußte.

Das eine beruht auf dem Gedanken, daß, wie die Neurose etwas organisch Gewachsenes, bestimmt Strukturiertes ist, auch die Analyse, die sich die Abtragung und langsame Aufarbeitung dieses Gebildes zur Aufgabe setzt, einen bestimmten, und zwar durch die Struktur der jeweils zu behandelnden Neurose bestimmten, geordneten Verlauf nehmen muß. Reich folgert daraus mit Recht, daß es nicht gleichgültig sein kann, auf welches Stück der sämtlichen, von dem Patienten während einer Analysenstunde gezeigten Lebensäußerungen der Analytiker sein Augenmerk richtet, um es zum Anlaß therapeutischen Eingreifens zu machen. Er zeigt, daß durch die Natur der jeweils vorliegenden Neurose eine Schicht oder richtiger die Repräsentanz einer Schicht ausgezeichnet ist als diejenige, an der das therapeutische Vorgehen anzusetzen hat.

Damit ergab sich die Frage nach dem Kriterium, an dem man den richtigen Angriffspunkt für die Mitteilungen an den Patienten erkennen könne. Auf diese Frage hat Reich zwei Antworten gegeben, die nicht ganz auf der gleichen Ebene liegen. Er sagt: Man mache sich aus allen Daten, die nur dem bisherigen Verlauf der Analyse zu entnehmen sind, ein Bild von der Struktur der Neurose, das sich natürlich im Lauf der Behandlung immer mehr vervollkommnet, und sehe nach, welches die oberste Schicht ist. Bei den Repräsentanten dieser Schicht setze man ein. Hier weiche ich von Reichs Anschauungen ab. Diese Anweisung ist theoretisch richtig, aber unanwendbar. Obwohl die Neurose jedes Patienten wirklich strukturiert ist und obwohl sich die Struktur bei genügender Erfahrung und genügender intuitiver Begabung in großen Zügen ziemlich frühzeitig erkennen läßt, so ist doch die feinere Struktur der Neurose viel zu kompliziert, als daß man sich auch nur in der ungefährsten Weise im voraus ihrer bemächtigen könnte. Aber gerade auf diese feineren Strukturnuancen scheint es mir entscheidend anzukommen. Reich macht hier von einem fruchtbaren theoretischen Gedanken eine, ich möchte sagen: zu rasche Anwendung auf die Praxis.

Die zweite Antwort, die er gibt, lautet sehr viel empirischer: Man hat durch intensivste gefühlsmäßige Abtastung des vom Patienten in der Stunde gebotenen Bildes herauszuspüren, wo er seine oberste, jüngste, lebendigste und darum zugänglichste Schicht zutage treten läßt. Mit dieser Antwort Reichs stimme ich vollkommen überein. Sie steht in enger Beziehung zu dem, was ich als das zweite Kernstück seiner Lehre betrachten möchte.

Dies zweite Kernstück scheint mir in dem Satz ausgedrückt zu sein, man müsse jeden Widerstand von der Ich-Seite her angreifen. Diesen Satz mit größter Eindringlichkeit immer wieder eingeschärft zu haben, halte ich für ein ganz besonderes Verdienst Reichs. Er hat darüber hinaus auch eine Fülle technischer Wege angezeigt, die die Anwendung dieses Satzes illustrieren. Der große Nachdruck, den Reich darauf legt, daß man Haltung, Gehaben, Rede-weise und vor allem Stimmklang des Patienten beachte und sie dem Patienten bewußt mache, stellt eine sehr wichtige und zutreffende praktische Konse-

quenz aus den beiden „Kernstücken“ seiner Lehre dar. Dagegen hat Reich es nicht verstanden, dem Satz, daß man den Widerstand immer von der Ich-Seite angreifen müsse, seine volle Tragweite zu geben. Geht man dem Wahrheitsgehalt dieses Satzes nach, so scheint sich mir zwingend dasjenige Stück Theorie zu ergeben, daß ich in Abschnitt 3 und 5 der vorliegenden Arbeit dargestellt habe und das sich um den Begriff der „Widerstandsgedanken“ bewegt. Dadurch, daß Reich hier in der Theoriebildung nicht weiterging, ist, scheint mir, die eigentümliche Inkonsequenz in seiner Theorie der Technik möglich geworden, die sich in seinem Buch über Charakteranalyse darin ausdrückt, daß er wiederholt vorschreibt: „... zuerst dem Patienten klarmachen, daß er Widerstände hat, dann welcher Mittel sie sich bedienen und schließlich, wogegen sie sich richten“ (Charakteranalyse, Seite 44, Zeile 16). Dies heißt nichts anderes als: zum Schluß den Inhalt deuten! Dies hätte aber nur Sinn, wenn nach der vollständigen Analyse der Mittel, mit denen der Patient abwehrt, noch etwas zur Auflösung der Abwehr zu tun bliebe, ein Widerspruch, der durch keine der Reichschen Ausführungen irgendwie aufgeklärt wird.

Ein drittes und wichtiges Stück der Reichschen Lehre, die eigentliche Charakteranalyse, möchte ich hier nur noch einmal kurz erwähnen, um zu sagen, daß fast alles, was er zu diesem Thema sagt, mit meinen Anschauungen voll verträglich ist, ja zum größten Teil als Konsequenz aus ihnen hergeleitet werden könnte. Nur in einem, theoretisch gesehen peripheren, praktisch aber nicht unwichtigen Punkte, möchte ich ihm hier sehr entschieden widersprechen, nämlich darin, daß er es für sinnvoll hält, dem noch unerfahrenen Analytiker die Ausführung der Charakteranalyse zu widerraten. Es kommt mir dies genau so verfehlt vor, als wenn man einem Schüler zunächst die phonetische Schreibweise beibringen wollte, um ihn erst hinterher an die orthographische zu gewöhnen. Die berechtigte Sorge um das Wohl des Patienten könnte viel besser dadurch Berücksichtigung finden, daß man Anfängern leichtere und weniger gefährdete Fälle zur Behandlung übergibt und sie nötigenfalls reichlicher kontrolliert als sonst üblich.

13. Die Formulierungen Freuds

Sehen wir uns die auf Seite 493 zitierte Freudsche Formulierung des Grundsatzes der „modernen“ Technik an, so enthält sie die auch allen von uns ausgeführten Gedanken zugrunde liegende Erkenntnis, daß die wesentliche Aufgabe der Analyse nicht in dem Erraten oder Erschließen der vom Patienten vergessenen und verdrängten Kindheitserlebnisse besteht, wobei die Mitteilung der gewonnenen Einsichten an den Patienten nur eine Frage der Ausdruckskunst ist, sondern daß es sich wesentlich darum handelt, eine Veränderung in dem Patienten hervorzurufen, kraft deren ihm selber diese Einsichten zugänglich werden. Die Art dieser Veränderung hat Freud näher bestimmt als die Auflösung der Widerstände des Patienten.

Auch darüber, wie diese Aufgabe zu bewältigen sei, gibt die Formulierung einige Auskunft. Die Widerstände sind vom Analytiker zu erkennen und dem Kranken „bewußtzumachen“.

Lassen wir für den Augenblick diese, sozusagen taktische Frage der Analyse noch unberührt und wenden uns dem zu, was man entsprechend als das strategische Problem der Analyse bezeichnen müßte! Auch hierfür gibt die These Freuds eine Richtlinie. Die Anweisung, die jeweilige psychische Oberfläche des Patienten zu studieren, enthält ein Ordnungsprinzip für das Vorgehen des Analytikers, das ihn nötigt, sich der gesetzmäßig verlaufenden Entwicklung, die sich im Patienten vollzieht, anzupassen, d. h. nicht gemäß dem Fortschritt des eigenen Verständnisses für die Tiefenschichten des Patienten vorzugehen, sondern entsprechend dem stetigen Wechsel dessen, was bei ihm, dem Patienten, die psychische Oberfläche bildet.

Hieraus folgt aber für die Taktik die Verwerfung der Inhaltsdeutungen. Diese Konsequenz braucht nur der nicht zu ziehen, der auch die von dem Patienten in der jeweiligen Analysenstunde vorgebrachten „Inhalte“ mit zur Oberfläche rechnet. Eine solche Auffassung des Begriffs „Oberfläche“ erscheint aber äußerst unpsychologisch. Gesetzt den Fall, ein Patient erzähle, beherrscht von einer Tendenz, den Analytiker ungeduldig zu machen, ein Erlebnis aus seinem vierten Lebensjahr auf eine affektlos-langweilige Manier, so gehört eben nur die affektlos-langweilige Darstellungsart zur Oberfläche, nicht der Inhalt der Erzählung. Oder ein Patient verberge seine aggressiven, gegen den Analytiker gerichteten Impulse in einem überhöflichen Verhalten, so kann man doch nur dieses, nicht aber jene zur Oberfläche rechnen. Die Freud'sche Formulierung sagt keineswegs nur: Man gehe von der Oberfläche aus und dringe zur Tiefe vor, sondern man studiere die jeweilige Oberfläche, d. h. man rühre eine zunächst tiefere Schicht erst dann an, wenn sie zur Oberfläche geworden ist.

Was nun die positive Vorschrift für die Taktik angeht, so scheint sie mir nicht ganz ausreichend, um das Verhalten des Analytikers vollständig zu bestimmen. Der Ausdruck „die Widerstände dem Kranken bewußtmachen“ schließt wohl ein, daß man dem Patienten bewußtmache, daß er abwehrt; aber in diesem Stück der Formulierung kommt weder deutlich zum Ausdruck, daß man ihm die Mittel seiner Abwehr bewußtmachen müsse, noch daß man ihm den abgewehrten Triebimpuls nicht namhaft machen dürfe. Wenn wir auch oben versucht haben, zu zeigen, daß diese negative Vorschrift aus der Anweisung, die jeweilige psychische Oberfläche zu studieren, abgeleitet werden könne, so daß für die Interpretation des „Bewußtmachens der Widerstände“ gar nichts anderes übrig bliebe als die Vorschrift, die Tatsache der Abwehr und ihre Mittel dem Patienten sichtbar zu machen, so müssen wir doch zugeben, daß unsere Auslegung jedenfalls nicht als die sich eindeutig ergebende bezeichnet werden darf. Was hier in dem Freud'schen Texte fehlt,

ist der Hinweis, daß es ein anderer Vorgang ist, einen verdrängten Impuls bewußtzumachen, ein anderer, einen der Aufmerksamkeit des Patienten entzogenen vorbewußten Widerstandsmechanismus (Widerstandsgedanken nach unserem Sprachgebrauch) ins Licht der Aufmerksamkeit zu rücken. Das Wort „bewußtmachen“ kann eben für zwei topisch verschiedene Leistungen verwendet werden: für die Überführung eines Impulses aus dem System Ubw. in das System WBw. und für die Überführung eines Gedankens oder Reflektionsaktes (womit wir archaische Vorstufen des Denkens der Erwachsenen meinen) in das System WBw.

Auch der letzte Satz der Freudschen Formulierung scheint mir nicht ganz eindeutig. Die scharfe Trennung zwischen dem Aufdecken der Widerstände durch den Arzt auf der einen Seite und dem „Erzählen der vergessenen Situationen und Zusammenhänge“ durch den Patienten auf der anderen läßt sich freilich am besten im Sinne unserer Auffassung, daß der Analytiker dem Patienten das Vergessene und Verdrängte, das er, der Analytiker, erschließen konnte, nicht vorzuhalten habe, verstehen. Dagegen spricht die Diktion des Satzes: „... so erzählt der Kranke oft ohne alle Mühe... usw.“ nicht gerade dafür, daß hier das Phänomen des „echten Triebdurchbruchs“ angedeutet werden soll.

Ich habe mir nicht zur Aufgabe gesetzt, kritisch zu untersuchen, wieviel bei der Betrachtung aller in den Freudschen Schriften enthaltenen Äußerungen sich für oder gegen meine Auffassung Sprechendes entnehmen läßt; eine solche Untersuchung würde einen starken Band füllen und auch nicht mehr zeigen, als daß Freud eben kein ausgearbeitetes Gesetzbuch der analytischen Technik verfaßt, sondern der lebendigen Entwicklung der analytischen Anschauungen einen elastischen Ausdruck gegeben hat.

Was ich mit diesen letzten Ausführungen zeigen wollte, war nur, daß die Gedanken, die ich dem Leser vorgelegt habe, der Richtung, in der Freud seine Ratschläge zur Technik entwickelt hat, und die mir durch das besprochene Zitat in prägnanter Weise bezeichnet erscheint, durchaus nicht zuwiderlaufen.

Die psychischen Entschädigungen des Analytikers¹

Von

Barbara Low

London

Es ist schon viel über die Eignung des Analytikers für seine Arbeit geschrieben worden, über die Probleme, die sich aus der Übertragung und der Gegenübertragung für ihn ergeben, auch über die besonderen Gefahren, die ihm drohen, z. B. aus der Verstärkung seiner Allmachtsgefühle oder der Erniedrigung seines Über-Ichs.

Weit weniger Beachtung hat bisher ein anderes Problem gefunden: welcher Art ist die psychische „Kompensation“ der Versagungen, die sich der Analytiker unvermeidlich auferlegen muß? Zwar ist man sich heute allgemein darüber klar, daß sich der künftige Analytiker einer — möglichst vollständigen — Analyse unterziehen muß. Genügt uns aber diese Einsicht? Es wird angenommen, daß der Analytiker imstande sei, die Richtungen seines eigenen Unbewußten zu erkennen und diese Erkenntnis so zu verwenden, daß er während des gesamten Verlaufs der Analyse Herr seiner eigenen Seele bleibe. Tatsächlich wissen wir aber, daß dieses Ideal nur bei außerordentlichen Naturen zur Wirklichkeit wird. Wir wissen, daß die analytische Situation, wie vom Patienten, so auch vom Analytiker zur Befriedigung unbewußter Wünsche ausgenützt werden kann, besonders solcher der prägenitalen und der infantilen genitalen Phase (da ja diese beiden in der Analyse des Analytikers meist nur zum Teil behandelt wurden); so kann es geschehen, daß die analytische Situation sich in einen „Schauprozeß“ verwandelt, um einen von Edward Glover gefundenen Ausdruck zu gebrauchen, und den infantilen Wunsch befriedigt, verbotene Sexualdinge zu betrachten; oder der Analytiker unterliegt der Versuchung, der Tröster und Retter zu werden — damit haben wir nur einige Möglichkeiten der mißbräuchlichen Verbildungen des analytischen Vorgangs erwähnt. Wenn aber die Analyse nicht fehlschlagen soll, muß sich der Analytiker jede Befriedigung solcher Art versagen. Überdies wird die Situation noch durch den scharfen Gegensatz erschwert, der zwischen den beiden Teilnehmern besteht.

Andauernd auf die Befriedigung zu verzichten, die das geliebte und allmächtige Kind ebenso wie der verehrte und allwissende Vater empfinden, auf die Freuden (den Lustgewinn) des Exhibitionismus, des Sadismus und des Masochismus, das ist wahrlich nicht leicht; und ebenso schwer ist es, sich mit intellektueller Ungewißheit abzufinden, sein Urteil in Schweben zu lassen, den Wunsch nach tröstlichen raschen Lösungen auszuschalten. Noch schwerer

1) Nach einem auf dem XIII. Internationalen Psychoanalytischen Kongreß in Luzern am 28. August 1934 gehaltenen Vortrag.

ist es vielleicht, zugunsten eines freieren Ausblicks und einer volleren Ich-Entwicklung auf die Überlegenheit des Über-Ichs zu verzichten, während der Patient seinerseits in allen diesen Vorrechten sozusagen schwelgen darf.

Einen „vollkommen analysierten“ Menschen kann es nicht geben, das Es und seine machtvolle Kraft können niemals hinweg analysiert werden, weil das Unbewußte, wie Freud uns gezeigt hat, ohne Kompensation nur ein gewisses Ausmaß von Versagung ertragen kann: daher setzen wir anscheinend eine fiktive Situation voraus, solange kein Ersatzvorgang sich ergeben hat.

An drei Versagungen, alle ebenso unvermeidlich wie beschwerlich, soll das Gesagte belegt werden: Erstens besteht die Hemmung narzißtischer Lustgewinnung, insbesondere der prägenitalen Stufe (z. B. Regungen der Ungeduld, des Ressentiments, der Vergeltung); zweitens die Störung der dogmatischen Sicherheit auf dem Gebiete des Verstandes; und drittens die Umstellung des Über-Ichs — diese letzte bedeutet wohl den schlimmsten Zwang. Um es kurz zu sagen: Der Analytiker ist genötigt, das Material des Patienten zu übersetzen und zu deuten, ohne gefühlsmäßig darauf zu reagieren. Hier stehen wir aber zwei Schwierigkeiten gegenüber: Sollte ihm diese Aufgabe mißlingen, würde die Analyse zunichte werden; andererseits aber kann er nur, indem er sein Gefühl in Tätigkeit treten läßt, zu einer richtigen Deutung und Übersetzung jenes Materials gelangen. Die praktische sowohl wie auch die theoretische Arbeit der großen Vertreter der Psychoanalyse bestätigt dies und zeigt auch den Weg zur Lösung dieser konfliktvollen Aufgabe.

Seinen eigenen Gefühlsreaktionen auf das eigene Material freien Lauf zu lassen, ist etwas ganz anderes, als auf die Gefühlsregungen des Patienten zu reagieren; das erste ist unerläßlich für die analytische Arbeit, das zweite zerstört sie. In Miltons „Verlorenem Paradies“ träufelt der Geist Gottes dem verstoßenen Adam drei Tropfen göttlichen Wesens in die Augen, worauf Adam „mit seinem Blick ins Innerste und in den Kern des Schauens dringt“ — läßt uns das nicht an jene Gemütsbewegung denken, die die Kraft deutenden Schauens in uns auszulösen vermag? Wie aber können wir zu diesem gelangen?

Wir sind geblendet und können nicht nach innen schauen, solange das einverleibte Material „tot“ ist; erst wenn das Gefühl in die dürren Knochen Leben gehaucht hat, dann werden wir „sehend“ gleich Adam. Das Wesentliche des Vorgangs ist offenbar eine Form von Introjektion und Projektion des von dem Patienten dargebotenen Materials — eine Situation, die der Beziehung zwischen dem Künstler und seinem Gegenstand, der äußeren Welt, gleichkommt. Dieser Austausch, dieses In-sich-Aufnehmen und Wieder-aus-sich-Herausstellen, ist die Schaffensweise des Künstlers (auch den echten Wissenschaftler dürfen wir als Künstler bezeichnen); und ohne diesen Austausch scheint keine „Kompensation“ erreichbar. In einem „The Nature of the Therapeutic Action of Psycho-Analysis“ betitelten Aufsatz, der in der letzten Nummer des „Inter-

national Journal of Psycho-Analysis“ erschienen ist, behandelt James Strachey die Deutung, und zwar insbesondere jene, die er als „umwandelnde Deutung“ bezeichnet. Er sagt: „Die therapeutische Wirkung der Psychoanalyse beruht im Grunde auf der umwandelnden Deutung.“

Ich glaube, daß Strachey hier das Problem aufgreift, auf das ich hingewiesen habe. Die umwandelnde Deutung ist meiner Auffassung nach das Ergebnis jener Einsicht des Analytikers, die aus unmittelbarer freier Zugänglichkeit seiner eigenen Gefühlsregung geboren wird. Meiner Meinung nach gewährt diese freie Zugänglichkeit dem Analytiker die Möglichkeit des erkennenden Schauens (Vision) und befähigt den Patienten, der in engem Kontakt mit ihm steht, in seinem Gefühlsleben freier zu werden und sich infolgedessen zu ändern. Wir alle wissen, daß die Deutung — die Frage, wann, wie und in welchem Ausmaß gedeutet werden soll — eines der wesentlichsten Probleme sowohl für den Analytiker als auch für den Patienten ist, und daß die Deutungsarbeit stets auch die Probe für den Analytiker in bezug auf sein eigenes Unbewußtes bildet. Eines ist sicher: wenn die Deutung durch den Analytiker sich im richtigen Augenblick ergibt und unbeirrbar auf ihr Ziel lossteuert, kann sie die größte dynamische Wirkung auf das Unbewußte des Patienten ausüben, kann einen Strom von Kraft ins Fließen bringen, zu neuer Leistung einerseits, zu selbstschützendem aggressivem Widerstand andererseits. Gerade weil sie die aktive aggressive Es-Energie des Patienten erweckt, kann gleichzeitig auch die Es-Energie des Analytikers rege werden, um sich dem Material (des Patienten), das nun ein Teil seiner Person geworden ist, zuzuwenden, und dadurch werden neue und reichere Phantasien ausgelöst, begleitet von einem angenehmen Gefühl der Bewegtheit. Daraus muß sich eine mehr wohlwollende Haltung auf seiten des Analytikers ergeben, welche die unbewußte Feindseligkeit herabsetzt.

Was kann weiter geschehen, um der unbewußten Feindseligkeit vorzubeugen — der unbewußten Feindseligkeit und der Rache für die Versagungen, von denen ich bereits gesprochen habe? Kann Versagung in positiven Gewinn verwandelt werden? Sachs hat auf eine Seite der analytischen Arbeit hingewiesen, durch die der Analytiker dem schaffenden Künstler gleichgestellt wird, nämlich auf das Teilhaben an dem Leben zahlreicher anderer Menschen. Nur wenigen unter uns würde sich, abgesehen von unserer analytischen Arbeit, diese Möglichkeit erschließen; sie ist uns wohl sonst nur durch künstlerisches Schaffen gegeben, d. h. also nur so weit, als wir uns auf dem Gebiet der bildenden Kunst, der Musik usw. schöpferisch zu betätigen vermögen. In diesem „Teilhaben“ nun kann die gesuchte Kompensation liegen.

Wir müssen aber sicher sein, daß dieses „Teilhaben“ wirkliches Teilnehmen und ein schöpferischer Vorgang sei. Wenn wir als mehr oder weniger passive Zuschauer teilnehmen, wenn unsere Lust vorwiegend auf der Befriedigung von infantiler Neugier und von Identifikationswünschen beruht,

dann wird sich das so erlangte Lustgefühl nicht notwendig als wirklich dynamische Kraft erweisen; überdies kann sich hinter solcher Befriedigung leicht Feindseligkeit verbergen, die um so häufiger auftaucht, je mehr wir lebende menschliche Wesen betrachten. „Ach, wie bitter ist es, durch ein Fenster das Glück anderer zu sehen“, schrieb einer unserer Dichter.

Wenn wir, anstatt nur „zuzuschauen“, aus den Erlebnissen, an denen wir teilnehmen, „Leben zu schöpfen“ (*living from*) vermögen, dann können die Hemmungen, von denen ich sprach, zu etwas Positivem werden; an Stelle der vormaligen narzißtischen Befriedigung tritt die Lust, neues Leben freizugeben, die eingeschränkten Forderungen des Über-Ichs werden durch weniger verworrene Ich-Impulse ersetzt, die Eingeschränktheit durch dogmatische Sicherheit wird von einer kühneren, begründeten Wißbegier abgelöst. Das Ergebnis eines solchen Austauschs wird den Analytiker befähigen, sich nach zwei Richtungen hin zu entwickeln: er kann sich nun des ihm Bewußten in weit größerem Ausmaß und viel ungezwungener bedienen, und er kann weit mehr von seinem Unbewußten ans Licht bringen.

Was ich mit „Leben schöpfen“ bezeichnet habe — im Gegensatz zu bloßem „Zuschauen“ — wird uns klarer werden, wenn wir uns der Beschreibung erinnern, die der Dichter Wordsworth von dem Wesentlichen im Vorgang des dichterischen Schaffens gibt. Er sagt, dies Wesentliche sei „Gemütsbewegung, deren man sich gelassen erinnert“ (also, die man aufs neue, aber im Ruhezustand erlebt). Auch der Rat, den Hamlet der Schauspielertruppe gibt, kann hier als Erläuterung dienen: „Seid nicht allzu zahm... mitten in dem Strom, Sturm und — wie ich sagen mag — Wirbelwind eurer Leidenschaft müßt ihr euch eine Mäßigung zu eigen machen.“ Auf solche Art und Weise können wir wirklich die gewünschte Situation herbeiführen, d. h. die Fähigkeit erlangen, das Material des Patienten zu übersetzen und uns dabei seinen unbewußten Bedürfnissen anzupassen, ohne ganz darin unterzugehen. Wordsworth und Hamlet fordern Gemütsbewegung und Leidenschaft — auch das psychoanalytische Verfahren erfordert diese — jedoch stets eingeordnet in die analytische „Handhabung“, welche meiner Meinung nach der „Gelassenheit“ und der „Mäßigung“ jener beiden entspricht. Wir alle kennen Beispiele für jene „Gemütsbewegung im Zustand der Ruhe“ — ich möchte unter ihnen hier vor allem die Technik Freuds herausheben. In seiner eigenen Darlegung dieser Technik z. B. zeigt sein Stil (d. h. das Ausdrucksmittel seiner Seele) tiefe Bewegung des Gemüts und größte Freiheit, diese Gemütsbewegung zu verwenden: sein Verhalten seinem Material gegenüber, durch Worte und Ideen zum Ausdruck gebracht, ist beinahe fröhlich zu nennen, und wenn wir seine Schriften lesen, fällt uns die Übereinstimmung in dieser Hinsicht mit dem Verhalten des Künstlers auf, der sich durch den Vorgang der Deutung bereichert, eine negative Situation (negativ infolge der Kluft zwischen dem einverlebten [introjizierten] Material und seinem eigenen Gefühlsstrom) in

eine positive verwandelt und ein sehr sublimiertes Machtgefühl befriedigt. Soweit Freuds Stil in Betracht kommt, fühlen Anhänger und Gegner in gleicher Weise dessen lösende und erhellende Wirkung — diese Wirkung ist ohne Zweifel mit jener verwandt, die jeder große Künstler erzielt, ob nun ein Michelangelo, ein Shakespeare oder ein Goethe. Seine Schriften scheinen in freier Berührung mit seinen Phantasien zu stehen, lenkend bewegt von jener Leidenschaft, die Hamlet von seinen Schauspielern fordert, und doch stets unter der Kontrolle von „Mäßigung“ und „Ruhe“.

In anderer Art und anderem Maß finden wir diese Verfassung auch bei andern analytischen Schriftstellern, bei Ferenczi und James Glover z. B., um zwei zu erwähnen, die nicht mehr unter uns weilen. Und wenn wir auch den grundlegenden Ideen des verstorbenen Groddeck vielleicht kaum zustimmen, werden wir doch erkennen, daß die freie Hingabe an die Phantasie seinen Schriften Reichtum und Kraft gibt, zugleich auch seiner Behandlung menschlicher Wesen Wirksamkeit verleiht.

Die offenbare Lust (aus Gefühlsbefriedigung entstanden), die den oben Erwähnten offensichtlich aus ihrer inneren Freiheit erwächst, findet Widerhall bei den Menschen, die mit ihnen in Berührung kommen: das meine ich, wenn ich davon spreche, daß das „Teilhaben“ des Analytikers an den Erlebnissen, die ihm mitgeteilt werden, auf den Patienten zurückwirkt. Wir müssen nun forschen, was ein solches „Teilhaben“ tatsächlich ist.

Die Fähigkeit, äußeres Material in uns aufzunehmen, es zu formen und es mit neuen Kombinationen neu zu erschaffen (die wesentliche Eigenschaft des Künstlers) und andererseits das Vermögen, Material wieder zu geben, das in uns durch eine Verschmelzung mit unserm individuellen Erleben Eingang gefunden hat, muß auf oralem und analem Triebleben gegründet sein, wie schon viele Forschungen über schöpferische Aktivität ergeben haben.

Produktion und Assimilation dieses Materials haben ihre Parallele in der Aufnahme und Verarbeitung der Nahrung, teilweise auch in bezug auf die Lustgefühle, die diese Vorgänge begleiten.

Wenn also der Analytiker an der Seite des Patienten und gemeinsam mit diesem „sein eigenes Mahl einnehmen“ kann, wird ihm freie Lust (in ihrer sublimierten Form) zuteil und das „Wiedererleben seines eigenen inneren Gesetzes“ — so möchte ich es nennen. Und wie es etwas anderes ist, ob zwei Menschen eine Mahlzeit miteinander teilen oder getrennt voneinander essen, so entsteht etwas Neues aus diesem zusammenfließenden Leben, und dieses Neue führt zu neuen Entwicklungen in dem Patienten. Es fällt mir hier einer meiner eigenen Patienten ein — ein Schriftsteller und Dichter von einiger Bedeutung —: Wenn dieser seinen Phantasien freien Lauf zu lassen vermochte, pflegte er zu sagen: „Mir ist, als ob ich eben ein gutes Essen verzehrte — ich fühle mich reich und satt.“

Die Frage der Sublimierung bei diesen Vorgängen ist von großer Bedeutung

für uns, denn von den Sublimierungen des Analytikers hängt ja so viel ab. Dieses Problem verläßt uns nie. Wie weit ist uns „echte“ Sublimierung eigen, und wenn sie „echt“ ist, wie weit kann sie gehen? Aus diesem Grunde habe ich die Frage der „Kompensation“ aufgeworfen, denn es hat den Anschein, als ob wir häufig einen Grad von Sublimierung voraussetzten, der gar nicht erreicht werden kann, ja eine „Sublimierung“ forderten, die sich nur als eine solche maskiert, insofern sie nämlich den Zusammenhang mit freien Phantasien hindert.

Wenn Freud seine Fälle schildert, zeigt er häufig, daß er aus dem dargebotenen Material „eigenes Leben schöpft“. Ein Beispiel: Als er eine Phase in dem Fall des „Fräulein Elisabeth“ behandelt und ihre Blindheit gegenüber der Bedeutung bestimmter, sehr klarer Symptome — da schildert er, daß ihm gerade zu diesem Zeitpunkt einfiel, wie er selbst einmal in einer gewissen Situation ganz erstaunlich blind geblieben war und sich ein seltsamer Widerspruch zwischen seinem unbewußten Wissen und seiner bewußten Beobachtung ergeben hatte; und es folgt eine genaue Darlegung und weitere Deutung seines damaligen psychischen Zustandes.

Es ist ganz klar, daß Freuds wachsende Fühlungnahme mit dem unbewußten Material ihm weit größere Freiheit gab: tatsächlich erzählt er, daß er nun den Triumph eines lang begehrten Wissens fühlte, des Wissens, wie dem Unbewußten seiner Patientin beizukommen sei; und in der nächsten Sitzung machte die Analyse große Fortschritte. Dieses Beispiel — es ist nur eines unter zahllosen, die sich in den Krankengeschichten Freuds auffinden lassen — scheint mir klar zu zeigen, wie der Analytiker seine eigenen inneren Vorgänge neu erlebt, während sich im Patienten neben ihm ein ähnliches Wiedererleben vollzieht, ein Vorgang voll dynamischer Wirkung auf beide. Die Bedeutung dieser Tatsache ist von Freud und vielen anderen hervorgehoben worden. Wahrscheinlich haben wir hier eine grundlegende menschliche Situation vor uns —: das Bedürfnis nach solcher primitiven Beziehung und ihre dynamische Wirkung. Edward Glover hat diese Situation folgendermaßen beschrieben: Das kleine Kind im Patienten tritt in Beziehung zu dem kleinen Kind im Analytiker, und das Ergebnis ist, daß das Patient-Kind ein gut Teil seiner Angst los wird, denn da das überlegene kleine Kind (der Analytiker) sich in Gefahr und Pein befunden hat und heil daraus hervorgegangen ist, wird ihm das auch gelingen. Eine derartige Beziehung muß in jeder Analyse vorhanden sein, denn ohne sie würde sich kein Gefühl der Bewegung ergeben; die Analyse würde aufhören, ein lebendiger Vorgang zu sein, sie käme für den Analytiker wie für den Patienten bloß auf eine „Kastration“ hinaus. Selbstverständlich kommt es auf Qualität und Quantität dieser „Beziehung“ an.

Einer der Vorteile der „aktiven Therapie“ (im Sinne von Ferenczis späterer Interpretierung) liegt vielleicht darin, daß sie ein starkes Gefühl der Bewegung erzeugt, obgleich es wahrscheinlich mehr von den unbewußten Ein-

stellungen als von der Technik abhängt, ob eine solche Dynamik zustande kommt oder nicht.

Vorausgesetzt daß die Geschicklichkeit des Analytikers, beim Patienten das Phantasieren zu „forcieren“ und starke „Aktivität“ bei ihm zu dulden, nicht bloß die Flucht vor tieferliegendem Sadismus des Patienten und den diesbezüglichen Reaktionen des Analytikers verhüllt, mag es wohl der Ausdruck freierer Triebregungen des Analytikers sein, welche eine positivere Ich-Synthese im Patienten herbeiführen.

Es handelt sich dabei nicht um ein Reagieren auf die Phantasien des Patienten, sondern um etwas wie ein gemeinsames Liebesmahl; dieses und die dadurch erreichte Blutsbrüderschaft befriedigen die legitimen Ansprüche der oralen Stufe im Unbewußten und sublimieren die der genitalen Stufe im Bewußten. Wenn man introjiziertes Material vornimmt und es gesetzmäßig und einheitlich ordnet, so befriedigt man damit unbewußte Triebforderungen; die Projektion des Materials in neuer Form befriedigt sublimierte bewußte Wünsche. So arbeiten Künstler und Wissenschaftler, und so muß auch die Arbeit des Analytikers vor sich gehen. Wir dürfen nicht, das hat Freud uns gesagt, dem Patienten gegenüber die Rolle des Propheten, des Retters oder des Trösters spielen, aber können wir nicht — ja müssen wir nicht — der Liebhaber des vom Patienten projizierten Materials werden und es zu unserem introjizierten „guten Objekt“ machen? Diese Liebe wird den Vorgang ermöglichen, den ich als „Teilhaben“ bezeichnet habe, wenn sie stark genug ist, im Analytiker lustbetonte Phantasietätigkeit auszulösen. Es kann uns hier vielleicht die Kinderanalyse zu Hilfe kommen. Der Kinderanalytiker vermag uns zu zeigen, auf welche Weise jeder Analytiker seinem Phantasieleben einen immer weiteren Spielraum geben kann, damit es schließlich zu einem freieren Strömen zwischen ihm und dem Patienten komme. Denn der Kinderanalytiker muß, wenn er überhaupt Erfolge haben soll, in tiefer und instinktiver Berührung mit dem Phantasieleben des Kindes stehen: er kann die Phantasie nicht hinter verhüllende Worte zurückdämmen, wie es bei der Analyse Erwachsener möglich ist.

Ich will nun die Andeutungen, die ich hier gemacht habe, kurz zusammenfassen. Vielleicht läßt sich die Gefahr, die dem Analytiker droht, wenn er die Fiktion aufrecht zu erhalten versucht, er bleibe im analytischen Vorgang frei von jeder Gemütsbewegung, am besten in die Sätze zusammenfassen, die Freud mit Bezug auf Leonardos Tragödie schrieb: „Der Künstler hatte einst den Forscher als Handlanger in seinen Dienst genommen; nun war der Diener der stärkere geworden und unterdrückte ‚seinen Herrn‘ ... er liebte weder, noch haßte er, er forschte, anstatt zu lieben.“ Oder auch in die Worte, die Freuds Vorgänger in der Person Hamlets zu einem spricht, der sein Verbündeter sein möchte: „Ihr wollt tun, als kenntet Ihr meine Griffe; Ihr wollt in das Herz meines Geheimnisses dringen; Ihr wollt mich von meiner

tiefsten Note bis zum Gipfel meiner Stimme hinauf prüfen: und in dem kleinen Instrument hier ist viel Musik, eine vortreffliche Stimme, dennoch könnt Ihr es nicht zum Sprechen bringen.“

Einen Weg zu erfolgreicher analytischer Leistung — erfolgreich für den Analytiker sowohl wie für den Patienten — werden wir finden, wenn wir uns wieder Freud zuwenden und seiner Beschreibung des Künstlers. Sie besagt, daß der Künstler (und für Künstler dürfen wir hier Analytiker setzen) in seiner Beziehung zur Außenwelt (für die wir hier Patient setzen) seine eignen unbewußten Wünsche umformt, indem er sie der Realitätsforderung anpaßt. So umgeformt, präsentiert er sie wieder der Welt (dem Patienten) und schafft durch diese Neugestaltung für sich und für die Welt ein Stück neuer Freiheit.

Erfolgreiche Behandlung einer schweren, multiplen Konversionshysterie durch Katharsis¹

Von

Emil Simonson

Berlin

Der Fall, über den ich berichten will, verdient Interesse schon wegen der ungewöhnlichen, durch ein ganzes Leben sich hinziehenden Häufung von zahlreichen unerledigten Konflikten und eingeklemmten Affekten, sowie auch in Hinsicht auf das bei bloßer Katharsis ungewöhnlich tiefe Eindringen in die Zusammenhänge zwischen Urkomplex und aktuellem Konflikt. Im November 1926 wurde ich morgens 7 Uhr dringend zu der 58jährigen Portierfrau Bertha X. gerufen, weil sie einen Schlaganfall mit Lähmung der linken Körperseite erlitten habe, sehr große Schmerzen leide, auch plötzlich erblindet sei und wohl im Sterben liege. Bei der ersten Inspektion lag die Frau mit der rechten Rumpfhälfte auf der äußersten Bettkante, während das rechte Bein über den Bettrand hinaus frei nach abwärts hing. Sie klagte über unerträgliche Schmerzen in der ganzen linken Körperhälfte, besonders im Arm und in der Herzgegend. Sie könne weder Arm noch Bein bewegen. Bei leiser Berührung schrie sie laut auf. Meine vor ihre Augen gehaltene Hand konnte sie nicht sehen. Die Untersuchung ließ keinen Zweifel, daß es sich nicht um echte Lähmung, sondern um Parästhesien und hysterische Konversionen handelte. An einer ihr unter die Nase gehaltenen Flasche mit Chlorkalk roch sie auf Aufforderung ohne ein Zeichen der Abwehr gleichmäßig wohl 8—10 Sekunden lang, der Geruchssinn war also ebenfalls ausgeschaltet. Da sie immer wieder um Hilfe und Beseitigung ihrer unerträglichen Schmerzen jammerte, versuchte ich, sie in Hypnose zu versetzen, vorläufig nur zur suggestiven Einwirkung.

Die tiefe Hypnose gelang leicht und schnell, mit dem Erfolge, daß sie bald ruhig und mit dem ganzen Körper im Bett liegen konnte, und daß unter ständigem Zuspruch und leisem Streichen der Stirn die Schmerzen bald nachließen, auch die Beweglichkeit der linken Extremitäten sich einstellte. In den nächsten Tagen wurde sie täglich durch Suggestion in tiefer Hypnose weiter behandelt, zugleich suchte ich durch Befragen über die Erlebnisse der letzten Zeit der Ursache des Anfalls näherzukommen. Am dritten Tage konnte sie plötzlich die Farben an dem Schmuck der an der Zimmerdecke hängenden Lampe unterscheiden, und so kehrte in den nächsten Tagen das Sehvermögen zurück und verschwanden auch die Parästhesien. Am vierten Tage berichtete sie, sie habe am Vortage mehrfach heftig erbrechen müssen, weil sich plötzlich ein starkes Geschmacks- und Geruchsgefühl nach Chlor eingestellt habe. Hier war also die Reizwirkung des eingeatmeten Chlors auf ihrem Wege zum Perzeptionsorgan aufgehalten gewesen und hatte erst am dritten Tage ihren Weg plötzlich fortgesetzt. Energetisch muß man sich den

¹) Vortrag, gehalten in der Deutschen psychoanalytischen Gesellschaft am 13. Dezember 1932.

Vorfall wohl so erklären, daß die aktuelle Energie plötzlich gezwungen war, sich vorläufig in Energie der Lage, sogenannte potentielle Energie, umzuwandeln, weil der Weg versperrt war.

Es konnte nicht zweifelhaft sein, daß die Besserung der Symptome auf dem Wege der Übertragung als „Gefälligkeitsleistung“ zustande gekommen war, ohne daß jedoch die Grundursachen damit beseitigt oder ermittelt waren. Vertrauen auf die Dauer der Besserung war daher nicht am Platze. Der erste Rückfall ließ denn auch nicht auf sich warten. Nach etwa einer Woche sieht sie wieder nur undeutlich, das Herz will stillstehen. Da eine Psychoanalyse bei dem Alter und dem Bildungsgrade der Kranken nicht in Frage kam, entschloß ich mich, angesichts der positiven Einstellung zum Arzt und der damit wohl zusammenhängenden Empfänglichkeit für tiefe Hypnose zu einem Versuch mit der alten Breuer-Freudschen Katharsis, deren Technik ich zunächst ohne Abweichung zur Anwendung brachte. Die Kranke begann, wie auch in den meisten der folgenden Behandlungen, mit einer sehr lebhaften mimischen Darstellung von Furcht und entsetzter Abwehr, die sehr bald in die dramatische Wiederholung eines Erlebnisses der letzten Monate überging. Sie sieht ein Automobil, über das der Lenker die Gewalt verloren hat, in rasender Fahrt auf sich zukommen und kann sich gerade noch auf die Bordschwelle retten, während 20 Schritte weiter ein alter Mann totgefahren wird. Bei diesem Vorgang, den ihre Augen sehen mußten, sei ihr das Herz fast stehen geblieben. Als ich im Laufe derselben Hypnose ihre Schläfen nochmals zwischen meinen Händen drücke, erlebt sie unter höchster Affektäußerung einen dem dargestellten Ereignis in gewisser Hinsicht analogen, 38 Jahre zurückliegenden Unfall. Sie hilft während einer Schwangerschaft auf einem Gute bei der Erntearbeit. Während sie eine Heulast auf einem Brett schräg aufwärts zum Heuboden karrt, bricht das morsche Brett unter ihr zusammen. Während ihr beim Sturz nichts geschieht, wird ein untenstehender alter Mann zu Tode getroffen. Nach dem Erwachen aus der Hypnose kann sie wieder gut sehen und das Gefühl am Herzen ist geschwunden.

Auch dieser Erfolg war, wie zu erwarten gewesen, nicht von Dauer. Es folgte in Abständen von einigen Tagen oder Wochen eine Reihe von Rückfällen, die sich nicht nur durch Symptome von seiten des Herzens und der Augen ankündigen, sondern sich meistens auf die linke Körperhälfte beziehen, dergestalt, daß sogar Unfälle immer die linke Seite des Körpers treffen. Der Zusammenhang wird sich im Laufe der Wiedergabe der einzelnen Anfälle ergeben.

Am 18. Dezember 1926 klagt sie über die Rückkehr klimakterischer Beschwerden nach vieljähriger Pause, besonders aber über das häufige Gefühl aufsteigender Hitze und sehr unangenehme Geruchsempfindungen. Da ihr nichts dazu einfällt, gehen wir gleich zur Hypnose über. Sie sieht sich 10 Jahre zurück in ihrer früheren Wohnung in der W.straße, wo sie sehr starke klimakterische Beschwerden mit Ohnmachtsanfällen durchlebt. Sie schleppt sich mühsam bis zum Bett und wirft sich darauf hin. Ihr Mann verbietet ihr das Austragen der Zeitungen. Der Arzt trifft die gegenteilige Anordnung, sie solle die Arbeit nicht aufgeben. Er verordnet scheußlich schmeckende Tropfen, nach denen die Stube noch wochenlang roch. Da der Arzt das Fortsetzen der Arbeit angeordnet hat, wird er den Gesamtzustand wohl auf Hysterie zurückgeführt haben, man darf daher vermuten, daß die scheuß-

lich schmeckenden und riechenden Tropfen wohl Tctr. As. foet. gewesen sind. Nach einigen Tagen nahm sie die Arbeit wieder auf und setzte sie noch zwei Jahre wieder fort, obgleich sie dauernd an aufsteigender Hitze litt, so daß sie oft aus der Stube laufen mußte. Nach Aufgabe des Zeitungstragens arbeitete sie am Kirchhof. Ich schicke hier voraus, daß der Vater Totengräber gewesen ist. Als sie aus Neugier einmal die Leichenkammer öffnet, schlägt ihr ein scheußlicher Geruch entgegen, und sie sieht die bereits in starker Fäulnis befindliche Wasserleiche eines etwa $\frac{3}{4}$ Jahre alten Kindes. Da sich niemand nach dem Verbleib eines Kindes erkundigt hatte, nahm sie an, daß es sich um ein Verbrechen handeln dürfte. Nach 3 Tagen war die Leiche noch immer in der Kammer und verbreitete einen pestartigen Geruch. Dann war sie verschwunden, aber es war kein frisches Kindergrab vorhanden. Als sie nach 8 Wochen dem Gärtner half, ein freies Landstück für Blumenpflanzung umzugraben, entsteht plötzlich ein furchtbarer Geruch, den sie unter entsetztem Abwehr- und Würgebewegungen darstellt. Der Gärtner fällt in Ohnmacht. Sie hatten die oberflächlich verscharrte Kindesleiche wieder ausgegraben. Seitdem hat sie öfters Geruchshalluzinationen. Ob das wohl eine Strafe für ihre Neugier sei? Den Ursprung des Strafbedürfnisses werden wir später kennenlernen. Sie war mit ihrem Streben, etwaigen Verbrechen auf die Spur zu kommen, den Kollegen und Vorgesetzten lästig, bei den Kollegen besonders unbeliebt gewesen, weil sie allen Unregelmäßigkeiten immer auf den Grund ging. Dagegen war sie bei ihren Beschäftigungen in Krankenhäusern immer sehr beliebt. Am 4. August 1914 ging ihr Mann in den Krieg, sie selbst arbeitete als von früher her geübte Krankenpflegerin im Lazarett. Hier wird die Darstellung durch behaglich schmunzelndes Lachen unterbrochen. Ein leicht verwundeter 21jähriger Unteroffizier läuft ihr, der 47jährigen, immer nach. Während sie nach Feierabend in ihrer Kammer Ordnung macht, umfaßt sie jemand von hinten und packt ihre Brüste. Sie schlägt ihn mit der Faust ins Gesicht, daß die Nase blutet. Sie wird zum Chefarzt bestellt, der erst streng mit ihr spricht, auf ihre Darstellung des Vorganges aber ihr Verhalten billigt. — Am 27. Dezember 1926 haben das Augenflimmern und die Parästhesien noch immer nicht aufgehört. Ich frage nach früheren Erlebnissen, in denen der Vater eine Rolle spielte, und spreche auch von der Bedeutung der Träume. Dieses vorsichtige aktive Eingreifen öffnet ihr den Mund. Nachdem sie früher behauptet hatte, sie träume nie, erinnert sie jetzt ohne Hypnose zwei Träume, von denen der erste 26 Jahre zurückliegt, während sie den zweiten kurz vor ihrer Erkrankung hatte.

1. Traum: Vor 26 Jahren träumt sie, *der Vater, der damals schon 6 Jahre tot war, sei gestorben, und sie habe den Auftrag erhalten, die Leiche anzukleiden. Aber jedesmal, wenn sie näher herantrat, habe sich der Vater aufgerichtet und sie scharf angesehen.*

Am Tage darauf sei sie mit ihrem neun Monate alten Kinde im Krankenhause gewesen, in dem sie arbeitete, und der Arzt habe das Kind untersucht und für ganz gesund erklärt. Zu Hause sei das Kind dann im Wagen plötzlich steif geworden und gestorben. Das entspreche einer allgemein durch ihr Leben gehenden Erfahrung: Sobald der Vater ihr im Traum erscheine, gäbe es jedesmal eine Leiche im Hause.

2. Traum: Kurz vor ihrer jetzigen Erkrankung habe sie geträumt: *sie komme nach Hause, und der Vater rufe ihr entgegen, es sei gut, daß sie käme, sie müsse noch einen Schein unterschreiben, ein erster sei schon geschrieben, genüge aber nicht. Dann sei sie in die Stube gegangen, wo die Mutter krank im Bette lag und erfreut ausrief, es sei sehr gut, daß sie käme, sie solle jetzt unter allen Umständen bei ihr bleiben, dann werde sie sicher gesunden. Was das für ein Schein sei, wisse sie nicht.* Ob es sich um einen Totenschein handelte, habe ich damals zu fragen versäumt. Bald nach diesem Traum sei die jetzige Krankheit eingetreten, deshalb habe sie befürchtet, daß der Vater sie hole. Wir sehen hier, wie ein Traum den Tropfen bildet, der das volle Faß in einem langen Leben verdrängter und unerledigter Erlebnisse und eingeklemmter Affekte, von denen wir noch viel hören werden, zum Überlaufen gebracht hat. — Es sei aber im Hause kürzlich eine 26jährige junge Frau an Grippe und Lungenentzündung erkrankt und binnen drei Tagen gestorben. Das sei die durch die Erscheinung des Vaters angekündigte „Leiche im Hause“, sie selbst sei also diesmal noch nicht gemeint gewesen.

Die Erzählung dieser beiden Träume geschieht ruhig und affektlos, am nächsten Tage ist keine Besserung festzustellen. Deshalb provoziere ich, nunmehr in Hypnose, nochmals die erzählten Vorgänge, die sie jetzt in höchster Leidenschaft mimisch und dramatisch erlebt. Nach dem Tode des Kindes, dessen Einzelheiten sie unter Schreien und Weinen darstellt, sieht sie verfallen aus wie eine Mutter, die in Wirklichkeit ihr Kind eben plötzlich verloren hat. Der Puls ist fast fadenförmig und flatternd. Auf Befragen gibt sie nach Ablauf des shockartigen Zustandes an, sie habe entgegen der Meinung des unwissenden Arztes das Kind schon lange für krank gehalten, es sei sehr stark und schwammig gewesen, habe mit 9 Monaten noch keinen Zahn gehabt, während sich an der Leiche 7 Zähne fanden. — Am folgenden Tage nach diesem Abreagieren gegen den Arzt liest sie kleine Schrift und sieht viel klarer, auch die Parästhesien der linken Gesichtshälfte sind sehr gebessert, die Stimmung ist heiter.

Am 2. Jänner werde ich wieder gerufen, weil sich von neuem Verschlimmerung an den Augen und am Herzen bemerkbar macht. In der Besprechung ohne Hypnose erzählt sie einen Vorfall aus ihrer Kindheit. Der Vater hatte einen kleinen Wand-schrank, an den heranzugehen den Kindern streng verboten war. Da sie Naschzeug darin vermutete, öffnete sie ihn, als der Vater einmal den Schlüssel hatte stecken lassen. Sie sah einen kleinen Fötus im Glase. Als sie das Glas in die Hand nimmt, läßt sie es fallen, wofür sie von dem heimgekehrten Vater furchtbare Schläge erhält. Da eine Änderung des Befindens nach dieser gleichmütigen Erzählung nicht eintrat, ließ ich sie drei Tage später denselben Vorgang in tiefer Hypnose nochmals erleben, diesmal unter starken Affektäußerungen. Nach Erledigung sieht sie in derselben Sitzung einen weiteren Vorgang aus ihrem neunten Lebensjahre, dessen Darstellung mit Lachen beginnt. Sie badet mit einer größeren Anzahl Mädchen ihres Alters gemeinsam im Bache, eine 16jährige badet mit, bei der ihr das Schamhaar auffällt. Sie verspottet das große Mädchen dieser häßlichen Entstellung wegen so lange, bis diese ihr ärgerlich zuruft: „Du dummes Mädel, das haben alle, das hat auch deine Mutter, du bekommst es auch.“ Darüber gerät sie in maßlose Erregung, läuft nach Hause und benutzt die erste Gelegenheit, als die Mutter den auf dem Hofe befindlichen, primitiven, ländlichen Abort aufsucht, sich so zu ver-

stecken, daß sie von unten her sehen kann, ob die Mutter wirklich diese häßlichen Haare hat. Sie wird ertappt und bekommt für ihre Verruchtheit von der ent-rüsteten Mutter furchtbare Schläge, die sie aber gar nicht fühlt, weil sie immer nur mit höchstem Entsetzen schreit, sie wolle das nicht haben, auch wenn sie groß sei. Die Mutter, der bei dieser zügellosen Leidenschaft bange wird, sucht sie durch die wiederholte Versicherung zu beruhigen, sie werde das nicht bekommen. Bei ihrer ersten Entbindung mit 19 $\frac{1}{2}$ Jahren hätten dann die Hebamme und später auch der Arzt gefragt, ob sie sich denn da rasiert habe. Erst mit 20 Jahren sei sehr spärlich etwas Schamhaar gewachsen.

Am nächsten Tage keine wesentliche Besserung, Augen und linke Körperseite machen nach wie vor starke Beschwerden. Es fällt auf, daß sie während des Gespräches immer nach rechts schießt, als ob sie von dorthier etwas Schlechtes fürchtet. Da sie nichts Wesentliches anzugeben weiß, gehen wir gleich zur Hypnose über. Sie sieht sich mit 16 Jahren auf dem Gutshof bedienstet, ist sehr umworben. Im Nachbardorf ist ein Fest mit Tanz. Die Gutsherrin verbietet den Mädchen hinzugehen, weil es dort jedesmal zu einer Schlägerei kommt. Jäger, Kutscher und mehrere Knechte erwirken nachträglich vom Verwalter die Erlaubnis, daß die Mädchen mitgehen dürfen, gegen das Versprechen, sie gut nach Hause zu bringen. Beim Tanz beginnt ein Knecht vom Nachbargut, der ihr schon lange nachgelaufen war, Rempelen, so daß ein Gendarm Ruhe schaffen muß. Um 2 Uhr machen sie sich auf den 1 $\frac{1}{2}$ stündigen Heimweg durch den Schnee. Dabei müssen sie an einer alten Eiche vorbei, die zwei Männer nicht umspannen können. Sie sieht aus der Ferne etwas sich um die Eiche bewegen, warnt, trifft aber auf Unglauben. Als sie dann an der Eiche vorbeikommen, wird der Gärtner, mit dem sie Arm in Arm geht, von hinten erstochen, sie selbst erhält einen Messerstich über dem linken Auge an der Haargrenze, muß 4 Wochen im Krankenhaus liegen und noch mehrere Monate einen Verband tragen. Der Mörder erhält 5 Jahre Zuchthaus. Nach 5 Jahren, als sie schon verheiratet war und bereits ein Kind hatte, kommt der Mörder, um zu sehen, ob sie noch für ihn zu haben sei. Sie läßt ihn stehen und geht schweigend ins Haus.

Nach dem Morde mußte sie bald nach Hause, weil die Mutter kränklich war. Der Vater verbietet ihr ein für allemal das Tanzen. Ein Bruder nimmt sie trotzdem einmal zum Tanzen mit, nach der Rückkehr bekommt sie vom Vater „ihre Dresche“, obwohl sie (mit 18 $\frac{1}{4}$ Jahr) schon aufgebeten war, so daß sie noch mit geschwellenem Gesicht zur Trauung ging. Auf Befragen gibt sie zu, gedacht zu haben, der Vater werde schon seine Strafe finden. Darüber habe sie sich Vorwürfe gemacht, als er krank lag, und habe oft unter Tränen gebetet, daß er, wenn auch siech, leben bleibe, damit sie ihn pflegen könne. Die Krankheit des Vaters sei auch auf der linken Körperseite lokalisiert gewesen. Große zerfallende Geschwüre, die ihr beim Verbinden Ekel eingeflößt hätten. Darüber habe sie sich ebenfalls Vorwürfe gemacht, alles was sie seitdem an Krankheit betroffen habe, habe sich nunmehr immer an ihrer linken Seite abgespielt. Dieser Selbstbestrafung nach dem ius talionis werden wir noch oft begegnen. Der Vater wollte sich nicht von der Mutter, sondern nur von ihr pflegen lassen. Das bereitete ihr sehr große Genug-tuung. Aber als eines ihrer Kinder einmal in der Krankenstube spielte, habe es eine

Tasse, aus der der Vater mit Vorliebe trank, zerbrochen. Auf ihr Schelten kam es zu einem Zank mit dem Vater, der das Enkelkind nicht schelten lassen wollte. Seitdem hat er ihr nie wieder beim Verbinden die Hand gestreichelt, was ihr sehr schmerzlich war. Zuletzt hatte sich die Krankheit des Vaters zum Herzen hingezogen, das war das Ende.

Auf meine Zwischenfrage, ob sie noch weitere alte Träume, besonders den Vater betreffende, erinnere, sagt sie erst nein, dann ja. Als sie noch nicht zur Schule ging, also höchstens im 6. Lebensjahre stand, träumte sie, *sie werde in den Stall geschickt. Dort hängt ein großer, schlanker Mann, geschlachtet, Leib und Brust geöffnet wie bei den geschlachteten Tieren.* Während sie das erzählt, macht sie Würgebewegungen und verspürt einen süßlich unangenehmen Geruch, der jedoch nicht an Leichengeruch erinnert. Auf die Frage, ob der Geruch sie an ein anderes Erlebnis erinnere, erzählt sie: Ein um ein Jahr älterer Arztsohn, ihr Gespieler, ist gestorben und wird in dem Familienerbbegräbnis, wo immer zwei Gräber übereinander liegen, beigesetzt. Nach 4 Jahren stirbt die Arztfrau. Ihr Vater öffnet als Totengräber in ihrer Gegenwart das Kindergrab. Der Knabe liegt angekleidet und anscheinend noch unversehrt. Dort war der süßliche Geruch vorhanden. Bei Berührung fällt die Leiche zusammen. Zu Hause erzählt der Vater der Mutter die Sache und meint, der Arzt müsse wohl etwas getan haben, daß sich die Leiche so lange gehalten habe.

Nach diesem Zwischenspiel führe ich sie wieder auf das Traumbild von dem geschlachteten Manne zurück durch die Frage, ob dieser sie an jemand erinnere. Sie verneint und erzählt dann folgende Geschichte: Der Vater hat vor Jahren von einem Manne im Nachbardorf Geld geliehen. Da er es nicht zurückgeben konnte, entstand Feindschaft. Der Gläubiger lebte mit einer Wirtschafterin zusammen. Als diese ein Kind gebar, erhielt der Vater spät abends einen Brief des Mannes, durch einen geistig nicht normalen Bruder, mit dem Anerbieten, er solle das Neugeborene als Ziehkind annehmen, dafür solle er noch so viel Geld erhalten, daß es mit der alten Schuld 500 Taler sein würde. Die Eltern haben oft Ziehkinder gehalten, die der Vater ebenso wie seine eigenen oft geschlagen habe. Der Vater will noch am späten Abend ins Nachbardorf gehen, die Mutter dringt aber darauf, er solle heute in der Nacht nicht mehr gehen, der Mann habe vielleicht Böses im Sinne, die Sache habe Zeit bis morgen. In dieser Nacht hatte sie den eben wiedergegebenen Traum.

Sie habe abends während der Warnung der Mutter gedacht, wenn der Vater nicht wiederkäme, erhielte sie keine Schläge mehr. Der Vater war groß und schlank wie die Leiche im Traum, der andere kleiner und dick, konnte also nicht der Geschlachtete gewesen sein.

Nachdem sie alles das unter Affektäußerungen in dieser langen Hypnose durchlebt hat, ist sie am nächsten Tage heiter, hat zum ersten Male wieder gearbeitet, die Berührung ist nicht mehr schmerzhaft. Der Blick ist während der Unterhaltung nach links gerichtet, das linke Auge flimmert noch, das rechte nicht mehr. Sie hat probeweise ohne blaue Brille Zeitung gelesen.

Bei einem Besuch vier Tage später fällt auf, daß sie, während wir auf Stühlen einander gegenüber sitzen, bei der Unterhaltung noch immer wie erwartend nach links schaut. Die linke Schläfengegend schmerzt. Auf Befragen gibt sie ohne

Widerstand zu, daß der Totschläger ihr gefallen habe. Als er nach seiner Rückkehr aus dem Zuchthaus bei ihr nachfragte und sie schon ihren Mann und zwei Kinder hatte, auch von dem Manne schon schlecht behandelt wurde, weinte die Mutter und sagte, vielleicht wäre es so besser geworden, aber sie habe ja den Taugenichts durchaus haben wollen. Ihr Mann sei ein übel beleumundeter Müßiggänger gewesen, der in keinem Beruf aushielt. Sie habe ihn auch nur aus Trotz gegen die Eltern geheiratet, die dagegen waren. Das alles berichtet sie ohne Affekt, daher wird wieder Katharsis zu Hilfe genommen. Nunmehr sieht sie sich auf der Hochzeit ihres Bruders, der in ein Bauernhaus einheiratete. Die Feier dauerte drei Tage, am dritten Tage ging sie nicht mehr hin, wohl aber ihr Mann. Als sie Brot holen will, fehlt das Portemonnaie mit dem letzten Geld. Sie geht zum Hochzeitshaus, um ihren Mann zur Rede zu stellen. Dort wird Kricket gespielt, bei ihrem Kommen fliegt ihr eine Holzkugel gegen die linke Schläfengegend. Das Trommelfell ist geplatzt, lange ärztliche Behandlung folgte. Sie ist überzeugt, daß das ihr Mann absichtlich getan habe. Nach dem Erwachen und am nächsten Tage ist sie heiterer, die Schläfengegend weniger empfindlich. Zwei Tage später (9. Jänner) bestehen von neuem Unruhe und Mattigkeit. Starke Sensationen der ganzen linken Körperseite, „Prickeln ganz anderer Art als bisher“, Herzschmerz. Furcht, es könnte sich von der linken Seite bis zum Herzen hinziehen und das wäre das Ende. Hypnose. Sie sieht sich in der Kriegszeit als Straßenbahnfahrerin ihren Wagen rückwärts ins Depot fahren. Dabei berührt sie mit der linken Seite ein herabhängendes Kabel. Der ganze Wagen steht sofort in Flammen, sie mitten darin, greift nach dem Herzen und fällt besinnungslos um. (Während der Katharsis liegt sie in ihrem Bette.) 50 Menschen waren gefährdet, sie selbst stand lange in ärztlicher Behandlung. Im Wachzustande fügt sie noch hinzu, das Prickeln sei so, wie wenn man elektrisiert wird. Am 11. Januar sind die Beschwerden vom Herzen wieder heftig. Sie habe das Gefühl, es werde sich von links allmählich ganz aufs Herz legen, und das sei denn wohl das Ende. Zunächst Unterredung ohne Hypnose. Auf Befragen hatte sie schon früher angegeben, sie habe beim ehelichen Verkehr nie einen Orgasmus empfunden, sondern erst nachher. Auf die Frage, ob sie sich dabei einen anderen Mann vorgestellt habe, gibt sie es heute sofort zu. Als sie Helferin im Krankenhause war und mit ihrem zweiten Kinde schwanger ging, habe ein junger Arzt sich ihr eifrig genähert. Er wollte nach Amerika gehen und sie nachkommen lassen. Sie lehnte das ab, habe aber Unannehmlichkeiten durch die Eifersucht einer Schwester gehabt. Der Arzt sei bald nach Amerika gezogen und habe noch einige Male geschrieben. Er wollte ihr eine Fahrkarte schicken, das Kind solle sie mitbringen. Sie antwortete aus Pflichtgefühl nicht. — Das alles erzählt sie ziemlich ruhig ohne sonderlichen Affekt. Am nächsten Tage keine Besserung, Unruhe noch vergrößert. Daher Katharsis. Was sie gestern in 10 Minuten erzählt hat, durchlebt sie nochmals in fast $1\frac{3}{4}$ Stunden mit dramatischer Leidenschaft und in dramatischer Gestaltung. Oft hört sie minutenlang zu, ehe sie ein Wort spricht, und macht ablehnende Gebärden, wenn der Arzt beim Verbinden ihre Hände absichtlich streift. Sie gibt die Eifersucht der Schwester wieder. Einmal hat sie der Arzt nach einer Operation in eine Ecke gedrängt und redet sehr leidenschaftlich auf sie ein. Sie lehnt ebenso leidenschaftlich immer wieder unter Hinweis auf ihre Pflicht ab, kann ihm aber, wie aus ihren Antworten zu entnehmen, nicht verhehlen,

daß sie ihn liebt. Die eifersüchtige Schwester kommt hinzu. Denunziation. Verhöre durch eine aus einer fernen Zentrale gekommene Oberin. Sie will auf ihre Stellung verzichten, was aber nicht bewilligt wird. Nur wird sie bei der nächsten Schwesternweihe der Helferinnen übergangen. Der Arzt geht daraufhin nach Amerika, schreibt mehrmals, sie antwortet nicht. Den letzten Brief läßt sie nur noch durch die Oberin öffnen.

Ihr Ehemann ist eifersüchtig. Sie durchlebt Nächte, in denen sie ihm das eheliche Zusammenleben verweigert, worauf er sie schlägt und aus der Stube wirft. In kalten Nächten hat er ihr sogar die Kleidung verweigert, so daß sie vor der Tür in leichter Nachtkleidung sitzen mußte. „Wie oft habe ich bis morgens vor dem Hause auf der Schwelle gesessen, bis er fortging, um dann an meine Arbeit zu gehen.“ Ihr Mann war schön, aber blond. Sie hat ihn nur geheiratet, weil die Eltern dagegen waren. Der Arzt war groß und hatte dunkles gewelltes Haar wie der Vater. Sie kommt auf einen früheren Traum, *wie sie im Bette liegt, rechts ihr Mann, links der Arzt. Jede Berührung des Mannes ist ekelhaft, des Arztes sanft, wohligh durch den ganzen Körper ziehend. Von hinten gesehen war es der Vater, von vorn der Arzt.* Das sanfte Streicheln der Stirn, das auf Suggestion bei der Hypnose wohligh durch den ganzen Körper zieht, hat zur Verdichtung der beiden Ärzte zu einer Person geführt. Daher Besprechung der Übertragung.

Nach dem Erwachen erkläre ich ihr, daß diese Sitzung den stärksten Umschwung gebracht habe, das Herz werde jetzt frei sein. Am nächsten Tage ist der Druck vom Herzen völlig geschwunden, sie fühlt starke Mattigkeit, die sie selbst beschreibt „wie nach schwerer Krankheit“. Zur Nachbarin sagt sie, das sei entweder Heilung oder das Ende. Das Offenlassen dieser Alternative mahnt zur Vorsicht gegenüber der Frage, wieweit hier etwa Suggestionenwirkung im Spiele ist. In den Vordergrund treten jetzt Klagen über Schwellung und Schmerzen in den Beinen, die ich zunächst auf innere Krampfader zurückführe, da nichts zu sehen ist. Sie lehnt die Möglichkeit von Krampfadern energisch ab. In den nächsten Tagen wird die Müdigkeit größer, an beiden Unterschenkeln sieht man jetzt viele bläuliche, Ein- bis Zwei-Mark-Stück große Infiltrationen, der Untergrund ist gerötet und geschwollen. Die Schmerzhaftigkeit ist schon bei leichtester Berührung sehr groß. Ich verordne Bettruhe und Umschläge. Da sie zwecks Nebenverdienstes seit mehreren Jahren an einer zu einem Gut gehörigen Villa wäscht und plättet und auch andere Hausarbeit macht, muß sie nunmehr diese Arbeit versäumen. Die entzündlichen Knoten bleiben rätselhaft, ich vermute nach Analogie der von Groddeck, Simmel u. a. mitgeteilten Fälle einen affektiven Zusammenhang und greife aktiv ein durch die Frage, ob sie gern in die Villa zur Arbeit gehe. Die Antwort lautet: Nein, sie wolle dort den sie immer gut behandelnden Menschen nicht zu Dank verpflichtet sein. Ich frage weiter, wann die nächste Arbeitsperiode bevorstand, als sie erkrankte? Antwort: Nach einer Woche. Dann hätte sie ihr Weihnachtsgeschenk bekommen und wäre den Herrschaften verpflichtet gewesen. Ihr jetziger Mann verdiene genug und wolle nicht, daß sie außer der Portierarbeit noch außer dem Hause arbeite.

Bei einem Besuche nach drei Tagen sind die Beine nicht wesentlich gebessert, daher Katharsis. Sie sieht sich während des Krieges mit ihrem auf Urlaub anwesenden jetzigen Manne in schwerer Winterkälte auf der Reise, zu dessen in

der Provinz wohnenden erkrankten Bruder. Auf der Rückfahrt, teils im offenen Wagen, teils in ungeheiztem Eisenbahnzuge, hat sie sich fast die Füße erfroren, sonst hat sie nie an Frostbeulen gelitten, seitdem leidet sie viel an kalten Füßen. Ich lege ihr nun unter den nötigen Erläuterungen über das Unbewußte in der Hypnose die Frage vor, ob sie diese Erfrierungen nicht nach 10 Jahren reproduziert habe, um den wohlmeinenden Arbeitgebern zu beweisen, daß es beim besten Willen unmöglich sei, mit solchen Beinen am Waschfaß und am Plättbrett zu stehen. Sie ist gleich geneigt, diese Erklärung anzunehmen und erzählt noch weitere, sich aus der Hausordnung in der Villa ergebenden Unannehmlichkeiten, die dazu beitragen, ihr die Arbeit zu verleiden. Die Sache werde aber jetzt immer drängender, denn die Herrschaft habe ihr nicht nur ein reichliches Weihnachtsgeschenk ins Haus geschickt, sondern sende ihr außerdem häufig kleine Geldbeträge und allerlei Eßwaren zur Pflege durch das Wirtschaftsfräulein, die dann jedesmal sich erkundige, wann sie die Arbeit wieder aufnehmen könne. Das Fräulein erzählt, der Herr Doktor wolle nur von ihr hergerichtete Plättwäsche tragen, er habe vor kurzem die von einer anderen Frau fertig gemachte Wäsche sämtliche Treppen bis zum Hausflur hinabgeschleudert. Nun sei die Frau Doktor in großer Not. Ich riet ihr, Geschenke nicht mehr anzunehmen und der Herrschaft sagen zu lassen, der Arzt habe die Wiederaufnahme dieser Außenarbeit für dauernd unmöglich erklärt. Das leuchtet ihr ein. Bevor ich sie wecke, erkläre ich ihr noch, wie sie schon selbst angedeutet hat, ihre große Schwäche als analog dem Befinden nach überstandener schwerer Krankheit. Aufgeweckt liegt sie nun frei mit dem Kopf nach rechts. Auf Befragen: Sonst habe es im Kopf immer wie Gummiband nach links gezogen. Das sei jetzt vorbei.

Nach einigen Wochen ein Rückfall. Augenflimmern, das Herz will herauspringen. In der Hypnose sieht sie ihren jetzigen Mann betrunken nach Hause kommen. Früher hatte sie auf Befragen erklärt, sie lebe mit ihm in guter Ehe. Jetzt berichtet sie, er sei Quartalsäufer, und sie müsse immer fassungslos weinen, wenn er in diesem Zustande nach Hause komme. Ihr erster Mann sei nach einem Betrugsverbrechen flüchtig geworden und verschollen. Nach ihrer Scheidung hätten sich ihr gute Aussichten eröffnet, sie habe aber ihren jetzigen Mann, der ihr nachgelaufen sei, obgleich er mehr als 10 Jahre jünger sei als sie, aus Trotz geheiratet, weil seine Geschwister ebenso wie ihre Kinder und Geschwister dagegen waren. Sie ist evangelisch, der Mann katholisch. Ihre Kinder und Geschwister mit Ausnahme eines Bruders hätten dauernd mit ihr gebrochen. Eine richtige Ehe habe sie nie geführt, der Mann habe in den Jahren ihrer Ehe nur einige Male Kohabitationsversuche gemacht. Wenn er betrunken nach Hause kam, hat sie Todeswünsche gegen ihn gehabt, was wieder Anlaß zu Schuldgefühlen und zu Selbstbestrafung gab. Am nächsten Tage hat sie weiter Herz- und Augenbeschwerden. Aus der letzten Nacht berichtet sie einen Traum: *Jemand will sie auf einer Wiese über eine Barriere ins Wasser werfen. Sie sagt: „Laß los, oder ich beiße dir die Halsschlagader durch.“* Sie beißt auch zu und erwacht voll Angst mit einem Zipfel des Oberbettes zwischen den Zähnen. Im Wachen kein Einfall. In der Katharsis sieht sie sich als 12jähriges Mädchen. Ein 2—3 Jahre älterer Vetter ist auf Besuch anwesend. Sie hat große Angst vor Pferden. Als einmal Pferde auf sie zukommen, hält der Vetter sie fest. Sie beißt ihn in die Hände, läuft fort, will sich auf einen

Zaun retten, stürzt in einen dahinterfließenden Bach und liegt mehrere Wochen krank. Die Furcht vor Pferden geht bis in ihr siebentes Lebensjahr zurück. Während sie an der Kirchhofsmauer spielte, kommt ein Wagen mit durchgehendem Pferd auf sie zu. Der Vater reißt das Pferd am Zügel hoch, so daß es über ihr steht. Mit begeistertem Ausdruck: „Der Vater war groß und stark, er hat oft durchgehende Pferde aufgehalten.“

Da am nächsten Tage keine erhebliche Besserung eingetreten ist, demnach eine unsichtbare Mauer sich dem Fortschreiten im Hinblick auf den Endzweck entgegenzustellen scheint, stelle ich mir die Frage, durch welchen Fehler ich selbst dieses „Auf der Stelle Treten“ verschuldet haben könnte, und komme in Ansehung der Ergebnisse der letzten Sitzungen hinsichtlich der Trunksucht ihres jetzigen Mannes zu der Erwägung, ob ich nicht etwa meine Aufmerksamkeit allzu ausschließlich auf die infantile Einstellung gerichtet und damit den aktuellen Konflikt vernachlässigt habe. Ich frage sie daher, ob der Vater getrunken habe. Das sei nur einmal am Königsgeburtstag geschehen. Dieser Anblick habe ihr Schrecken und Entsetzen eingeflößt. Nachdem sie und der Bruder aus der Stube geworfen waren, habe sie im Stall fassungslos geweint. So wie jetzt, so oft der Mann angetrunken nach Hause kommt. Ihre Mutteridentifizierung, die schon früher anlässlich der ihr allein übertragenen Krankenpflege des Vaters in Erscheinung getreten war, kehrt wieder, durch den im begeisterten Tone vorgebrachten Bericht, im Hause nenne sie niemand Frau X., sondern Kinder und Erwachsene sagen nur „Muttchen“ zu ihr. Nicht nur im Hause, sondern auch in der ganzen Nachbarschaft sucht man in schwierigen Lagen ihren Rat. In der Tat ist sie sehr intelligent und stets hilfsbereit, überhaupt eine Persönlichkeit, unter vielen Nullen eine Eins. Über ihren Bildungsgrad hinaus zeigt sie Verständnis für psychoanalytische Zusammenhänge. Nach Besprechung des Zusammenhanges bleibt sie fortan ruhig, wenn der Mann angetrunken nach Hause kommt. Sie erörtert auch seine bedrohliche Krankheit und verträgt sogar ohne Schuldgefühle die Überlegung, daß sie im Falle seines Todes sich allein besser ernähren könnte. Er verdiene jetzt weniger und gebe ihr von seiner Einnahme nur widerwillig für die Wirtschaft etwas ab, besonders in seinen Trinkperioden. „Er will es ja nicht anders.“ Als sie später mir einmal ihre Besorgnis ausspricht, der Mann könne als Kohlenfahrer in der Trunkenheit vom Wagen fallen und von seinem eigenen Wagen überfahren werden, verträgt sie ruhig die Erörterung, ob diese Befürchtung nicht etwa Einkleidung eines nicht bewußtseinsfähigen Wunsches sei.

Nach dieser Sitzung ist sie heiter und mutig zu allmählich gesteigerter Arbeit, macht auch Reisepläne. Seitdem hat sie nunmehr seit $5\frac{1}{2}$ Jahren ihre Portierarbeit und ihre Wirtschaft besorgt. Von Heilung kann man trotzdem nicht sprechen, sondern nur von Besserung. In schwierigen Lagen, besonders jetzt, wo der Mann nur Gelegenheitsarbeit hat, produziert sie immer wieder einmal Symptome, die eine kathartische Sitzung erfordern, aber es geht dann immer mit einer einmaligen Sitzung ab. Bisweilen haben, besonders im ersten Jahre der wiedergewonnenen Arbeitsfähigkeit, noch einzelne eingeklemmte Affekte sich vorgeschoben und eine Sitzung erfordert. So sieht sie, als Herz und Augen sich wieder einmal bemerkbar machen, in der Hypnose einen Leichenzug, in dem sie den Arzt Dr. N. erkennt. Dr. N. war auch Kirchhofsarzt. Als eine Krankenschwester im Grunewald vergiftet gefunden und in der Halle eingeliefert wird, erklärt sie der Arzt nach flüch-

tiger Untersuchung für tot. Sie kann sich nicht überzeugen, daß die Schwester wirklich tot ist, macht Wiederbelebungsversuche, die nach 2 Stunden von Erfolg gekrönt sind. Dieser Fall war mir aus Zeitungsberichten schon bekannt. Der Arzt bringt sie aus der Arbeit, indem er erklärt, einer von beiden müsse gehen. Frau v. M., die von der Sache hört, verschafft ihr andere Arbeit.

Auch der Vater erscheint ihr noch einmal im Traum: *Es ist Krieg, auf der Straße wird geschossen. Da führt sie der Vater in eine Mauernische und sagt: „Hier werden sie uns nichts tun.“* Am nächsten Tage erhält sie die briefliche Nachricht, ihre in der Provinz wohnende Tochter müsse sich einer schweren Kehlkopfoperation unterziehen. Sie hofft aber, die Erscheinung des Vaters im Traum werde diesmal keinen Todesfall bedeuten, denn er habe ja selbst gesagt, hier werden sie uns nichts tun. Die Tochter hat auch die Operation gut überstanden.

In den allerletzten Monaten hat sie noch einmal Herzbeschwerden infolge eines Traumes, in dem sie einen Soldaten ohne Kopf sieht. In der Hypnose kommt sie auf ihren Sohn zu sprechen, der ohne Abschied von ihr in den Krieg gegangen sei. Nach dem Kriege sollte er als Gefangener von den Franzosen über Marseille mit einem Trupp an die deutsche Grenze gebracht werden. In Marseille wurde den Gefangenen streng verboten, das Lager zu verlassen. Ihr Sohn tat es trotzdem, wie ihr später ein Mitgefangener erzählt hat, und ist seitdem verschollen. Der Mitgefangene meint, er werde wohl im Hafen ermordet und beiseite geschafft worden sein. Sie hat immer noch auf seine Wiederkehr gehofft. Jetzt aber, da sie ihn ohne Kopf im Traum gesehen habe, besitze sie wenigstens die Gewißheit, daß er tot sei, und das sei beruhigender als die bisherige Ungewißheit.

Zusammenfassend können wir sagen: Die Anwendungsmöglichkeit des Verfahrens bleibt mehrfach begrenzt. Einmal durch die relative Seltenheit der dazugehörenden Empfänglichkeit für tiefe Hypnose. Dann wird die Methode überhaupt nur für Hysterie in Frage kommen. Außerdem werden wir in erster Linie solche Fälle für das Verfahren ins Auge fassen, für die eine klassische Freudsche Psychoanalyse aus triftigen Gründen nicht in Frage kommt. — Auf der anderen Seite darf geltend gemacht werden: Die heutige Katharsis unter Verwendung der durch die Psychoanalyse erworbenen Erkenntnisse und Einsichten, die ein kombiniertes Verfahren ermöglichen, ist nicht mehr die historische Katharsis von Breuer und Freud. Mit Hilfe dieser später gewonnenen Einsichten können wir heute doch mehr in die Tiefe und in die Zusammenhänge eindringen als bei dem Nebeneinander von Einzelergebnissen vor 40 Jahren. Wir können ferner den Fortfall des Widerstandes in den tauglichen Fällen als ein Mittel großer Beschleunigung buchen. Auch ein vorsichtiges aktives Eingreifen zur rechten Zeit dürfte unbedenklicher sein als bei der Psychoanalyse, weil ein dadurch etwa geöffneter Irrweg in der Katharsis in hohem Maße seine Korrektur in sich trägt, zumal die Übertragung dabei weniger ein Gefahrenmoment bilden kann, als in der klassischen Psychoanalyse. Innerhalb dieser Begrenzung sollte die Neokatharsis, die ja auch Ferenczi auf dem Oxforder Kongreß empfohlen hat, und die Simmel unter den Verhältnissen der Kriegslazarette mit gutem Erfolg angewandt hat, öfter als bisher versucht werden, zumal es Fälle gibt, die nach Katharsis förmlich schreien, so daß sie sich durch Autokatharsis selbst zu helfen suchen.

Bemerkenswert sind noch die mehrfachen Träume, durch die das Unbewußte einen Tag vorher das Programm der nächsten kathartischen Sitzung gewissermaßen festlegt. Hitschmann hat schon 1919 in dieser Zeitschrift einen solchen Fall berichtet unter dem Titel „Über eine im Traume angekündigte Reminiszenz an ein sexuelles Jugenderlebnis“. Bemerkenswert sind ferner ungeachtet der vielen, von Groddeck und Simmel bereits berichteten Fälle, noch immer die Unterdrückung des Wuchses der Schamhaare und die Reproduktion der Frostbeulen nach 10 Jahren im Dienst eines im Unbewußten wirkenden Wunsches. Nicht häufig wird sich auch in der Literatur eine solche Wirkung des Wiederholungszwanges finden, daß eine Frau zweimal in ihrem Leben einen ungeliebten Mann heiratet, nur weil die Angehörigen dagegen sind. — Nicht viele Analoga dürfte endlich in der Literatur der nach 53 Jahren erinnerte Traum aus dem 6. Lebensjahre mit seiner Bedeutung für die Einstellung zum Vater finden.²

Zusammengefaßt: Eine aus Katharsis und psychoanalytischen Erfahrungselementen zusammengesetzte Behandlung kann heute in Fällen, in denen die Analyse nicht in Frage kommt, mehr leisten, als die alte Katharsis vor 40 Jahren, und wir haben Grund, den Hinweis Ferenczis über den Nutzen der von ihm sogenannten Neokatharsis nicht außer acht zu lassen.

Ein Beitrag zur Psychoanalyse des epileptischen Anfalls

Von

Yrjö Kulovesi

Tampere, Finnland

Vor sechs Jahren hatte ich Gelegenheit, einen damals zehnjährigen Epileptiker einige Wochen lang zu beobachten. Der Charakter des Knaben war insofern entwickelt, als er nach Möglichkeit die Realität zur Befriedigung seiner Triebe benutzte. Er war ein äußerst hartnäckiger Trotzkopf, der sich allen Forderungen des Erziehers widersetzte. Einmal war ich mit ihm und seinem Vater beim Schwimmen zusammen. Durch seinen Ungehorsam reizte er den Vater so, daß dieser schon im Begriff war, ihn zu schlagen. Der Knabe stand ganz starr und unbeweglich da und seine Züge spiegelten die masochistische Spannung, mit der er die väterlichen Schläge erwartete, wider. Die Erwartung des masochistischen Genusses trat so klar zutage, daß ich den Vater sofort darauf aufmerksam machte und ihm zu erklären versuchte, daß der Knabe es nur auf eine Befriedigung durch die Schläge anlege.

2) Schließlich wird die Annäherung an die Ergebnisse einer klassischen Psychoanalyse noch verstärkt durch den mehrfach hervorgetretenen Kastrationskomplex sowie durch den in der Aussprache von Frau Reich mit Recht hervorgehobenen Umstand, daß die mehrfache Äußerung „das ist die Heilung oder das Ende“ den Wunsch bedeute, der Vater möge sie nach Sühnung ihrer Schuld durch das ius talionis zu sich heimholen, damit sie im Tode mit ihm vereinigt sein dürfe.

Dann ergab sich — leider nur kurze Zeit — Gelegenheit, den Knaben zu beobachten. In dieser sozusagen psychoanalytischen Anamnese trat folgendes zutage:

Auf meine Frage, ob ihm schon als Kleinkind irgend etwas besondere Furcht eingeflößt habe, erzählte er folgenden Traum, den er bei Ausbruch der Krankheit, vor etwa fünf Jahren, geträumt habe:

„Ein schwarzer Bock versucht in das Zimmer einzudringen. Der Knabe will die Tür zuschließen, der Bock aber dringt durch die Tür und nimmt ihn auf seinen Schoß. Es ist ein Bock mit Händen, der vom Arbeitszimmer des Vaters ins Schlafzimmer hereinkam.“

Der Knabe erzählt hierauf, daß er immer erschrickt, wenn der Vater ins Schlafzimmer tritt und er im Dunkeln des Vaters Kopf und Hände erblickt. Er erklärt, daß er in dem Traume fürchtete, der Bock könne Mutter und Vater etwas Böses zufügen. Unmittelbar anschließend assoziiert er sein großes Angstgefühl, als er einst beim Schlachten eines Schweines den Schuß hörte.

Er behauptet, in seinem Anfall denselben schwarzen Bock bisweilen gesehen zu haben. Auch fühlt er im Anfall, als ob ihm ein stumpfer Gegenstand wie ein kleiner Finger in den Kopf hineingedrückt werde. Dieser Gegenstand scheint ihm auch Ähnlichkeit mit einem Gänseschnabel zu haben. Als eifriger Zeichner wirft er sofort ein Bild davon aufs Papier:



Auf meine Frage, was er zu Hause gezeichnet habe, antwortete er: einen Stierkampf. In diesem Bilde will er einen auf der Erde liegenden Mann, den ein Stier durch einen Stoß mit seinen Hörnern in den Bauch getötet hat, gezeichnet haben. Unmittelbar darauf zeichnet er mir ein ähnliches Bild mit der Darstellung eines Stiers, der gerade dabei ist, dem Kämpfer seine Hörner in den Leib zu rennen. Er erklärt mir eifrig den Hergang des Stierkampfes, und auf meine Zwischenfrage, was dann geschehe, ob er selbst der Stier sei, antwortete er: „Mir wird ein Bein abgerissen und vorher werde ich mit einer Hornspitze gestoßen.“

Ich versuche weitere Assoziationen zu dem Bockstraum zu erhalten, da springt er plötzlich von seinem Stuhle auf, betrachtet ernsthaft den auf meinem Schreibtisch stehenden Erdglobus und richtet die Frage an mich: „Was gibt es eigentlich im Innern des menschlichen Körpers?“ Die Assoziationen führen dann zu offensichtlichen Mutterleibphantasien. In der nächsten Stunde fällt seine Aufmerksamkeit wieder auf den Globus, und er wiederholt seine Frage, diesmal aber in folgender Form: „Was gibt es im Innern des Kopfes?“ Ich muß hier die Bemerkung einflechten, daß der Knabe vor drei Jahren chirurgisch behandelt und tatsächlich trepaniert worden ist. Ob er schon vor der Operation das Gefühl, daß ein stumpfer Gegenstand in seinen Kopf hineingestoßen werde, gehabt hat oder erst nachher, das vermochte ich nicht festzustellen. Entscheidend ist jedenfalls, daß er seinen Kopf mit dem Mutterleibe identifiziert.

Die Mutter des Knaben erzählte mir, daß er dauernd an schwerer Obstipation leide. Die Eltern hatten das Schloß von der Klosettüre entfernen müssen, weil der

Knabe sich dort immer wieder einschloß und sehr lange verblieb. Schließlich bekam er eine Blutung in der Retina, weil er beim Stuhlgang seine Bauchpresse überspannte. Einige Jahre später ist mir zu Ohren gekommen, daß die Obstipation sich so verschlimmert hat, daß der Knabe seinen Stuhl nicht mehr spontan absetzen konnte, und daß die Eltern durch Fingereinführung die Scybala herausholen mußten. Er hat also seine passiv-feminine Einstellung in dieser Beziehung verwirklicht. Eine weitere analytische Aufhellung der Beziehungen zur Umgebung hat sich als unmöglich erwiesen.

In einem zweiten Falle konnte ich ein 22jähriges Mädchen einer längeren psychoanalytischen Untersuchung unterziehen, das seit acht Jahren als Epileptikerin in ärztlicher Behandlung stand.

Ihren ersten epileptiformen Anfall bekam die Patientin mit vierzehn Jahren, als sie eines Morgens beim Erwachen die Blutspuren ihrer ersten Menstruation gewahrte. Die erste Menstruation war für sie eine völlige Überraschung, da ihr bisher nichts davon gesagt worden war. In der Folge bekam sie nun ihre Anfälle vorerst regelmäßig im Zusammenhang mit der Menstruation. Schon vor dem ersten Anfall hatte sie einige Zeit Zuckungen in Armen und Füßen gehabt. Die Diagnose zwang die Patientin, den Schulbesuch einzustellen. Sie verbrachte dann den folgenden Winter im Hause des ältesten Bruders, der ihr ziemlich gleichgültig war. Dort blieben die Anfälle völlig aus, kehrten aber sofort in unregelmäßiger Folge wieder, als sie ins Elternhaus zurückkehrte.

Das Leben im Elternhause hat auch später meistens die Anfälle mobilisiert. Dies wird verständlich werden, wenn wir weiter unten ihre sado-masochistisch-anale Libidofixierung und ihr Verhältnis zur Mutter, also zum Über-Ich, näher beschreiben. Die Patientin wohnte mit der Mutter und einer älteren Schwester zusammen; der Vater war gestorben, als sie erst drei Jahre alt und die ältesten Geschwister dem Elternhause schon entwachsen waren.

Die erste Reaktion der Patientin, die den verdrängenden Faktor ins Licht stellte, war das schon in der ersten Analysestunde hervortretende Schamgefühl. Als ich sie nämlich, sobald sie mir ihren Vornamen genannt hatte, nach einem zweiten fragte, errötete sie und gab zögernd das Vorhandensein eines solchen zu. Dieser zweite Vorname sei aber so unschön, ihre Mutter besitze den gleichen. Wir sehen schon hier die Identifizierung mit der Mutter durch Schamgefühl verdrängt. Später zeigte sich, daß sie in der Nähe der Mutter sogar das Gefühl hatte, an dieser sei etwas Schmutziges, an das sie nicht rühren könne.

Das Verhältnis der Patientin zur Mutter war stark ambivalent, der Haß trat dabei in den Vordergrund. Nur unmittelbar nach den Anfällen fühlte die Patientin sich besser und sympathisierte mit der Mutter. Sie selbst nahm wahr, daß die Anfälle mit diesem Gefühlswechsel in Zusammenhang standen. Erst wenn sie sich, ohne mit der Mutter ein Wort zu reden, wieder mit Haß gegen diese vollgeladen hatte, kam ein Anfall zum Durchbruch. Sie sagte, daß sie auch kurz vor dem Anfall das Gefühl habe, als wenn sie etwas Verbotenes getan und Strafe zu erwarten hätte; dieses deutliche Schuldgefühl und Strafbedürfnis läßt annehmen, daß sie in ihren Anfällen ihren Haß auslebte und dabei ihre Aggressivität gegen sich selbst richtete. Auch das Verhalten der Mutter gegen die Tochter war aggressiv. Die Patientin wurde, um nur ein Beispiel zu erwähnen, im elften Lebensjahre von der Mutter

derart mit einem Riemen geschlagen, daß sich die ältere Schwester ins Mittel legen mußte. Es ist dabei bemerkenswert, daß die Patientin unmittelbar nach dieser Erinnerung assoziiert, wie ein Student vor zwei Jahren sie zu vergewaltigen versuchte. Also das Prügeln der Mutter und der Koitusversuch des Studenten sind in einem nahen Assoziationszusammenhang. Noch während der Analysezeit hatte sie keine Ahnung von ihrer Vagina und fragte mich mehrmals, was der Student eigentlich mit ihr vorgehabt habe. Gleichzeitig studiert sie populäre medizinische Bücher, um diese anatomischen Rätsel zu lösen. Schon als kleines Kind erinnert sie sich Onanie geübt zu haben, aber nur in analer Form: sie suchte dabei das Klosett mehrmals am Tage auf und versuchte „mit so wenig Papier wie möglich zurechtzukommen“.

Die Patientin mußte abends immer wieder ihr Bett verlassen, um zu urinieren. Auch in der analytischen Situation empfand sie Harndrang. Zu Hause im Bette liegend, versuchte sie den Harndrang, wie sie sagte, dadurch niederzukämpfen, daß sie ihre Hände gegen die Genitalien preßte. Bei der Erzählung dieser Form der Onanie erwähnt sie, daß auch die Zuckungen in den Armen und Füßen abends im Bette über sie kommen.

Schon als kleines Kind nahm sie oft in den Abort eine Rute mit und schlug sich damit aufs Gesäß. Sie erinnert sich auch, abends im Bett phantasiert zu haben, daß Heinzelmännchen sie aufs Gesäß schlugen, welches sie, um die Phantasie noch lebhafter zu gestalten, entblößte. Als Kind fürchtete sie sich auch immer vor Gewitter und bat die Mutter eindringlich, vom Fenster wegzugehen.

Im Zusammenhang mit masochistischen Schlagephantasien assoziiert die Patientin typische Kastrationsphantasien und danach folgendes frühe Geschehnis: Sie saß auf dem Schoß der Mutter in der Küche, die Mutter stillte sie und aß auch selbst von einem Teller auf ihren Knien. Ein älterer Bruder der Patientin rief der Mutter nun eine häßliche Bemerkung zu, über die sich diese so aufregte, daß sie plötzlich einen „Nervenanfall“ bekam und stark zu schreien begann. Das Kind wurde durch diesen Vorgang von der Mutterbrust plötzlich losgerissen. Bei der Erzählung dieser Erinnerung, welche nicht verdrängt gewesen war, bekam die Patientin wieder schwere Zuckungen.

Der starke Haß gegen die Mutter kann auch zum Teil darin seine Ursache haben, daß sie von der Mutter nicht genügend an der Brust gestillt wurde. (Ich verweise auf Freud's Arbeit „Über die weibliche Sexualität“.) Auch gegen den Bruder, der den vorerwähnten Anfall der Mutter veranlaßt hatte, empfand sie ihr ganzes Leben lang ein ganz besonders ausgeprägtes Haßgefühl. Jene orale Versagung mobilisierte noch als Erinnerung in der Analyse den Kastrationskomplex. Beide, die orale Versagung und der Kastrationskomplex, stehen also in engem Assoziationsverhältnis zueinander. Wenn sie in der analen Phase die Scybala trotzig zurückhalten wollte, war der von Anfang an orale Haß schon auf die anale Zone verschoben und mit dem Kastrationskomplex eng verknüpft.

In der frühen Obstipation kam eine Phantasie vom analen Koitus zum Ausdruck, in welchem die Scybala den Penis, aber auch eine Mordwaffe darstellten. Als Penis will sie sie zurückhalten, vor der Mordwaffe hat sie Todesangst.

Die Libido ist stark anal fixiert. Die Onanie war in der frühen Kindheit anal.

In der Kindheit ist sie schwer obstipiert gewesen und sie erinnert sich, daß man ihr häufig Laxantien gegeben hat. Als Kind bildete sie anale Phantasien von der Geburt und hatte auch Angst vor dem analen Koitus. (Auf dem Lande und in kleineren Städten in Finnland sind die Klosette in doppelter Mannshöhe errichtet, man muß zu ihnen über eine Treppe wie zu einem ersten Stockwerk hinaufgehen. Die Exkreme fallen also drei bis vier Meter tief hinunter. Saß die Patientin als Kind nun auf einem solchen erhöhten Klosett, so hatte sie immer die Angstvorstellung, daß da unten aus der Tiefe ein Mann ihr etwas Böses zufügen könne; die gleiche Angst hatte sie vor Ratten.) Daß die Onanie sich später auf den Urinierzwang verschob, wird wenigstens teilweise aus einem Traum verständlich, in dem sie *einen von nackten weiblichen Figuren aus Stein gebildeten Springbrunnen sieht*. Sie fügte hinzu, daß diese Traumfiguren die edelste Angst des Weibes, nämlich die des Geburtsaktes darstellen. Die nackten weiblichen Steinfiguren des Springbrunnens sind in ihrem Traume der erigierte Zustand bei der urethralen Onanie und auch Ausdruck des Geburtsaktes, den die Patientin stets als einen analen Vorgang phantasiert hat. Urethrale und anale Zone sind ganz nahe beieinander. Nachdem die Patientin von ihrem Urinierzwang erzählt hat, den sie abends nach dem Schlafengehen empfindet und gegen den sie durch Druck ihrer Hände auf die Genitalien ankämpft, assoziiert sie unmittelbar darauf die Zuckungen in den Armen und Füßen.

Zu den früheren Phantasien des Geschlagenwerdens assoziiert sie ein Ereignis, bei dem sie wahrscheinlich zum ersten Male ihre eigene Penislosigkeit erkannte. Sie erinnert sich, daß sie mit vier Jahren mit einem gleichaltrigen Knaben auf einem Sandhaufen spielte und seitdem den Knaben in allen Dingen nachahmte, sogar in seiner fehlerhaften Sprechweise. In einem Traum während der Analyse taucht die Erinnerung wieder auf, daß ihr einmal beim Spiel auf dem Sandhaufen ein Gegenstand verlorengegangen sei. Und in mehreren anderen Träumen wiederholt sich immer wieder dasselbe Suchen nach einem verlorengegangenem Gegenstand. Folgender Traum spricht für die Versuche zur Lösung des Problems, vor welches sie die Wahrnehmung ihrer Penislosigkeit gestellt hat: *Sie träumt, daß sie mit einem Weib koitiert und selbst die Lage des Mannes dabei einnimmt. Im gleichen Traum tauscht sie dann die Stellung so, daß sie von einem Weib koitiert wird. An den Genitalien der beiden wächst ein Pilz heraus*. Bei der Wiedergabe des Traumes stellen sich die Zuckungen in den Armen erneut ein. Als sie nach Beendigung dieser Stunde dem Analytiker das Honorar übergibt, bricht sie ganz plötzlich wie von einem Blitz geschlagen zusammen, so daß sie sich in der Hocke am Boden befindet; sie steht aber sofort wieder auf.

Über die Lust, die Hände gegen das Genitale zu pressen, die die Patientin abends im Bette überkommt, berichtet sie folgendes: „Wenn ich abends die Augen schließe, wird es mir übel. Dann ist es für meine Hände schwer, den richtigen Platz zu finden, sie wollen notwendigerweise etwas zu tun haben. Ich beiße mich in die Lippen und kneife mich in die Oberschenkel, auf diese Weise entsteht ein Schmerz, der mich irgendwie erleichtert.“

Sie erinnert sich auch, wie wohl es ihr war, als sie einmal wirklich körperlich krank zu Bett lag, und wie schnell es mit diesem Sichwohlfühlen wieder vorbei war, als sie genas.

In ihren Träumen wiederholt sich die Koitusphantasie immer wieder als blutige

Mordtat. Wichtig ist besonders folgender Traum, weil sich darin auch die Wirkung der Wahrnehmung ihrer ersten Menstruation offenbart:

„Ein Chinese verkauft auf der Straße Zeitungen. Dann tritt er in ein Zimmer; dort beschäftigt er sich aber mit irgendeiner verbotenen Arbeit und vier Männer fallen deshalb über ihn her. Einer von ihnen bleibt beiseite, während die drei anderen dem Chinesen ihre Revolver an die Stirne setzen und ihn niederschließen. Ich selbst liege krank zu Bette und betrachte von hier aus diese Vorgänge. Mir träumt noch weiter, daß ich das Bett verlasse und merke, daß ich die Menstruation bekommen habe.“

An dieser Stelle weise ich noch darauf hin, daß sich bei beiden hier angeführten Patienten die Koitusdarstellung von unten nach oben verschiebt.

Bei der Analyse dieses Traumes bekam die Patientin starke Zuckungen über den ganzen Körper.

Der Chinese im Traume ist sie selbst. Ein paar Tage vorher hat sie einen chinesischen Händler auf der Straße gesehen. Sie hält sich selbst für häßlich. In dem Traume wird sie als schmutziger häßlicher Chinese, wie sie sich als sexuelles Individuum mit der Mutter identifiziert hat, niedergeschossen. Die Männer im Traume sind ihre vier Brüder, von denen der eine beiseite Stehende auch in der Wirklichkeit eine Ausnahmestellung bei ihr einnimmt. Nach der Erschießung steht sie ihm Traume auf und träumt weiter, daß die Menstruation eingetreten sei. In der Wirklichkeit mobilisierte die Betrachtung des Blutes der ersten Menstruation die unbewußte Phantasie vom Koitus als Mordtat und veranlaßte so bei ihr den ersten epileptiformen Anfall.

Die Todesphantasien und die Todeswünsche, die sie besonders gegen die Mutter hegte, sind der Patientin von Kindheit an eigen gewesen. Schon als kleines Kind, als sie noch an den Rockschoßen der Mutter hing, hatte sie stets Furcht, daß die Mutter plötzlich sterben könne. Die Furcht vor dem Gewitter haben wir schon erwähnt; sie mußte auch immer an das Bett der Mutter gehen, um sich zu überzeugen, daß die Mutter auch wirklich atmete. All dies ist leicht zu verstehen, wenn wir uns ihre frühen Koitusphantasien als Mordphantasien denken.

Während der Zeit der Analyse las sie einmal in einer Zeitung von einem Epileptiker, der in einen Brunnen gefallen und ertrunken war. Die folgende Nacht wiederholt sich im Traume dieselbe Szene, die sie nach obiger Erzählung bei dem Nervenfall der Mutter schon als Brustkind erlebt hat. Dieser Anfall der Mutter scheint also auch in ihren unbewußten Phantasien deren Tod zu repräsentieren. Die Plötzlichkeit ihres eigenen Anfalles wie auch die Gleichsetzung des ganzen Anfalls mit dem Tod ist auch von dieser Seite determiniert.

In der Zeit der Analyse starb derjenige ihrer Brüder, gegen den sie häufig Todeswünsche gehegt hatte und der in der Küchenszene die häßliche Bemerkung seiner Mutter gegenüber gemacht hatte. Als sie die Nachricht von dem Tode des Bruders erhielt, verfiel sie sofort in einen epileptiformen Anfall.

Nach diesem Ereignis traten auch sado-masochistische Phantasien reichlich hervor. *Sie träumt von Soldaten, die ihre Füße so peitschten bis sie bluteten*, ferner wurde sie in Träumen *von der Mutter mit der Rute geschlagen* usw.

Die Übertragung in der Analyse war meistens negativ, sie äußerte sich in dem gleichen trotzigen Schweigen vor dem Analytiker wie sonst vor der Mutter; dabei hatte sie den schon erwähnten Harndrang. Als ihr masochistischer Wunsch, von dem

Analytiker geschlagen zu werden, analysiert wurde, bekam sie wieder heftige plötzliche Zuckungen über den ganzen Körper. Am Abend desselben Tages wurde ihr, wie sie sagte, zu Hause übel, und als sie im Bett lag und das Licht gelöscht war, bekam sie einen Anfall. Seit dem letzten epileptiformen Anfall waren damals drei Monate vergangen. Die Anfälle waren in der Zeit der Analyse viel seltener geworden und die Krankheit äußerte sich nur in den Zuckungserscheinungen. In derselben Nacht, als sie diesen letzterwähnten Anfall bekam, träumte ihr, *daß die Mutter gar kein Mitleid mit ihr zeigte, obgleich sie mit dem Selbstmord drohte.* Die Versagung in der Analyse hat diesen Traum hervorgebracht. In dieser Zeit bekam sie zu Hause öfters Nasenbluten und legte immer die blutigen Wattepfropfen so hin, daß die Mutter sie unbedingt sehen mußte, um aus dem Mitleid der Mutter einen sekundären Krankheitsgewinn zu ziehen.

Im ersten der beiden hier dargestellten Fälle ist die Libido typisch anal fixiert und die passiv-feminine Einstellung gegen den Vater offensichtlich. Der Anfall bedeutet den analen Koitus, gleichzeitig aber auch eine blutige Mordtat, also den Tod. Hier sind sowohl Koitus als auch Tod in der gleichen Phantasie vereinigt.

Im zweiten Falle war es anfänglich etwas schwerer zu entscheiden, ob die Patientin schon die genitale Phase erreicht hatte. Alle frühen Äußerungen der Libido wiesen auf eine anale Fixierung: die frühe Onanie war anal und mit masochistischer Perversität vereint. Erst später ist diese anfänglich anale Onanie zur urethralen Zone und durch den Druck der Hände gegen die Genitalien gewissermaßen in die genitale Zone verschoben worden. Von der Vagina hat die Patientin während der Zeit der Analyse noch keine Ahnung. Es kann also gesagt werden, daß auch hier die anale Zone dominierend ist.

In der analytischen Situation konnte nie ein epileptiformer Anfall hervorgerufen werden. Statt dessen zeigten sich plötzliche Zuckungen in den Extremitäten und auch im ganzen Körper, sobald die miteinander eng verknüpften Koitus- und Kastrationsphantasien mobilisiert waren. Der Koitus bedeutete im Unbewußten eine blutige Mordtat, also auch Kastration. Die Patientin hat schon früh die masochistische Einstellung angenommen und Schmerzlust gefühlt. Das Verhältnis des Ichs zum Über-Ich war das des moralischen Masochismus.

Der erste epileptiforme Anfall erfolgt an dem Morgen, an welchem sie der Menstruation gewahr wird. In dem Traume von dem in den Kopf geschossenen Chinesen wiederholt sich die Wahrnehmung des ersten Menstruationsblutes und damit die Phantasie vom Koitus als einer blutigen Mordtat. Bei der Analyse dieses Traumes treten die Zuckungen auf. Wir können also sagen, daß die Koitusphantasie vielfach als Phantasie des Getötetwerdens determiniert ist. Der anale Koitus bedeutet hier ebenso wie im ersten Falle das Getötetwerden.

Betrachten wir noch das Verhältnis des Ichs zum Über-Ich. Dieses Verhältnis, d. h. der moralische Masochismus hat sich eigentlich niemals sehr weit von seiner körperlichen Grundlage fortentwickelt. Der körperliche Charakter dieses Verhältnisses steht dauernd im Vordergrund, und gerade das rein somatische Gefühl in der analen Zone verschiebt sich auf die anderen Muskelgebiete. Obgleich der anale Koitus auch das Getötetwerden bedeutet, ist es doch möglich, daß die Todesphantasie in ihrer archaisch-lebendigen Tiefe den epileptiformen Anfall hervorrufen kann. Vor dem Anfalle steigert sich das Sich-voll-Laden mit Haß gegen die

Mutter immer mehr, die Patientin hat Todeswünsche gegen die Mutter, sie identifiziert sich gleichzeitig mit der Mutter. Die Folge ist, daß sie den Tod gegen sich selbst richtet. Hier entsteht die Trieblegierung aus dem sexuellen Wunsch, koitiert zu werden, aus dem Haß gegen die Mutter und schließlich aus dem Strafbedürfnis zur Sühnung der Schuld. Das Über-Ich desexualisiert diese Trieblegierung immer mehr und drängt den Haß, der sich dann im Anfall auslebt, immer stärker in den Vordergrund.

In der Gewissensangst der Patientin, die offensichtlich unter der Wirkung ihres Schuldgefühls steht, spielt die Kastrationsbedeutung eine weit entscheidendere Rolle als zum Beispiel in der Gewissensangst des Zwangsneurotikers. Das Symptom zeigt sich dann auch körperlich.

Krankheitsfälle wie diese beiden sind geeignet darzutun, daß das Verhältnis des Ichs zum Über-Ich sich ursprünglich in einem rein körperlichen Gefühl ausdrückt. Auch später, zur Zeit der Gewissensangst, wird noch dieses körperliche Gefühl als Sphinkterangst mobilisiert. Der Kastrationskomplex mit allen dazugehörigen Phantasien hat dem Koitus die Bedeutung einer blutigen Mordtat gegeben. Dieses auch in den Träumen so typisch symbolisierte Getötetwerden zeigt sich auch am tiefsten in dem Verhältnis des Ichs zum Über-Ich. Dieses Verhältnis ist also anal und sado-masochistisch. Beide Triebe, sowohl der Sexualtrieb als auch der Haß, spielen hier gleichzeitig ineinander und beide werden auch im Anfall befriedigt. Der Anfall bedeutet also ebenso Orgasmus wie Tod.

Zur Erniedrigung des Liebesobjektes

Von

Ludwig Eidelberg

Wien

In der Arbeit „Über die allgemeinste Erniedrigung des Liebeslebens“ hat Freud eine Form von Potenzstörung beschrieben, die den Mann bei der ihm gleichwertigen Frau befällt, während er bei einer sozial unter ihm stehenden, „erniedrigten“ Frau voll potent ist. Diese Störung ist durch eine Spaltung zweier Strömungen, der sinnlichen und zärtlichen, entstanden und hängt ursächlich mit starken Kindheitsfixierungen und der realen Versagung durch die Inzestschranke zusammen. Diese Funde wurden von zahlreichen analytischen Forschern bestätigt. Auf Grund von langjährigen Analysen kasuistisch differenter Patienten, die aber alle an dieser Form von Potenzstörung litten, habe ich einige Momente gefunden, die mir als Ergänzung der Freudschen Formulierung erscheinen.

Ich möchte als Beispiel zwei kurze Auszüge aus Krankengeschichten mitteilen, in denen ich, ohne das Material ausführlicher vorzubringen, das an anderer Stelle zusammenhängend dargestellt wird, nur die Ergebnisse kurz skizzieren werde.

Fall I: Ein Masochist. Das Sexualleben des 30jährigen Patienten sah vor Beginn der Analyse folgendermaßen aus: Er hatte eine langdauernde, anscheinend ziemlich gute Beziehung zu einer viel älteren Frau, bei der er potent war und die er wegen ihrer Klugheit, Lebenserfahrung und ihres hohen Gesellschaftsranges schätzte; andererseits hatte er seltenen Verkehr mit schmutzigen Prostituierten und drittens einige „unglückliche Lieben“ zu schönen und klugen, „gleichwertigen“ Mädchen. Die Beziehung zu der älteren Dame, die zunächst als glücklich und harmonisch erschien — ein Eindruck, der durch die sonst zahlreichen Konflikte des Patienten verstärkt wurde — hatte bei näherer Betrachtung doch einen Haken. Patient hatte während dieser Beziehung, oft knapp vor oder nach dem Koitus, das Bedürfnis, zu onanieren, gab auch meistens diesem Wunsch nach. Seine Onanie-Phantasien waren rein masochistisch, er wurde in ihnen von Frauen, die meistens mit einem Penis ausgestattet waren, mit Stuhl und Urin beschmiert.

Nachdem nach langjähriger Analyse die „unglücklichen Lieben“ als Folge seines „masochistischen Mechanismus“¹ und nicht der „bösen“ Außenwelt erkannt wurden, ergab sich für den Patienten die Notwendigkeit, entweder ein Verhältnis mit einem gleichwertigen Mädchen anzuknüpfen, oder eine andere Begründung für sein Versagen zu finden. Der Patient versuchte zuerst, seine „Weltanschauung“ durch die These, daß jeder Koitus, der nicht zur Zeugung eines Kindes führe, eine Sünde sei, zu retten. Aus realen Gründen war aber auf lange Sicht keine Möglichkeit zur Aufzucht eines Kindes gegeben. Endlich mußte der Patient durch den Hinweis auf seine Beziehungen zu den Prostituierten und der älteren Frau zur Einsicht kommen, daß er den Verkehr mit gleichwertigen Mädchen vermeiden müsse, da ihm auf Grund der Analyse der wahre Inhalt seiner Sexualwünsche klar geworden sei.

Als im Laufe der Analyse diese verpönten Sexualwünsche als Abwehr des „negativen“ Ödipuskomplexes erkannt wurden, als dem Patienten die Bedeutung seines Mastdarmes als Vagina einzuleuchten begann, konnte er zum ersten Mal in seinem Leben mit einem gleichwertigen Mädchen eine Beziehung anknüpfen. Es zeigte sich nun, daß seine Potenz, die noch immer etwas labil war und nicht zu vollem Orgasmus führte, durch jede Verstärkung der Identifizierung mit seiner Freundin gestört wurde. Diese Identifizierung, die bereits eingehend analysiert worden war, bildete einen der Gründe der Eifersucht des Patienten; sie trat auch während des sexuellen Verkehrs auf. Die Analyse konnte erheben, daß jede Sexualerregung die Tendenz zur Identifizierung mit seiner Freundin verstärkte, wobei der aus dem negativen Ödipuskomplex stammende weiblich-passive Triebwunsch in dieser Identifizierung seine Befriedigung in maskierter Form erreichte. Unter dem Anschein einer aktiven männlichen Betätigung im Sexualverkehr konnte die sonst abgewehrte passiv-homosexuelle Strebung das Ich überrumpeln und befriedigt werden, indem der Patient während des Koitus vorwiegend die Lustgefühle seiner Freundin genoß. Da dieser Sachverhalt nur das Ich, nicht aber das Über-Ich täuschen konnte, reagierte er mit Schuldgefühlen. Das Ich verspürte die Schuldgefühle, ohne ihren wahren Grund zu wissen und verstand sie als Folge des Koitus. Weil dem Patienten nur die männliche Rolle bewußt war, gab er ihr alle Schuld und glaubte, daß

1) Näheres in meiner Arbeit „Beiträge zum Studium des Masochismus“. Int. Ztschr. f. Psa., XX, 1934.

jeder Koitus mit Schuldgefühlen verbunden sein müsse, während in Wirklichkeit die Schuldgefühle nur wegen der weiblichen unbewußten Lustempfindungen ausgelöst wurden. Um diese Schuldgefühle zu vermeiden, wich der Pat. jedem Koitus mit einem gleichwertigen Mädchen aus. Beim Koitus mit schmutzigen Prostituierten traten die Schuldgefühle nicht auf, da er sich mit ihnen nicht identifizierte. Ihr Schmutz und ihre soziale Stellung schützten ihn gegen die sonst unbewußt einsetzende Identifizierung. Da er selbst seine passiven, aus dem negativen Ödipuskomplex stammenden Wünsche abwehrte, war ihm eine Bejahung dieser Wünsche unfaßbar. Die Frau erschien ihm nicht als ein anderes Wesen, das anderen Gesetzen gehorcht, sondern als kastrierter, also „analer“ Mann. Die schmutzige Prostituierte paßte in diesen Rahmen und zeigte dem Patienten die Folgen einer Bejahung der passiven Hingabe. Die Tatsache, daß anständige Frauen koitieren, erschien ihm unheimlich.² Er mußte zwar zugeben, daß seine Mutter koitiert hatte, versuchte aber die Enttäuschung dadurch abzuschwächen, daß er das Vorhandensein einer Befriedigung bei ihr negierte.

Wie ist nun seine Beziehung zu der älteren Dame zu verstehen? Weshalb hatte er dort keine Schuldgefühle? Die Analyse ergab, daß diese Dame nicht, wie man zunächst glauben würde, Mutter-Imago, sondern vor allem Vater-Imago war. So wie bei den Prostituierten ihr Schmutz und ihre erniedrigte Stellung ihn vor der Identifizierung schützten, so bewirken hier der hohe gesellschaftliche Rang, die Lebenserfahrung und Klugheit die Identifizierung. Tatsächlich hatte sich Patient eine vollständige Identifizierung mit dem Vater nicht gestattet, er erschien ihm vielmehr als ein mächtiges und weit über ihm stehendes Wesen. Eine Reihe von Eigenschaften, die sein Vater hatte, bzw. — was noch wichtiger war — haben sollte, fand er bei dieser Dame wieder. Während er jeder Vaterimago ängstlich aus dem Wege ging oder die Gefahr einer passiv homosexuellen Beziehung durch den „masochistischen Mechanismus“ abwehrte, konnte er hier ohne Gefahr seine Passivität genießen, da es letzten Endes doch nicht der Vater, sondern eine Frau war und der Koitus ihm seine männliche Rolle demonstrierte. Durch den Koitus mit dieser Frau konnte er den passiv-homosexuellen Wunsch negieren und sich sagen: „Es ist nicht wahr, daß ich vom Vater koitiert werden will, im Gegenteil, ich koitiere den Vater.“ Da aber die mächtige passive Komponente seiner Libido durch diesen Koitus nicht befriedigt werden konnte, war Patient zur Onanie gezwungen.

Fall II: Ein ambivalenter Charakter.

Der Patient, der eine längerdauernde Beziehung zu einer etwas älteren berufstätigen Frau X hatte, kam in Analyse, als er sich bei einer anderen Frau Y, die besonders hübsch war und mit der er sich gut verstand, als impotent erwies. Er hatte vorher außer der Beziehung zur Frau X mit einer Reihe von Frauen Koitusversuche, die nur ausnahmsweise und unvollkommen gelangen, unternommen. Diese Mißerfolge ertrug er ohne großen Ärger und tat nichts, um sie zu beseitigen. Sein Mißerfolg bei Frau Y aber deprimierte ihn tief. In der Analyse zeigte es sich, daß der Patient die Tendenz hatte, alle Frauen, mit denen er gelegentlich Koitusversuche unternahm, auf irgend eine Weise zu erniedrigen. Nicht daß er diese Erniedrigung bewußt, etwa in sadistischer Art, durchführte, er begnügte sich mit der vagen Emp-

2) Bezüglich des Problems des Unheimlichen sei auf die Arbeit E. Berglers „Das Unheimliche“ verwiesen. Erschienen im Int. Journal of Psa., XV, 1934.

findung, daß die sich ihm hingebende Frau irgendwie minderwertig sei. Einmal war ihre Intelligenz dürftig, dann wieder hatte der sonst vollkommene weibliche Körper einen kleinen Fehler, kurz, der Patient fand immer etwas, das er kritisieren konnte. Da diese Kritiken meistens nach einem Koitus stattfanden, sah es so aus, als ob der Patient eine Entschuldigung für das Mißlingen des Koitus suchen würde. Bald aber zeigte es sich, daß in jenen Fällen, in denen Patient einen „Fehler“ der Frau rechtzeitig entdeckt hatte, der Koitus besser gelang. Schließlich ergab die Analyse, daß der Patient diese Tendenz auch bei Frau Y hatte, daß ihm aber dort ihre Verwirklichung nicht gelang. Der Patient hatte nicht die Fähigkeit, seine Wünsche sozusagen ins Leere zu projizieren, er war psychisch gezwungen, die realen Verhältnisse dabei mit zu berücksichtigen. Bei den Vorgängerinnen der Frau Y war ihm dies auch restlos gelungen, während hier das reale Objekt dieser Erniedrigungstendenz nicht entsprach. Dafür war es für seine, aus dem negativen Ödipuskomplex stammenden weiblichen Identifizierungswünsche vorzüglich geeignet. An Hand eines reichen Materials wurde in der Analyse diese Identifizierung immer wieder bewiesen. Die Erniedrigungstendenz bedeutete den Versuch, diese Identifizierung zu verhindern, um dann bei ihrem Fehlen den Koitus vollziehen zu können. Das Vorhandensein der Identifizierung, d. h. das Anschwellen der Wünsche, koitiert zu werden, wo bewußt lediglich der Wunsch zu koitieren verwirklicht werden sollte, zog die meiste Libido an sich, verminderte dadurch die Intensität der männlichen Strebung. Gleichzeitig reagierte das Über-Ich auf den maskierten Versuch, die Befriedigung in der passiven Rolle zu erreichen, mit Schuldgefühlen. Dem Ich blieb der Vorgang unverständlich, mit Trauer nahm es zur Kenntnis, daß es gerade bei der geliebten Frau zur Untätigkeit verurteilt blieb. Der Ausweg, den der erste Patient beschritt, war hier aus bestimmten Gründen, die ich in der ausführlichen Publikation besprechen werde, nicht möglich. Die Untersuchung der Beziehung zur Frau X. ergab, daß diese eine ganze Reihe von Eigenschaften des Vaters hatte. Der Koitus mit ihr konnte stattfinden, da die Identifizierung mit ihr wegen dieser Eigenschaften für den Patienten unmöglich war. Gleichzeitig bedeutete dieser gelungene Koitus eine Abwehr und auch Befriedigung der passiv-homosexuellen Beziehung zum Vater.

Die aus der Identifizierung mit der „kastrierten Mutter“ stammende passive Strömung konnte in diesem Koitus aber nicht befriedigt werden. Deshalb onanierte Patient während dieser Beziehung oder versuchte immer wieder mit anderen Frauen zu koitieren.

VORLÄUFIGE MITTEILUNGEN

In dieser Rubrik erscheinen die Beiträge in der Reihenfolge ihres Einlaufes bei der Redaktion

URWAHRNEHMUNGEN, INSBESONDERE AUGENLEUCHTEN UND LAUTWERDEN DES INNEREN

Vortrag von Imre Hermann,

gehalten in der Ungarischen Psychoanalytischen Vereinigung am 20. Oktober 1933

Unter Urwahrnehmungen möchte ich solche Wahrnehmungen verstehen, welchen das Kleinkind ausgesetzt ist, welche aber später aus äußeren oder inneren Gründen ausfallen. Als Beispiel einer Urwahrnehmung erster Art soll die Wahrnehmung des Geruches, der der Genitalgegend des Erwachsenen entströmt, angeführt werden, welchem das Kind, das mit seiner Nase in der Genitalhöhe sich bewegt, stets ausgesetzt ist, das größere Kind und der Erwachsene hingegen, eben den Größenverhältnissen zufolge, nicht. Als Beispiel einer Urwahrnehmung zweiter Art soll die Inversion räumlicher Verhältnisse dienen, infolge welcher das Kleinkind vorgewölbte Dinge gehöhlt sehen kann, das größere Kind und der Erwachsene hingegen die Raumdaten eindeutig aufarbeiten und nur mit Mühe und Absicht die Inversion erleben können. Die Urszene ist eine verwickelte Menge von Urwahrnehmungen erster und zweiter Art. Im folgenden sollen zwei Urwahrnehmungen skizziert werden, deren Folgen sich in den Widerständen während einer Psychoanalyse ertappen lassen¹ und die beide mit verschiedenen Angstzuständen verwoben werden können. Gegen das Auftauchen beider wird im reiferen Seelenleben ein ständiger Kampf geführt.

1. Augenleuchten. Der die Wirkung des plötzlichen Aufleuchtens in den Augen des Gegenüberstehenden erfahren will, muß es selbst erfahren wollen. Leicht gelingt dies bei künstlicher Beleuchtung in den Augen des Kleinkindes, wo bei gewisser Beleuchtungsrichtung und nicht auf den Beobachter akkomodierten Augen an der Stelle der schwarzen Pupille ein rötliches Licht erscheint. Die desorientierende Wirkung dieser Wahrnehmung läßt es verstehen, daß der Erwachsene Situationen, in welchen er dieser Wahrnehmung ausgesetzt wäre, entschlüpft, und die ganz flüchtige Errötung der Pupille des Gegenüberstehenden nicht zu seinem Bewußtsein gelangen läßt. Wir können die Situation, in welcher das Kleinkind die Augen des Gegenüberstehenden aufleuchten sieht, angeben: Das Kind sitzt auf dem Schoß eines Erwachsenen (Mutter), das Licht kommt von seiner Rückseite; in gewisser Entfernung befindet sich ein anderer Erwachsener, Gesicht gegen das Licht und dem ersten Erwachsenen (Mutter) zugekehrt, auf diesen akkomodierend. Direkte Erinnerung dieses Erlebnisses fand ich noch keine, hingegen mehrere Deckerinnerungen. (Z. B. eine Zigeuner-Amme, mit feurigen, schwefelartige Flammen werfenden Augen. — Grün leuchtende Augen der Lämmer, der Vater aber mit blitzenden Augen und mit feuerspeiendem Munde im wütenden Zorn. — Rot leuchtende, Furcht und

¹) Hermann, Die Psychoanalyse als Methode. Int. Psa.-Verl. 1934, Abschnitt: Widerstände.

Abscheu auslösende Augen der Katzen und blutunterlaufene Augen und erröteter Kopf des zürnenden Vaters.)

Kulturhistorisch ist die Bekanntschaft des Menschen mit dieser Erscheinung leicht nachzuweisen.² Die ganze wissenschaftliche Optik der Antike baut sich auf die Annahme des Feuer ausströmenden Auges auf. Noch Goethes Farbenlehre ist eine Regression zu dieser. („Solche Erscheinungen sind desto angenehmer überraschend, als sie gerade, wenn wir unser Auge bewußtlos hingeben, am lebhaftesten und schönsten sich melden“ — sagt er in den Nachträgen zur Farbenlehre, auf Erscheinungen hinweisend, welche als Deckwahrnehmung dieser Urwahrnehmung gelten können.) Die Mythen über die Herkunft des Feuers — zusammengestellt von Frazer — sprechen eher für als gegen die Annahme, der primitive Mensch hätte das „Feuer“: Licht, Röte, Aufblitzen der Augen gekannt und gewertet. (Beim Koitus ist vom „Feuer“ höchstens die Wärme, beim Reiben der Hände Wärme und Geruch wahrnehmbar.)

Wir wissen, daß die Furcht vor dem Feuer bei den Säugetieren, so auch beim Affen instinktmäßig ist. Diese Furcht hat ihren Teil an der Schamröte, welche durch die entzündenden Augen des Gegenüberstehenden, dessen Blick man in der Schamreaktion meidet, hervorgerufen wird. Tierbändiger sprechen davon, daß sie in die Augen des Tigers schauen müssen, um sofort das Aufblitzen des grünen Lichtes, das Anzeichen eines Wutanfalles, bemerken zu können.³ Die Identifizierung des väterlichen Auges mit der Sonne (Abraham, Ferenczi) wird durch die Kenntnis dieser Urwahrnehmung nahegebracht. Die Ehrfurcht vor dem Kinde — in Analysen oft sehr auffallend (*maxima debetur puero reverentia*) — kann auch darin eine Wurzel haben, daß in den Augen des Kindes aus physiologisch-optischen Gründen das Aufleuchten eher bemerkt werden kann als in denen des Erwachsenen. Entscheidend im Erlebnis mag auch der Umstand sein, daß gewisse Affekte (Zorn, Angst) die Pupille erweitern und dadurch die Erscheinung auffallender machen.

Manche Kindheitserlebnisse werden viel klarer und verständlicher, wenn wir diese Urwahrnehmung als Erlebnis einschalten.

2. Das Lautwerden des Inneren. Bekannte Furchtmotive lauten: im Schlaf werde ich alles ausplappern, werde mich verraten; ich werde wahnsinnig und werde dann fortwährend schreien müssen. Die Furcht vor dem Aussprechen und vor dem Schreien ist in Träumen sehr exakt zu beobachten. Die manifesten Träume enthalten überhaupt viel mehr Sprechstoff als gemeinhin angenommen oder erinnert wird, die Traumzensur greift am leichtesten eben die Rede im Traume an. Eine Art der Abwehr des inneren Lautwerdens im Traume ist die Anklammerung an gehörte oder gelesene Worte. Doch bei weiterer Analyse kann — wie ich dies bei vielen Träumen fand — diese Regel der Traumarbeit (Freud) aufgelöst und zum eigentlich befürchteten, dem Ich angehörenden Inhalt des Lautwerdens vorgedrungen werden. Auch bei gewisser Übung und Entfernung der diesbezüglichen Widerstände wird aus dem manifesten Traum viel mehr Rede erinnert.

Woher kommt diese Furcht vor dem Lautwerden des Inneren? (Die bewußte

2) Vgl. auch Seligmann, Der böse Blick und Verwandtes. 1910.

3) Bei Tieren mit „Tapetum“ liegt allerdings physiologisch ein anderer Sachverhalt vor als beim Menschen.

oberflächliche Furcht vor Strafe ist hier nicht Gegenstand der Untersuchung.) Erstens bezeugt eine Erfahrung von früher Kindheit an, daß Gefahr und Krankheit mit dem Lautwerden innerer Organ wie Herzklopfen, lautem Atmen, lauten Darmbewegungen, Klopfen im Schädel, Ohrensausen als Einleitung eines Ohnmachtsanfalls, vergesellschaftet sind. Zweitens — und hier liegt die tiefere Urwahrnehmung — lassen äußere Störungsreize durch den Moroschen Reflex, welcher eine schnelle Anspannung der neben dem Kopfe liegenden Arme verursacht, ein inneres Geräusch laut werden, welches wahrscheinlich von der Anspannung des Trommelfells stammt. Auch diese Urwahrnehmung ist dem Erwachsenen bei bewußt-geübter Beobachtung zugänglich. Der Morosche Reflex, also die erste organisierte Angstreaktion — mit der Bestrebung zur Anklammerung an die Mutter — geht mit einem inneren Weckruf einher. Von da an bedeutet inneres Lautwerden Angst, Hilflosigkeit und Gefahr. Es scheint besser zu sein, in visuellen Bildern zu träumen, auch wenn sie angsteinflößende Bilder sind, als in Lautbildern, denn erstere sind stets der Außenwelt zugewiesen und daher besteht prinzipiell eine Fluchtmöglichkeit, wohingegen durch das innere Lautwerden das Ich in die Gefahrzone hineingerissen wird, ohne prinzipiell einer Fluchtmöglichkeit versichert zu sein, da es sich selbst nie entfliehen kann. Dem entspräche die wahrnehmungspsychologische Tatsache, daß das Auge automatisch geschlossen werden kann, das Ohr hingegen nicht.

ANGSTHYSTERIE, ANGSTNEUROSE UND RHEUMATISMUS. Ein kritischer Beitrag zu Freuds „Angstneurose“.

Vortrag von Robert Fließ,

gehalten in der New York Psychoanalytic Society am 24. April 1934.

Wenn man Freuds klassische Arbeit aus dem Jahre 1895 „Über die Berechtigung, von der Neurasthenie einen Symptomenkomplex als ‚Angstneurose‘ abzutrennen“ unter besonderer Berücksichtigung der angeführten Symptome liest, so sind manche von diesen heute zu streichen, weil sie nach unserem jetzigen Wissen nicht aktual-, sondern psychoneurotisch bedingt sind und — wie z. B. die folie du doute — der Zwangsneurose oder — wie z. B. die Agoraphobie — der (Angst-) Hysterie angehören. Von den in Freuds Aufzählung erwähnten Parästhesien wird ferner der Schmerz, insbesondere derjenige, welcher nach Freud „durch eine Art Konversion... auf die rheumatischen Muskeln“ zustande kommt, untersucht. Er wird als ein echter rheumatischer Schmerz, d. h. als ein Bewegungsschmerz, erkannt, welcher auftritt, sobald (organisch) rheumatisch veränderte Muskeln (willkürlich oder unwillkürlich) innerviert werden (s. unten!). Der Vortragende anerkennt die Existenz einer selbständigen nosologischen Einheit „Angstneurose“, deren Symptome dem größeren Teil der von Freud damals aufgestellten entsprechen und die ätiologisch als Sexualstoffvergiftung aufzufassen ist. Das Symptomenverzeichnis Freuds enthält mithin Symptome zweier körperlicher Erkrankungen: Angstneurose und Rheumatismus, und zweier psychischer: Zwangsneurose und Angsthysterie.

Würde ein klinischer Fall (von den zwangsneurotischen abgesehen) sämtliche von Freud aufgeführten Symptome aufweisen, so müßte man ihm statt der einen Diagnose „Angstneurose“ eigentlich drei Diagnosen zuerkennen: Angsthysterie,

Angstneurose und Rheumatismus. Diese drei Diagnosen setzen aber drei verschiedene Ätiologien voraus und erfordern demgemäß drei verschiedene spezifische Therapien.

Der Vortragende schildert nun einen solchen Fall (Ehefrau in der Menopause). Er vergleicht zunächst das recht schwere Zustandsbild dieser Patientin Punkt für Punkt mit den von Freud geschilderten Erscheinungen, wobei sich zeigt, daß Vertreter aus jeder der 12 Erscheinungsgruppen vorhanden sind. Sodann berichtet er über die fraktionierte Behandlung der Kranken. Eine eineinhalbjährige Analyse brachte die ausgebreitete angsthysterische Symptomatik zum praktisch vollständigen Schwinden: die durch schwere agoraphobische, claustrophobische und zahlreiche andere Ängste völlig lebensunfähige Kranke erlangte normale Leistungsfähigkeit wieder. Dabei wurden die von starken „neuralgisch“-rheumatischen Schmerzen begleiteten Angstanfälle zwar gemildert, blieben aber bestehen. Eine etwa ein halbes Jahr nach Beendigung der Analyse begonnene mehrmonatige antirheumatische Behandlung (sowohl der Muskulatur als auch der „fokalen“ Quellen!) machte die angstneurotischen Anfälle — deren Hauptsymptom Schweißausbrüche mit vorangehendem Kältegefühl und einem Zwange, „sich steif zu machen“ (s. oben!), waren — nunmehr vollständig schmerzfrei. Beseitigen ließen sich aber die Anfälle selber nicht, denn die hierfür spezifische Therapie — die Ermöglichung einer adäquaten Sexualbetätigung — war aus äußeren Gründen nicht zu erreichen.

In diesem Verlauf sieht der Vortragende die Bestätigung der oben vorgetragenen (fast durchwegs Freudschen) Auffassungen durch eine Art therapeutischen Experimentes.

REFERATE

Aus der psychiatrisch-neurologischen Literatur

Psychotherapeutische Praxis. Vierteljahrsschrift für praktische ärztliche Psychotherapie. Herausgeber: Dr. Wilhelm Stekel. Schriftleitung: Dr. Ernst Bien, Wien. Sonderheft: Organneurosen.

Wilhelm Stekel gibt eine Vierteljahrsschrift für ärztliche Psychotherapie heraus, die den Namen „Psychotherapeutische Praxis“ führt. Die Zeitschrift wendet sich nach dem Vorwort Stekels an alle Psychotherapeuten, Psychiater und Neurologen, „um ihnen das Gemeinsame und therapeutisch Wirksame aller Schulen zu übermitteln“. Das im März erschienene erste Heft ist dem Spezialthema Organneurosen gewidmet.

Der Herausgeber stellt einen Artikel „Die Autonomie der Organe“ an die Spitze. Er schildert darin eine Reihe konversionshysterischer Symptome und Hemmungen der Ichfunktion von Organen. Er findet, daß ein solches Selbständigwerden des Organs fast immer der Verhinderung, bisweilen aber auch der Darstellung verpönter libidinöser Wünsche dient; er spricht von einem „Zerfall in Teilseelen“, die ein divergierendes Funktionieren der einzelnen Organe zur Folge habe. Dem Ausdruck „Teilseele“ entspricht Stekels Forderung, die Psychoanalyse müsse in solchen Fällen zur „Psychosynthese“ werden. — Die Analyse der einzelnen konversionshysterischen Symptome ist oberflächlich und durchwegs nur bis zu den aktuellen Wurzeln des innern Konflikts geführt.

Max Löwy (Prag-Marienbad) spricht sich im Aufsatz: „Über Organneurosen und zu ihrer Behandlung, speziell zur psychotherapeutischen“ für eine Mischung somatischer und psychischer Therapieprinzipien aus. Seine psychotherapeutischen Maßnahmen sind dabei weitgehend — und von ihm selbst ausgesprochen — psychoanalytischer Herkunft, wobei er sich in erster Linie zu Freud bekennt. Besonders sein Verständnis für die „Organsprache“ und seine einleuchtenden Übersetzungen in den sprachlichen Ausdruck entsprechender Affektzustände sind beachtenswert. Psychotherapeut und neurologisch-psychiatrisches Ambulatorium müssen ihm für manche Anregungen und Anweisungen dankbar sein.

Arthur Kronfeld (Berlin) widmet den „Oesophagusneurosen“ einen Artikel. Er unterscheidet zwei Formen, die sensibel-hyperalgische und die reflektorisch-spastische, wobei er annimmt, daß die sensibel-hyperalgische stets die Primärform bildet. Schwere Oesophagusneurosen führen zu lebensbedrohlichen Zuständen; auch leichte Formen aber fallen infolge der akuten Beschwerden in das Bereich der Kontraindikationen der psychoanalytischen Therapie. Kronfeld hält zunächst eine gewalttätige Zerschlagung des Symptoms für indiziert, die durch medikamentöse Therapie, durch Suggestion, durch mehrtägigen Dauerschlaf und schließlich als letztes Mittel durch die Starcksche Dehnung des Oesophagus bewerkstelligt werden kann. Die Ausführung dieser Therapien mit Ausnahme der Suggestionstherapie habe der Psychotherapeut zu vermeiden, aber zu überwachen und anzuordnen. Nach der Zerschlagung des Symptoms beginne die psychotherapeutische Arbeit, die sich für Kronfeld im Sinne einer therapeutischen Analyse vollzieht. Als psychischen Inhalt des Symptoms findet Kronfeld die Abwehr der Einverleibung. Im Krampf des Oesophagus drücke sich ein Ambivalenzkampf zwischen Einverleibungstendenz und Überich-Abwehr aus. Die Oesophagusneurose stehe zwischen Ekel, der der primären Abwehr der Einverleibung gewidmet sei, und Erbrechen, das die Rückgängigmachung der Einverleibung beabsichtige. Die Regression sei dabei eine auf verschiedene Stufen der frühkindlichen Libidoentwicklung, besonders auf die orale. Bisweilen, und zwar beim weiblichen Geschlecht, spielen auch genitale Tendenzen eine Rolle im Symptom. In diesen Ausführungen steht Kronfeld auf dem

Boden der klassischen Analyse. Schließlich vergleicht Kronfeld den am Oesophaguskrampf Erkrankten mit dem Spieler, der Kranke „versuche“ sein „Glück“, er wolle im Grunde verlieren, es finde eine masochistische Unterwerfung unter das „Fatum“ der Überich-Struktur statt. Die „Strafe“ sei der Tod, und zwar der Selbstmord — Gedanken, die uns nicht ganz bündig scheinen, besonders da sie beweisenden und erläuternden Materials aus Analysen entbehren.

In einem Artikel „Über Sexualstörungen“ versucht Oswald Schwarz (Wien) zwischen Psychoanalyse und Individualpsychologie die Brücke zu schlagen, ja er findet, daß beide Methoden in ihren Grundlagen verwandt seien, different geworden erst an den „weltanschaulichen Grundanschauungen über das Wesen der menschlichen Existenz“, und somit daran, worin jede den Sinn des Lebens sieht, den das Kranksein verfehlt. Beide Lehren sehen das zentrale Problem der menschlichen Existenz in der gleichen Forderung, nämlich in der Stellung des einzelnen zu einem übergeordneten Ganzen. Freud sehe die Verfehlung in einer mangelhaften Lösung aus den präöedipalen und ödipalen Fixierungen, Adler im Mangel der Wiedereinfügung in frei gewollte Mitgliedschaft, deren Vorbild die Familie mit ihren Fixierungen sei. Völlig gleich seien beide Lehren in ihrer dialektischen Struktur. Für die Störungen des Mannes genügt nach Schwarz' Ansicht die individualpsychologische Methode im allgemeinen. Man müsse sich aber der Führung des Patienten überlassen und seinem oft symbolisch angedeuteten Verlangen nach Vertiefung des Verfahrens zur Analyse nachgehen.

O. Binnemann (Ballenstedt a. H.) erzählt in einem Artikel „Über psychogene Hautveränderungen“ über hypnotische Kuren und Hervorrufungen von Hauterkrankungen, ohne tiefer auf die Genese und auf das Konversionsphänomen einzugehen.

Eugen Hárnik (Budapest) tritt in einem Artikel, betitelt „Zur kombinierten Behandlung der Organneurosen“ dafür ein, daß in Fällen schwerer Organneurosen (Asthma, Kolitis) der organische Therapeut mit dem Analytiker gemeinsam und in gegenseitigem Einverständnis die therapeutische Aufgabe ausführe.

R. Sterba (Wien)

Aus der psychoanalytischen Literatur

CORIAT, ISADOR H.: *The Dynamics of Stammering*. *Psy. Quarterly*, II, 2.

Die bekannten, verdienstvollen Forschungen C.'s über die spezielle Pathologie des Stotterns werden hier noch einmal zusammengefaßt und ergänzt. Er legt dabei besonderes Gewicht darauf, daß im Stottern ursprüngliche orale Verhaltensweisen unverändert (also nicht etwa ins Gegenteil verkehrt oder sonstwie modifiziert) fortbestehen oder wiederkehren, daß also die Mundpraktiken der Stotterer identisch sind mit den autoerotischen Mundspielen der kleinen Kinder. Man könne die prägenitalen Elemente ohne Rekonstruktion durch direkte Beobachtung des aktuellen Verhaltens der Patienten feststellen.

Das soll nicht etwa heißen, daß beim Stottern keine Regression vorliege. Daß Stotterer vor Konflikten aus dem Bereiche des genitalen Ödipuskomplexes in die Wiedererweckung älterer Lustformen ausweichen, besonders exhibitionistischer, analer, in erster Linie aber oraler (saugender und beißender), wird ausführlich und mit Beispielen dargelegt; aber diese alten Lustformen kommen als solche wieder. Es handle sich nicht, wie Ref. gesagt habe, um eine „prägenitale Konversionsneurose“, da keine Konversion vorliege.

Die von C. beschriebenen Tatsachen sind zweifellos richtig, nur ihre Interpretation ist problematisch. Daß in neurotischem Verhalten altes autoerotisches Verhalten enthalten sei, gilt auch für jede Konversion, z. B. für die Hysterie, und daß dieses alte autoerotische Verhalten völlig unverändert sei — das kann nicht stimmen, weil der Stotterer ja bewußt nicht perverse Lust genießt, sondern unter seinem Symptom leidet. Auch wäre nicht einzusehen, wieso, wenn das Beißen während des Stotterns nur Wiederkehr alter Beißlust

wäre, C. sagen könnte, es sei dies regelmäßig ein „Selbstbestrafungsmechanismus“, oder wie er im Verhalten des Stotterers „Reaktionsbildungen“ gegen kannibalistische Tendenzen sehen könnte. Daß die ursprünglichen Tendenzen im Unbewußten wirklich unverändert fortbestehen — charakterisiert nicht das Stottern, sondern die Neurose überhaupt, die dadurch zustande kommt, daß im Unbewußten unverändert erhaltene infantile Sexualität trotz der Verdrängung weiter wirkt.

O. Fenichel (Oslo)

MIDDLEMORE, MERELL: The Treatment of Bewitchment in a Puritan Community. Int. Journal of Psa., XV, 1.

In Salem, Massachusetts, brach im Jahre 1692 eine große Hexenepidemie aus. Mädchen im Alter zwischen 10 und 26 Jahren erkrankten plötzlich neurotisch; manche begannen zu toben, andere wurden depressiv und litten an heftigen Schmerzen. Sie gaben dann an, von bestimmten Personen behext zu sein, und viele der also Beschuldigten wurden hingerichtet.

Der Autor macht uns nun mit den Methoden bekannt, die zur Heilung der Behexten verwendet wurden. Da es sich um eine puritanische Gemeinde handelte, waren die Methoden der katholischen Exorzismen ausgeschlossen. Trotzdem wird der Analytiker immer wieder verblüfft durch die weitgehende Übereinstimmung der hier tatsächlich vorgenommenen Handlungen mit den Phantasien, die er im Unbewußten der Neurotiker und Kinder nachweist, jener prägenitalen Denkwelt der Introjektion und Projektion. Alle Maßnahmen laufen auf die Annahme hinaus, daß durch die Behexung ein böser Stoff in den Körper der Behexten hineingeraten sei, dem unbewußt Samen-, Kot- oder Kindbedeutung zukommt, und der nun wieder entfernt werden oder durch einen „guten Stoff“ neutralisiert werden müsse. Jenes geschieht hauptsächlich durch Übertragung auf ein Tier oder auf die Hexe selbst — die gleichzeitig durch dieses „Berührungs-Ordal“ erkannt wird —, dieses meist durch stofflich gedachte göttliche Gnade, mit der die Kranke sich identifiziert; oder aber auch durch neuerliche Aufnahme von „Hexenstoffen“ aller Art, wobei das Ineinander von „gut“ und „böse“, „göttlich“ und „teuflich“ charakteristisch ist. Endlich haben manche Methoden ganz den Charakter des magischen „Ungeschehenmachens“. Bei allen Zeremonien ist die Sexualsymbolik überaus deutlich. Oft spielen auch bloße Worte dank der „Allmacht der Worte“ die Rolle von Stoffen.

Merkwürdig ist, daß die Kranken deutlich nur auf Heilungszeremonien günstig reagierten, die ihnen ein Stück Aktivität, also eine männliche Identifizierung, ermöglichten, während sie Maßnahmen, die den katholischen ähnlicher waren, und bei denen sie sich feminin zu verhalten hatten, ablehnten.

O. Fenichel (Oslo).

OBERNDORF, C. P.: Folie à deux. Int. Journal of Psa., XV, 1.

Während zur Erklärung des Phänomens der *Folie à deux* von nichtanalytischen Psychiatern hauptsächlich das konstitutionelle Moment herangezogen wird, liegt es für den Psychoanalytiker näher, an die Wirkung der Identifizierung zu denken. Das Schema, mit dem der Analytiker an die Untersuchung solcher Phänomene herangehen soll — meint Oberndorf deshalb mit Recht — sei jener von Freud zur Illustrierung der hysterischen Identifizierung konstruierte Fall, daß in einem Mädchenpensionat eine hysterische Epidemie ausbreche, nachdem eines der Mädchen auf einen Liebesbrief hin einen hysterischen Anfall bekommen hat — nur daß die „psychische Infektion“ sich hier auf zwei Menschen beschränkt. Die Übergänge zur „Folie à deux“ seien fließend, denn schließlich gebe es ja bei jeder Neurose „unbewußte Gegenspieler“ (neurotisches Verhalten der Eltern als Ursache von Kinderneurosen). — Der Autor analysierte ein Ehepaar, das in einer schweren gemeinsamen Neurose lebte. Es stellte sich heraus, daß die Neurose jedes der beiden Partner, wie selbstverständlich, durch seine Kindheitserlebnisse determiniert war, und daß trotzdem die beiden Neurosen ineinander spielten, so daß sie sich zu einer größern Einheit ergänzten. Die

Kindheitsentwicklung der beiden war recht verschieden gewesen, aber schließlich bei beiden in eine heterosexuelle Identifizierung ausgelaufen, in eine feminine (transvestitische) beim Manne, in eine maskuline bei der Frau. Diese beiden Identifizierungen ergänzten sich nun in einer merkwürdigen Ehe, in der die beiden sich von der ganzen Welt isolierten, ihren Symptomen und einer sonderbaren Perversion lebten. Die vorehelichen neurotischen Symptome beider änderten sich während dieses Zusammenlebens in unbewusster Anpassung aneinander. Man konnte schließlich nicht sagen, wer von beiden der „Induzierende“ und wer der „Induzierte“ war. — Praktisch ergibt sich aus dem relativ guten Erfolg der Analysen, daß man bei einer *Folie à deux* beide Individuen einzeln behandeln muß. Bei psychotischen Fällen müsse man die Partner trennen; könne man aber bei neurotischen Formen beide gleichzeitig behandeln, so sei der Umstand, daß sie auch weiterhin miteinander leben können, ohne zu erkranken, ein gutes Kriterium für den erreichten Erfolg.

O. Fenichel (Oslo)

SARKAR, SARASI LAL: *The Psychology of Taking Prasad*. *Psa. Quarterly*, II, 2.

„Prasad“ zu erhalten — das heißt: das, was jemand anderer, Höherer von seinem Essen übrig gelassen hat, aufessen zu dürfen. Dies spielt in Mystik und Folklore Indiens eine große Rolle. Man wird nach dem alten magischen Satz „man ist, was man ißt“ dem gleich, dessen „Prasad“ man erhält. — Eine Analyse S.'s zeigte, daß von den Eltern „Prasad“ zu erhalten, im Unbewußten einer Introjektion der Eltern gleichgesetzt war. — Die Geliebte des Patienten, eine Prostituierte, die ihn aushielt und an die er auf Grund seines Ödipuskomplexes gegen seinen Willen gebunden war, gab ihm eines Tages ein Stück von ihrem Essen in den Mund. Das rief bei ihm einen Gefühlssturm hervor; er trennte sich von ihr und fing ein ganz neues Leben an. Die Analyse ergab, daß es ihn an eine in der Kindheit erlebte Zeremonie erinnert hatte, bei der einer schwangeren Frau — vielleicht seiner Mutter — Essen gereicht wurde, wovon sie einem Knaben etwas abgab. Der Patient hatte sich damals mit seiner Mutter und jetzt durch das „Prasad“ mit seiner Geliebten identifiziert. Diese Identifizierung schaffte die Bedingungen, die es ihm ermöglichten, sich von ihr zu trennen.

O. Fenichel (Oslo)

WEISS, EDOARDO: *A Recovery from the Fear of Blushing*. *Psa. Quarterly*, II, 2.

Eine ausführlich und eine mehr kursorisch mitgeteilte Analyse zeigen die Wirksamkeit der Beobachtung eines weiblichen Genitales für die Entstehung der Kastrationsangst bei Knaben. Die Errötungsangst des einen Patienten ging darauf zurück, daß er nach dieser Entdeckung sagen hörte, er sei „wie ein Mädchen“; er meinte, wenn man sehen würde, daß er trotzdem noch einen Penis besitze, werde man ihn abschneiden; deshalb mußte er seine exhibitionistischen Neigungen in pathogener Weise verdrängen. — Weiß betont aus diesem Anlaß neuerdings die Notwendigkeit, in der Analyse die infantile Amnesie zu beheben, was durch keine intellektuelle Einsicht in Triebzusammenhänge ersetzt werden könne.

O. Fenichel (Oslo)

Hans Behn-Eschenburg †

Die Familie von Hans Behn-Eschenburg stammt aus Lübeck. Der Großvater hat in den Achtundvierzigerjahren als politischer Flüchtling auswandern müssen. Er fand an der Hochschule in Zürich als Professor der englischen Sprache ein neues Wirkungsfeld. Der Vater wurde Ingenieur. Ihm verdankt die Technik außerordentlich wertvolle Erfindungen. In Örlikon, einer Vorstadt Zürichs, wurde am 23. Januar 1893 Hans Behn-Eschenburg geboren. Hier verlebte er seine ersten Kinderjahre. Sein medizinisches Wissen und Können erwarb er sich an der Universität in Zürich. 1919 schloß er seine Universitätsstudien ab und heiratete kurz darauf. Schon früh von der Psychiatrie angezogen, ging der junge Arzt in die Heil- und Pflgeanstalt Herisau. Rorschach war dort Oberarzt; in ihm fand Behn-Eschenburg einen hervorragenden Lehrer, der ihn auch auf die Psychoanalyse Freuds hinwies und ihm die ersten Anfangsgründe unserer Wissenschaft beibrachte. Nach seiner Assistentenzeit in Herisau arbeitete Hans Behn-Eschenburg am Kinderspital und an der neurologischen Poliklinik in Zürich. Gleichzeitig suchte er sich hier psychoanalytisch auszubilden und ging dann für ein Jahr an das Psychoanalytische Institut Berlin, wo er die reichsten Anregungen fand, besonders in seiner Kontrollanalyse bei Simmel. 1924 begann er in Zürich die psychoanalytische Praxis. Neben der ärztlichen Tätigkeit, beschäftigte er sich intensiv mit den Problemen der Berufsberatung, den Fragen der Vormundschaftsbehörden und der psychoanalytischen Pädagogik. Genau 10 Jahre eines selbständigen Schaffens waren ihm beschieden, und er durfte die Genugtuung haben, daß sein Können immer höhere Anerkennung fand, und daß immer mehr kranke Menschen um seine Hilfe baten. Diesen Sommer organisierte er noch mit größter Umsicht und Gewissenhaftigkeit den psychoanalytischen Kongreß in Luzern. Aber am ersten Tag dieses Kongresses warf ihn wie ein Blitzstrahl aus heiterem Himmel eine schwere Krankheit nieder, und dann starb er nach einem langen Monat qualvollen Leidens.

Mag der äußere Lebensweg, den Hans Behn-Eschenburg gegangen war, einfach und unbeschwert erscheinen, für ihn hatte doch jeder Schritt ein zähes Ringen bedeutet. Ringsum im Lebenskreis seiner frühesten Kindheit waren herbe Pflichterfüllung und unnachgiebiges Schaffen oberstes Gesetz gewesen; und dieser Ordnung hatte er sich unterworfen, bedingungslos. Doch war er so geartet, daß ihn das harte Gesetz seiner Väter zerbrach; unscheinbar war sein Körper und wenig kräftig. Von stiller Schlichtheit war sein Wesen und ohne jedes Pathos, aber voll empfindsamer Liebe und Wärme.

Und zähe und zur äußersten Anstrengung entschlossen wie er seinen äußeren Weg ging, hat er auch an sich, nach innen gearbeitet. Mit unerbittlicher Ehrlichkeit war er in die Tiefen seines eigenen Wesens vorgedrungen, so tief, daß wir, die wir nahe um ihn waren, schon lange ein Verstehen ahnten, welches das Leben selbst überflüssig machen werde.

Das unentwegte Schaffen an sich selbst hat ihn zu einer reifen Menschlichkeit geführt. Man spürte die Ruhe und Güte eines überlegenen Menschen und von selbst verstummten Zank und Eifern. Seine sachlichen, wissenschaftlichen Arbeiten sind, klar und einfach, ohne jedes Wichtigton, aber durchdacht und ehrlich. Ob er über

klinische Probleme schrieb, über „Alkoholismus“ (1932), oder die „Vorgeschichte des Ödipuskomplexes“ (1934), ob er sich mit künstlerischen Fragen beschäftigte, der „Wirkung einer Analyse auf das Schaffen des Malers“ (1928), dem „Parallelismus Ferdinand Hodlers“ (1931), oder ob er erkenntnistheoretisch-philosophische Themen behandelte wie in seinem Vortrag „Über das Verhältnis von Raum und Zeit zum unbewußten Seelenleben“, immer schöpfte er unmittelbar aus wirklichem Erleben und Erlebtem und brachte dadurch auch die wissenschaftlichen Fragen und Antworten uns menschlich nahe.

Wie ein tiefes Vermächtnis liegt seine Arbeit über die Realitätsanpassung vor uns, die er noch selbst uns in Luzern hätte vortragen sollen. Unerschrocken und strenge fordert er darin von uns, die wir um den reichen Erkenntnisschatz der Psychoanalyse wissen und ihn ändern weitergeben wollen, daß vor allem wir in uns selbst Ernst mit unseren Einsichten machen sollen, nicht es bewenden lassen beim Verstandeswissen und -reden, sondern tiefer dringen müssen bis zum ureigensten Erleben. Dann, aber nur dann, wenn die Analytiker selbst zu reifster Menschlichkeit durchdrungen sind — so sagte Hans Behn-Eschenburg noch kurz vor seinem Tode zu mir — brauche es uns um die Zukunft der Psychoanalyse nicht bange zu sein.

Medard Boß, Knonau-Zürich

Inhaltsverzeichnis des XX. Bandes (1934)

	Seite
<i>Franz Alexander</i> : Über das Verhältnis von Struktur- zu Triebkonflikten	33
<i>Anny Angel</i> : Einige Bemerkungen über den Optimismus	191
<i>Michael Bálint</i> : Charakteranalyse und Neubeginn	54
<i>Moses Barinbaum</i> : Zum Problem des psychophysischen Zusammenhangs mit besonderer Berücksichtigung der Dermatologie	241
<i>Hans Behn-Eschenburg</i> : Beiträge zur Vorgeschichte des Ödipuskomplexes	200
<i>Edmund Bergler</i> : Über einige noch nicht beschriebene Spezialformen der Ejakulationsstörung	252
<i>Helene Deutsch</i> : Über einen Typus der Pseudoaffektivität („Als ob“)	323
<i>Karl Dreyfuß</i> : Der Fall Wieland. Ein Beitrag zur Psychoanalyse der traumatischen Epilepsie und zur Psychologie der narzißtischen Neurosen	210
<i>Ludwig Eidelberg</i> : Beiträge zum Studium des Masochismus	330
<i>Otto Fenichel</i> : Weiteres zur präödiipalen Phase der Mädchen	151
— Über Angstabwehr, insbesondere durch Libidinisierung	476
<i>Sándor Ferenczi</i> (Nachlaß): Gedanken über das Trauma	5
<i>Imre Hermann</i> : Einführung zu Ferenczis Gedanken über das Trauma	12
<i>Eduard Hitschmann</i> : Beiträge zu einer Psychopathologie des Traumes	459
× <i>Hellmuth Kaiser</i> : Probleme der Technik	490
<i>Werner Kemper</i> : Zur Genese der genitalen Erogeneität und des Orgasmus	287
<i>René Laforgue</i> : Der Widerstand im Endstadium der Analyse	354
<i>Bertram D. Lewin</i> : Analyse und Struktur einer passagären Hypomanie	74
<i>Barbara Low</i> : Die psychischen Entschädigungen des Analytikers	523
<i>Heinrich Meng</i> : Das Problem der Organpsychose	439
× <i>Sandor Rado</i> : Psychoanalyse der Pharmakothymie (Rauschgiftsucht)	
I. Das klinische Bild	16
<i>Lillian Rotter</i> : Zur Psychologie der weiblichen Sexualität	367
<i>Maxim Steiner</i> : Was hat der Sexualarzt der Psychoanalyse zu verdanken?	85
<i>Richard Sterba</i> : Das Schicksal des Ichs im therapeutischen Verfahren	66
<i>Fritz Wittels</i> : Mutterschaft und Bisexualität	313
<i>Edoardo Weiss</i> : Die Straßenangst und ihre Beziehung zum hysterischen Anfall und zum Trauma	419

KLEINE BEITRÄGE UND KASUISTIK

<i>H. Christoffel</i> : Stuhldrang und Müdigkeit	97
<i>Ludwig Eidelberg</i> : Zur Erniedrigung des Liebesobjektes	549
<i>Else Fuchs</i> : Zur Psychoanalyse des Stotterns	375
<i>Imre Hermann</i> : Die Verwendung des Begriffes „aktiv“ in der Definition der Männlichkeit	261
<i>Yrjö Kulovesi</i> : Ein Beitrag zur Psychoanalyse des epileptischen Anfalls	542
<i>Max Loewy</i> : Zur Bedeutung des Zahleneinfalls in der Analyse	100
<i>P. Schilder u. D. Wechsler</i> : Was weiß das Kind vom Körperinneren?	93
<i>Emil Simonson</i> : Erfolgreiche Behandlung einer schweren, multiplen Konversionshysterie durch Katharsis	531

VORLÄUFIGE MITTEILUNGEN

Edmund Bergler: Über obszöne Worte	112
E. Bergler und L. Eidelberg: Der Mechanismus der Depersonalisation	390
H. Flanders Dunbar: Analytische Probleme in einem Fall von sozialer Angst	264
Ludwig Eidelberg: Theoretische Vorschläge	114
— Zur Erniedrigung des Liebesobjektes	263
Paul Federn: Das Erwachen des Ichs im Traume. I. Die Orthriogenese	109
Robert Fließ: Angsthysterie, Angstneurose und Rheuma	555
J. Hárník: Grundzüge der psychoanalytischen Charakterlehre	105
— Zur Frage der infantilen weiblichen Genitalorganisation	102
Imre Hermann: Urwahrnehmungen, insbesondere Augenleuchten und Lautwerden des Innern	553
X Karen Horney: Das Problem des weiblichen Masochismus	390

REFERATE

Aus der Literatur der Grenzgebiete:

Grothe und Meng: Über interne und psychotherapeutische Behandlung der endogenen Magersucht	(F. Deutsch) 392
Heinrich: Unsere Patienten und wir	(H.) 265
Schönfeld und Menzel: Tuberkulose, Charakter und Handschrift ..	(Marseille) 392
Schulz: Das autogene Training	(Winnik) 265

Aus der psychiatrisch-neurologischen Literatur:

Bericht über die psychiatrische Literatur im Jahre 1931	(Stengel) 393
Christoffel: Entwicklungspsychologische Bemerkungen zur Kinderpsychiatrie	(Friedjung) 115
Curtius: Die neuropathische Familie.....	(Stengel) 115
Fessler: Ein Fall von posttraumatischem Transvestitismus.....	(Winnik) 393
Glanzmann: Pädiatrie und Psychiatrie	(Friedjung) 116
H. F. Hoffmann: Über die Zwangsneurose.....	(Bergler) 394

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Psychotherapeutische Praxis	(Sterba) 557
Schneider: Psychiatrische Vorlesungen für Ärzte	(Schilder) 395
Schulhof: Praktische Psychiatrie	(Stengel) 395

Aus der psychoanalytischen Literatur:

Alexander: On Ferenczi's Relaxation Principle	(Fenichel) 266
Brierley: Some Problems of Integration in Women	(Fenichel) 116
Bromberg and Schilder: Psychologic Considerations in Alcoholic Hallucinations. — Castration and Dismembering Motives	(Fenichel) 267
Clark: Question of Prognoses in Narcissistic Neuroses	(Fenichel) 117
Coriat: The Dynamics of Stammering	(Fenichel) 558
Daniels: Turning Points in the Analysis of a Case of Alcoholism	(Fenichel) 267
Fenichel: Hysterien und Zwangsneurosen. — Perversionen, Psychosen, Charakterstörungen	(Hitschmann) 267
Franklin: Family Reactions during a Case of Obsessional Neuroses	118
Glover: A Psychoanalytic Approach to the Classification of Mental Disorders	(Autoreferat) 118
—: The Relation of Perversion-Formation to the Development of Reality-Sense	(Fenichel)
Hendrick: Pre-genital Anxiety in a Feminine Passive Charakter	(Fenichel) 268
Hitschmann und Bergler: Die Geschlechtskälte der Frau	(Autoreferat) 269
Jelliffe: Glimpses of a Freudian Odyssey	(Fenichel) 398
Kardiner: The Bio-Analysis of the Epileptic Reaction	(Fenichel) 119
Kulovesi: Psykoanalyysi	(Autoreferat) 269
Lewin: The Body as Phallus	(Fenichel) 270
Menninger: Psychoanalytic Aspects of Suicide	(Fenichel) 398
Middlemore: The Treatment of Bewitchment	(Fenichel) 559
Mitglieder der ungarländischen psychoanalytischen Vereinigung:	
Psychoanalytische Studien	(Šugar) 271
Oberndorf: Folie à deux	(Fenichel) 559
Reich: Charakteranalyse	(Sterba) 399
— Charakteranalyse	(Sperling) 403
Reik: New Ways in Psycho-Analytic Technique	(Fenichel) 399
Revue française de Psychanalyse	(de Saussure) 405
Sarkar: The Psychology of taking Prasad	(Fenichel) 560
Searl: The Psychology of Screaming	(Fenichel) 274
— A Note on Symbols	(Fenichel) 407
Weiß: A Recovery from the Fear of Blushing	(Fenichel) 560

NACHRUFE

Hans Behn-Eschenburg †	(Boss) 561
Georg Groddeck †	(Meng) 408
Nikolaj Osipov †	(Windholz) 277
Milly Vosviniak †	(Šugar) 278

**KORRESPONDENZBLATT DER
INTERNATIONALEN PSYCHOANALYTISCHEN VEREINIGUNG**

Mitteilungen des Zentralvorstandes

XIII. Internationaler Psychoanalytischer Kongreß	125
--------------------------------------------------------	-----

Mitteilungen der Internationalen Unterrichtskommission

Chicago Institute for Psychoanalysis	126
New York Psychoanalytic Institute	127
Lehrkomitee der Washington-Baltimore Psychoanalytic Society	128

Berichte der Zweigvereinigungen

The American Psychoanalytic Association	128, 412
Chicago Psychoanalytic Society	129, 412
New York Psychoanalytic Society.....	130, 279, 413
Washington-Baltimore Psychoanalytic Society.....	130, 281, 413
British Psychoanalytical Society.....	131, 281, 414
Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft	131, 281, 414
Chewra Psychoanalytith b'Erez-Israel.....	415
Japan Psycho-Analytical Society	133
Magyarországi Pszichoanalitikai Egyesület.....	134, 283, 415
Nederlandsche Vereeniging voor Psychoanalyse.....	135, 416
Vereeniging van Psychoanalitici in Nederland.....	283, 416
Société Psychanalytique de Paris	135, 284, 417
Schweizerische Gesellschaft für Psychoanalyse	136, 285, 418
Wiener Psychoanalytische Vereinigung	136, 286, 418

<i>Mitgliederverzeichnis</i>	138
------------------------------------	-----

Soeben erschien:

EDMUND BERGLER

TALLEYRAND ♦ NAPOLEON
STENDHAL ♦ GRABBE

PSYCHOANALYTISCH-BIOGRAPHISCHE
ESSAYS

Geheftet RM 6.50 In Leinen RM 8.—

Aus dem Vorwort:

Die Titelbezeichnung „psychoanalytisch-biographische Essays“ bedarf einer Erklärung. Eine analytisch-biographische Studie hebt lediglich die für die betreffende Persönlichkeit entscheidenden unbewußten Motive hervor und verzichtet darauf, mit der deskriptiven Biographik in Konkurrenz zu treten.

Die hier vorliegenden Studien über Talleyrand, Napoleon, Stendhal und Grabbe sind im Anschluß an meine klinischen Arbeiten geschrieben worden. Immer wieder reizte es mich, jene Probleme, auf die klinische Erfahrungen mich hingelenkt hatten, an historischen Gestalten aufzusuchen. So entstanden als Ergänzung meiner Arbeiten über die Psychologie des Zynismus die Studien über Talleyrand und Napoleon, in Fortführung der Untersuchungen über die orale Phase der Libidoentwicklung, die über Grabbe, und als Abschluß meiner Bemühungen um das Verständnis narzißtischer Phänomene — die Stendhal-Skizze. Diese Entstehungsgeschichte bewirkt, daß die Helden der folgenden Essays auch als klinische Typen gesehen sind mit einer gewissen Einseitigkeit, der sich Verfasser bewußt ist, ohne sie meiden zu wollen.

INTERNATIONALER PSYCHOANALYTISCHER VERLAG
WIEN

S o e b e n e r s c h i e n :

ALMANACH DER PSYCHOANALYSE 1935

Mit 6 Porträts. In Leinen RM 4.—

Mit der diesjährigen Ausgabe erscheint
der Almanach der Psychoanalyse

DAS ZEHNTE MAL

und zeigt aus diesem Anlaß einen besonders mannigfaltigen Querschnitt
durch die psychoanalytische Literatur

INHALT:

Sigmund Freud	Psycho-Analysis
Imre Hermann	Das psychoanalytisch Sinnvolle
Richard Sterba	Die psychoanalytische Therapie
Sandor Rado	Das Angstproblem
Paul Federn	Die Zunahme der Süchtigkeit
Otto Fenichel	Zur unbewußten Verständigung
Alexander Szalay	Die ansteckende Fehlhandlung
Anna Freud	Die Erziehung des Kleinkindes vom psychoanalytischen Standpunkt aus
Heinrich Meng	Die richtige Behandlung scheinbar straffälliger Kinder
Fritz Redl	Gedanken über die Wirkung einer Phimoseoperation
Hans Zulliger	Pädagogen verfallen dem Fluche der Lächerlichkeit
Helene Deutsch	Don Quijote und Donquijotismus
Franz Alexander	Bemerkungen über Falstaff
Marie Bonaparte	Das magische Denken bei den Primitiven
Henri Codet	Das magische Denken im Alltagsleben
Edward Glover und Morris Ginsberg	Symposium über die Psychologie von Krieg und Frieden

**INTERNATIONALER
PSYCHOANALYTISCHER VERLAG / WIEN**

THE PSYCHOANALYTIC QUARTERLY

Third year of publication

THE QUARTERLY
is devoted to original contributions in
the field of theoretical, clinical and
applied psychoanalysis, and is published
four times a year.

The Editorial Board of the QUARTERLY consists of the Editors: Drs. Dorian Feigenbaum, Bertram D. Lewin and Gregory Zilboorg. Associate Editors: Drs. Henry Alden Bunker, Jr., Raymond Gosselin and Lawrence Kubie. Associated with the Editorial Board is a group of distinguished American and European psychoanalysts.

CONTENTS FOR JULY 1934:

G. Zilboorg: The Problem of Constitution in Psychopathology. — D. Feigenbaum: Clinical Fragments. — H. A. Bunker, Jr.: The Voice as (Female) Phallus. — L. S. Kubie: Body Symbolization and the Development of Language. — W. J. Spring: A Critical Consideration of Bernfeld and Feitelberg's Theory of Psychic Energy. — *Special Review*: A. Parry: Tattoo, Secrets of a Strange Art as Practiced Among the Natives of the United States. Tattooing Among Prostitutes and Perverts.

Editorial communications should be sent to the Editor in Chief: Dr. Dorian Feigenbaum, 60 Gramercy Park, New York City.

Subscription price is \$ 5.50; single issues 1 dollar and 75 cents. A limited number of back volumes are available; volumes in original binding \$ 6.50.

Business correspondence should be sent to:

**THE PSYCHOANALYTIC
QUARTERLY PRESS**
372-374 BROADWAY, ALBANY,
NEW YORK

THE INTERNATIONAL JOURNAL OF PSYCHO-ANALYSIS

Directed by
SIGM. FREUD

Edited by
ERNEST JONES

This Journal is issued quarterly. Besides Original Papers, Abstracts and Reviews, it contains the Bulletin of the International Psycho-Analytical Association, of which it is the Official Organ.

Editorial communications should be sent to Dr. Ernest Jones, 81 Harley Street, London, W. 1.

The Annual Subscription is 30s per volume of four parts.

The Journal is obtainable by subscription only, the parts not being sold separately.

Business correspondence should be addressed to the publishers, Ballière, Tindall & Cox, 8 Henrietta Street, Covent Garden, London, W. C. 2., who can also supply back volumes.

(Ausgegeben im Dezember 1934)

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
<i>Edoardo Weiß:</i> Die Straßenangst und ihre Beziehung zum hysterischen Anfall und zum Trauma	419
<i>Heinrich Meng:</i> Das Problem der Organpsychose. Zur seelischen Behandlung organisch Kranker	439
<i>Eduard Hirschmann:</i> Beiträge zu einer Psychopathologie des Traumes	459
<i>Otto Fenichel:</i> Über Angstabwehr, insbesondere durch Libidinisierung	476
<i>Hellmuth Kaiser:</i> Probleme der Technik	490
<i>Barbara Low:</i> Die psychischen Entschädigungen des Analytikers	523

KLEINE BEITRÄGE UND KASUISTIK

<i>Emil Simonson:</i> Erfolgreiche Behandlung einer schweren, multiplen Konversionshysterie durch Katharsis	531
<i>Yrjö Kulovesi:</i> Ein Beitrag zur Psychoanalyse des epileptischen Anfalls	542
<i>Ludwig Eidelberg:</i> Zur Erniedrigung des Liebesobjekts	549

VORLÄUFIGE MITTEILUNGEN

<i>Imre Hermann:</i> Urwahrnehmungen, insbesondere Augenleuchten und Lautwerden des Innern ..	553
<i>Robert Fließ:</i> Angsthysterie, Angstneurose und Rheumatismus	555

REFERATE

Aus der psychiatrisch-neurologischen Literatur

Psychotherapeutische Praxis (*Sterba*) 557.

Aus der psychoanalytischen Literatur

Coriat: The Dynamics of Stammering (*Fenichel*) 558. — *Middlemore:* The Treatment of Bewitchment (*Fenichel*) 559. — *Oberndorf:* Folie à deux (*Fenichel*) 559. — *Sarkar:* The Psychology of taking Prasad (*Fenichel*) 560. — *Weiß:* A Recovery from the Fear of Blushing (*Fenichel*) 560.

Hans Behn-Eschenburg † (*Boss*) 561

Preis des Heftes Mark 7.50. Jahresabonnement Mark 28.—

Jährlich 4 Hefte im Gesamtumfang von etwa 600 Seiten

Einbanddecken zu dem abgeschlossenen XIX. Band (1933), sowie zu allen früheren Jahrgängen: in Leinen Mark 2.50, in Halbleder Mark 5.—