

HEILWEGE DER TIEFENPSYCHOLOGIE

HERAUSGEGEBEN VON L. SZONDI, ZÜRICH

Karl Kern
Zürich 1956.

HEILWEGE DER TIEFENPSYCHOLOGIE

HERAUSGEGEBEN VON L. SZONDI, ZÜRICH

UNTER MITARBEIT VON

PROF. DR. MED. H. MENG: PSYCHOANALYSE

DR. MED. K. BINSWANGER: ANALYTISCHE PSYCHOLOGIE

DR. MED. L. SZONDI: SCHICKSALSANALYSE

DR. MED. A. MÜLLER: INDIVIDUALPSYCHOLOGIE

DR. MED. H. VON SCHROETTER: GRUPPEN-PSYCHOTHERAPIE

DR. MED. A. MAEDER: RELIGIÖSE PSYCHOTHERAPIE

DR. PHIL. U. MOSER: DISKUSSION



VERLAG HANS HUBER BERN
UND STUTTGART

©

ALLE RECHTE VORBEHALTEN
COPYRIGHT 1956 BY VERLAG HANS HUBER · BERN
TYPOGRAPHIE: BENTELI AG · BERN-BÜMPLIZ
PRINTED IN SWITZERLAND

INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort des Herausgebers	7
Einleitung von L. SZONDI, Zürich	
1. Die Grund- und Randrichtungen in der Tiefenpsychologie ...	9
2. Die Grundfragen zum Vergleich der verschiedenen Heilverfahren in der Tiefenpsychologie	22
I <i>Der Heilweg der Psychoanalyse S. Freuds</i>	25
Referent: Prof. Dr. med. H. MENG, Basel	
II <i>Der Heilweg der analytischen Psychologie C. G. Jungs</i>	35
Referent: Dr. med. Kurt BINSWANGER, Zürich	
III <i>Der Heilweg der Schicksalsanalyse</i>	49
Referent: Dr. med. L. SZONDI, Zürich	
IV <i>Der Heilweg der Individualpsychologie A. Adlers</i>	95
Referent: Dr. med. A. MÜLLER, Zürich	
V <i>Der Heilweg der Gruppenpsychotherapie in der Heil- und Pflegeanstalt</i>	115
Referent: Dr. med. H. VON SCHROETTER, Oetwil am See	
VI <i>Der Heilweg der religiösen Psychotherapie</i>	135
Referent: Dr. med. A. MAEDER, Zürich	
VII <i>Diskussion über die Heilwege in der Tiefenpsychologie</i>	155
Referent: Dr. phil. U. MOSER, Zürich	
VIII <i>Zusammenfassung und Schlußwort</i>	181
L. SZONDI, Zürich	
Register	187



VORWORT

Das vorliegende Buch über die «*Heilwege der Tiefenpsychologie*» entstand aus einem Vortragszyklus, der unter dem gleichen Titel im Rahmen der «Arbeitsgemeinschaft für experimentelle Triebforschung und Schicksalspsychologie» vom 14. Februar bis 14. Juli 1955 in Zürich gehalten wurde.

Mit diesem Vortragszyklus, in dem die wichtigsten Richtungen der Tiefenpsychologie durch ihre eigenen Repräsentanten dargestellt wurden, suchten wir die Antwort auf folgende Frage vorzubereiten:

Ist es möglich, die verschiedenen Richtungen der Tiefenpsychologie und ihrer Therapien zu einer geeinten psychologischen Disziplin zu ergänzen und zu integrieren?

Nun waren wir uns von Anfang an dessen völlig bewußt, daß dieser erste Vortragszyklus die aufgeworfene Frage mit einem endgültigen «Ja» oder «Nein» derzeit nicht zu beantworten vermag. Die Frage der Vereinigung der Tiefenpsychologie ist heute noch ein *affektiv* so stark geladenes Problem, daß man auf dem Wege zur Lösung dieser Frage nur schrittweise und äußerst vorsichtig vorgehen kann. Unser Vortragszyklus wollte vorderhand beweisen, daß diese Frage auch ohne einen affektiven Einsatz behandelt werden kann. Dies ist nun völlig gelungen. Wir versuchten den ersten Schritt zur Lösung der Integrationsfrage der Tiefenpsychologie in der Weise zu machen, daß wir die Repräsentanten der verschiedenen Richtungen an einem Tisch zusammengebracht und ihnen die Gelegenheit gegeben haben, einen persönlichen Einblick in die Arbeitsweise und Theorie der anderen Strömungen zu erlangen. Um diesen Vorgang der vergleichenden Einsichtsarbeit zu fördern, haben wir in der Einleitung zu dem Vortragszyklus einesteils einen Überblick über die gegenwärtigen Strömungen in der Tiefenpsychologie gegeben, andernteils die leitenden Grundfragen gestellt, mit deren Hilfe die Gleichheiten und Ungleichheiten der verschiedenen Heilverfahren in der Tiefenpsychologie verglichen und bewertet werden können.

Die Tiefenpsychologie weist derzeit eine gefährliche Desintegration auf, da ja heute jede Teilrichtung fest davon überzeugt ist, daß sie allein die ganze Tiefenpsychologie repräsentiere. Eben diese Desintegration verhinderte bisher, daß die Tiefenpsychologie als eine *Sonderdisziplin*, als eine *geeinte Fachwissenschaft* – wie etwa die Medizin oder Chemie – an den Universitäten figuriere und «*diplomierte Tiefenpsychologen*» ausbilden könne.

Um diesen «status academicus» einst zu erreichen, muß sich aber die Tiefenpsychologie vorerst selbst integrieren. Unser Vortragszyklus soll als Vorbereitung dieser Integration dienen.

Zürich, Sommer 1956

DER HERAUSGEBER

EINLEITUNG

VON L. SZONDI, ZÜRICH

I. DIE GRUND- UND RANDRICHTUNGEN IN DER TIEFENPSYCHOLOGIE

Im Anbeginn hat die Psychoanalyse S. FREUDS allein die ganze Tiefenpsychologie dargestellt und ausgefüllt. Meines Wissens hat E. BLEULER als erster die Ps-A eine «*Tiefenpsychologie*» genannt. Es kann schon sein, daß wir hier irren. Sicher ist aber, daß die Ps-A und die Tiefenpsychologie von E. BLEULER zum erstenmal in synonyme Weise behandelt wurden. In der Arbeit «Die Kritiken der Schizophrenie» 1914 schreibt E. BLEULER: «Jetzt aber will ich die Überhebung begehen: Ich meine, daß die verschiedenen bisherigen Psychologien zur Erklärung der Zusammenhänge psychogenetischer Symptome und Krankheiten arg wenig geleistet haben, daß aber die *Tiefenpsychologie* (sic!) ein Stück derjenigen erst noch zu schaffenden Psychologie gibt, welcher der Arzt bedarf, um seine Kranken zu verstehen und rationell zu heilen ...» Zu dieser Behauptung fügt S. FREUD hinzu: «Da mit der ‚Tiefenpsychologie‘ nichts anderes gemeint ist als die *Psychoanalyse*, können wir mit solchem Bekenntnis vorderhand zufrieden sein¹.» In dem «Kurzen Abriß der Psychoanalyse» 1924 hat dann S. FREUD *selber die Ps-A als «Tiefenpsychologie», d. h. als die Lehre «von den tieferen, dem Bewußtsein nicht direkt zugänglichen seelischen Vorgängen», proklamiert².*

Man kann also tatsächlich nicht leugnen, daß in dem ersten Jahrzehnt des zwanzigsten Jahrhunderts die Tiefenpsychologie mit der Psychoanalyse völlig identisch war. Dann setzten aber in der Geschichte der Ps-A die ersten zwei Abfallsbewegungen ein.

Die erste war die von A. ADLER. Sie vollzog sich zwischen der Vereinsgründung 1910 und dem Weimarer Kongreß 1911 und organisierte sich zuerst als «Verein für freie Psychoanalyse», später als «Individualpsychologie». Die Individualpsychologie ADLERS versuchte die Psychoanalyse FREUDS in ihren Grundpfeilern zu erschüttern. Dies wird ersichtlich aus ihren leitenden Lehrsätzen, die wir im folgenden kurz zusammenfassen:

¹ FREUD, S.: Zur Geschichte der psychoanalytischen Bewegung (1914). Ges. Schr. Bd. IV. S. 449–450.

² FREUD, S.: Ges. Schr. Bd. XI. S. 197.

1. Nicht die sexuelle Triebgefahr – wie dies FREUD behauptet hat –, sondern die kindliche Unsicherheit, die Minderwertigkeit, die Ohnmacht werden bei Neurotikern durch «Hilfskonstruktionen» abgewehrt. Die zu bewältigende Unsicherheit wird durch erworbene Niederlage, Untensein und Entmannung hervorgerufen.

2. An die Stelle der Libidotheorie FREUDS setzte ADLER die Theorie des Minderwertigkeitsgefühls. ADLER sagt: «Am Anfang der Entwicklung zur Neurose steht drohend das Gefühl der Unsicherheit und Minderwertigkeit und verlangt mit Macht eine leitende, sichernde, beruhigende Zwecksetzung, um das Leben erträglich zu machen. Was wir das Wesen der Neurose nennen, besteht aus dem vermehrten Aufwand der verfügbaren psychischen Mittel. Unter diesen ragen besonders hervor: Hilfskonstruktionen und Fiktionen im Denken, Handeln und Wollen¹.»

3. Das Sexuelle bei den Neurotikern ist keine primäre Ursache des Krankwerdens, sondern nur ein «Jargon», ein «Modus dicendi», ein Gleichnis, mit dem der Neurotiker seine Distanz von seinem fiktiven männlichen Endziel und seine Überwindungstechnik ausdrückt. Es gibt also nach A. ADLER keine primäre, biologische Inzestbindung, sondern nur ein «Inzestgleichnis» als Jargon.

4. Bei FREUD spielt sich der Kampf der seelischen Gegensätze zwischen dem Ich und dem Trieb ab. Bei ADLER zwischen der Ohnmacht und dem Willen zur Macht. Nach ADLER ist die ubiquitäre und alleinige Triebkraft der Seele nicht der Sexualtrieb, sondern der Wille zur Macht.

5. Die Individualpsychologie hat ihre Forschungen mit den Jahren immer mehr in der Richtung der *sozialen Gemeinschaftserziehung* verschoben, und die Erforschung des Unbewußten wurde immer mehr vernachlässigt. *Somit schied aber die Individualpsychologie aus dem Rahmen der Tiefenpsychologie spontan aus* und wurde zu einer sozial gerichteten Bewußtseinspsychologie, die mit der Soziologie eine weit innigere Beziehung aufrechterhält als mit der Tiefenpsychologie. Ihre Leistungen auf dem Gebiete der Ichpsychologie waren dennoch gewichtige Stücke zur Förderung der Tiefenpsychologie. Dies hat FREUD selber anerkannt. So wurde A. ADLER durch die Auffassung, nach der nicht die Sexualität, sondern die Kultur und die soziale Lage die Verdrängungen verursachen, der Vater der sog. «*Kulturdrucktheorie*» bzw. der «*Sozial- und Kulturanalyse*», die im besonderen in den USA fortgesetzt und weiterentwickelt wurde.

¹ ADLER, A.: Über den nervösen Charakter. J.F. Bergmann, Wiesbaden, 1912. S. 6.

Die soziologisch und kulturwissenschaftlich orientierten Strömungen in den USA gruppierten sich um die «kulturanalytischen» Richtungen von KAREN HORNEY¹, ERICH FROMM², und HARRY STACK SULLIVAN³. Das Gemeinsame in diesen Strebungen sind folgende Behauptungen:

1. Die biologische Sexualtheorie muß abgebaut und das Hauptgewicht auf die Analyse der gegenwärtigen Lebenslage gelegt werden (KAREN HORNEY).

2. In der Entwicklung der Neurose sollte die ausschlaggebende Rolle der *destruktiven Kulturzustände* hervorgehoben werden.

3. Nicht die Triebbefriedigung, sondern die gezwungene Anpassung an die Umwelt durch die kulturelle Erziehung ist das zentrale Problem des Menschen, da die Umweltkultur und nicht die infantilen Fixationen das Wesen des Einzelnen formen (E. FROMM).

4. Der Ödipuskomplex ist nur ein Ausdruck des kindlichen Kampfes gegen eine patriarchale Gesellschaft.

5. Die Psychoanalyse soll an erster Stelle das *Problem der zwischenmenschlichen Beziehungen* lösen. Durch die Störungen der zwischenmenschlichen Beziehungen werden die Menschen zu «inferioren Karikaturen dessen, was sie sein könnten» (H. S. SULLIVAN). Durch die Schwierigkeiten der sozialen Sicherheit, die auf Zugehörigsein und Angenommensein fußt, kommen Angstneurosen zustande.

6. Kurz: nicht die Fixation auf einer infantilen Sexualstufe, sondern der Kulturdruck macht die Neurosen.

Hat die erste Abfallsbewegung von der Ps-A die soziologisch-kulturelle Richtung eingeschlagen, so bewegt sich die zweite Sezession eher in einer geistlich-finalen, prospektiven, religiösen Richtung.

Diese zweite Abfallsbewegung war die der «Zürcher Schule», die zeitlich mit der Abtrennung der «*anagogischen*» Deutungsbestrebungen H. SILBERERS zusammenfällt. Fast zur selben Zeit haben H. SILBERER in Wien (1909–1914) und die Zürcher Gruppe, bestehend aus C. G. JUNG (1911), A. MAEDER (1909), im Gegensatz zu FREUDS retrospektiver, kausaler, a-religiöser Deutungsart die *prospektive, finale, religiöse*

¹ HORNEY, KAREN: a) *The neurotic Personality of our Time*. 1937. Deutsch: *Der neurotische Mensch-unserer Zeit*, Stuttgart, 1951. – b) *New Ways in Psychoanalysis*. W. W. Norton et Co. Inc. New York 1939.

² FROMM ERICH: a) *Escape from Freedom*. New York, 1941. – b) *Man for Himself*. Rinehart et Co. Inc. New York, 1947.

³ SULLIVAN, HARRY STACK: a) *Conceptions of Modern Psychiatry*. The William Allanson White Psychiatric Foundation, Washington, 1947. – b) *Introduction to the Study of Interpersonal Relations Psychiatry*. Vol. I. 1938. – c) *The Meaning of Anxiety in Psychiatry and in Life*. Psychiatry. Vol. XI. 1948.

Art der Traumdeutungen eingeführt. Diese *prospektiv-finale* Richtung in der Tiefenpsychologie begnügt sich nicht mit der Aufdeckung der Frage: «Woher kommen wir?», sondern sucht durch eine neue Art der Symboldeutung auch die Frage: «Wohin gehen wir?» zu beantworten (H. SILBERER).

1909–10 hat sich H. SILBERER darum bemüht, zu beweisen, daß die Symbole der Träume, Mythen, Sagen und der Phantasie verschiedentlich zu deuten sind. SILBERER unterscheidet drei verschiedene Arten der Symbole:

1. Die *materielle Symbolik*, welche die Materie des Denkens, also die Vorstellungs- und Gedankeninhalte innehat. Aus ihr folgt die Analyse der Träume auf der *gegenständlichen, objektiven Stufe*.

2. Die *funktionelle Symbolik*, die bewußte oder unbewußte Funktionsarten, d. h. Zustandsbilder der Seele, darstellt. Aus ihr folgt die Traumanalyse auf der *zuständlichen, subjektiven Stufe* (C. G. JUNG).

3. Die *somatische Symbolik*, welche die körperlichen Vorgänge und Leibreize ausdrückt. Schon H. SILBERER¹ faßte den Traum als «auto-symbolisches» Phänomen auf, so wie A. MAEDER und C. G. JUNG.

H. SILBERER spricht aber auch von «Elementartypen», die er als seelische Grundkräfte auffaßt, mit denen wir alle ausgerüstet sind und deren «typische» Symbole allgemeine Geltung haben. Er schreibt: «Wenn wir z. B. aus einigen in Träumen gegebenen Symbolen analytisch den Vater, die Mutter usw. erschließen, so haben wir in diesen Vertretern der psychischen Imagines, wie der Psychoanalytiker sie nennt, eigentlich bloß *Typen* gewonnen, deren Bedeutung sich nun je nach der Betrachtungsweise ändern wird ... Der wirkliche Vater, die wirkliche Mutter, die Erlebnisse, die sich um sie rankten, waren das Material, das zur Bildung der Typen verwendet wurde; sie waren, wenn auch einschneidender, so doch äußere Dinge; während später der als Symbol auftauchende ‚Vater‘ usw. als *Typus eine seelische Potenz des betreffenden Menschen selbst* zu bedeuten vermag².» Diese Elementartypen stellen nach H. SILBERER unser seelisches Kräfteinventar dar. Die Objekte und die Anwendung dieser Elementartypen wechseln, die Kräfte bleiben aber dieselben³. Darin besteht die Energetik der Seele nach H. SILBERER. Die «Elementartypen» spielen also bei SIL-

¹ SILBERER, H.: Bericht über eine Methode, gewisse symbolische Halluzinations-Erscheinungen hervorzurufen und zu beobachten. Jb. f. psa. u. pspath. Forsch. Bd. I. II. Hälfte. 1909. S. 514–515.

² SILBERER, H.: Probleme der Mystik und ihrer Symbole. H. Heller, Wien und Leipzig, 1914. S. 160 f.

³ SILBERER, H.: Ebenda, S. 162.

BERER die gleiche Rolle wie die «Archetypen» bei C.G. JUNG. Die «anagogische» (ἀναγειν = zurückführen) Symboldeutung nach H. SILBERER ist demnach keine sexuelle, gegenständliche Deutungsart wie die der Ps-A, sondern eine «hermetisch-religiöse», die zu hohen Idealen aufwärts leitet, d. h. zum Schauen der Gottheit und zum Erkennen des rein Geistigen. «Alle hermetischen Schriften, wie alle tieferen alchimistischen Bücher», schreibt H. SILBERER schon 1914, «sind Anleitungen zum mystisch-frommen Leben.»

Als eine ganz besondere «Duplizität der Fälle» müssen wir die Erscheinung erachten, daß zu gleicher Zeit, als in Wien SILBERER mit seiner religiösen, prospektiv-finalen anagogischen Richtung auftrat, in Zürich die Gruppe C.G. JUNG, A. MAEDER eine Abtrennungsbewegung von der Psychoanalyse begannen, deren Zielsetzungen sich mit denen von H. SILBERER völlig deckten. Diese Übereinstimmung der neuen Deutungsstrebungen hat C.G. JUNG wie folgt ausgedrückt: «Gegenüber der bekannten FREUDSchen Ansicht vom Wesen des Traumes, daß er eine ‚Wunscherfüllung‘ sei, habe ich und ebenso mein Freund und Mitarbeiter, A. MAEDER, den Standpunkt eingenommen, der Traum sei eine *spontane Selbstdarstellung der aktuellen Lage des Unbewußten in symbolischer Ausdrucksform*. Unsere Auffassung berührt sich in diesem Punkt mit den Gedankengängen SILBERERS¹.»

A. MAEDER hat schon 1909 die Auffassung erörtert, daß der Traum auch prospektiv-final zu deuten ist². Nach A. MAEDER ist der Traum eine «Selbstdarstellung in symbolischer Form» oder die «autosymbolische Darstellung» der Person. Er schreibt: «Wir müssen von der starren Formel des Traumes als Wunscherfüllung und als einseitig infantil aufgefaßten Geschehens abrücken und erkennen, daß es Träume gibt (wie auch andere seelische Phänomene), in denen eine *progressive*, vorwärtsgerichtete Bewegung der Libido, das Bild eines ersehnten *Zieles* oder auch das Streben nach seiner Verwirklichung zum Ausdruck gebracht wird. Neben der Vergangenheit kann uns die *Zukunft* – auch *unbewußt* – beschäftigen³.» Mit den Jahren hat A. MAEDER seine Traumdeutungen immer weiter in der monistischen Richtung der *finalen und prospektiven* Traumtheorie der christlichen Weltanschauung ver-

¹ JUNG, C.G.: Über psychische Energetik und das Wesen der Träume. Rascher, Zürich, 2. Aufl. S. 194 f.

² MAEDER, A.: a) Une voie nouvelle en Psychologie. Cocnobium, Milan-Lugano. 1909. – b) Über die Funktion des Traumes. Jb. f. psa. Forsch. Bd. IV. 1912. S. 139. – c) Zur Frage der teleologischen Traumfunktion. Jb. f. psa. Forsch. Bd. V. 1913. S. 453 f.

³ MAEDER, A.: Selbsterhaltung und Selbstheilung. Rascher, Zürich, 1949. S. 139.

schoben. Heute steht A. MAEDER im Mittelpunkt einer religiösen Psychoanalyse, die bestrebt ist, ihre Patienten zur Verwirklichung des Vorbildes Christi zu erziehen.

Die Abtrennung C. G. JUNGS von der Psychoanalyse FREUDS geschah 1913 auf dem Münchener Kongreß. In der vergleichenden Kritik der beiden Abfallsbewegungen (A. ADLER und C. G. JUNG) schreibt S. FREUD («Zur Geschichte der psychoanalytischen Bewegung») 1914 folgendes: «Von den beiden hier behandelten Bewegungen ist die ADLERSche unzweifelhaft die bedeutsamere; radikal falsch, ist sie doch durch Konsequenz und Kohärenz ausgezeichnet. Sie ist auch noch immer auf eine Trieblehre gegründet. Die JUNGSche Modifikation dagegen hat den Zusammenhang der Phänomene mit dem Triebleben gelockert; sie ist übrigens, wie ihre Kritiker (ABRAHAM, FERENCZI, JONES) hervorgehoben, so unklar, undurchsichtig und verworren, daß es nicht leicht ist, Stellung zu ihr zu nehmen¹.»

FREUDS Irrtum in der Beurteilung der JUNGSchen analytischen Psychologie hat sich später klar gezeigt. Erstens ist heute die JUNGSche und nicht die ADLERSche Schule unzweifelhaft die bedeutsamere. Zweitens irrte FREUD auch darin, daß er die JUNGSchen Strebungen nur als «Umdeutung», als «Modifikation» der Ps-A erachtet hat, und auch darin, daß die JUNGSche Schule den Zusammenhang mit der Psychoanalyse nicht aufgeben wolle und daß die JUNGIaner es vorziehen, «zu verkünden, daß die Psychoanalyse sich geändert hat»².

Seit 1914 hat sich auf dem Gebiete der analytischen Psychologie C. G. JUNGS so vieles ergeben, was man nicht mehr als pure Umdeutung oder Modifikation der Ps-A zu erachten vermag. Wir fassen im folgenden nur kurz diejenigen Ergebnisse C. G. JUNGS zusammen, die klar zeigen, daß hier in der Tat ein unbekanntes Gebiet des Ubw entdeckt und durch neue Methoden für den Analytiker zugänglich gemacht wurde.

1. Besteht die Großtat S. FREUDS in der Entdeckung, Erforschung und Heilung des persönlich «*verdrängten*» Ubw, so hat C. G. JUNG dieselben Verdienste auf dem Gebiete des «*kollektiven*» Ubw errungen.

2. FREUD entdeckte, daß das *persönlich verdrängte* Ubw sich in neurotischen oder psychotischen Symptomen manifestieren kann; JUNG hat hingegen die *Beziehung der Symbolbildungen zu dem kollektiven* Ubw aufgedeckt.

¹ FREUD, S.: Ges. Schr. Bd. IV, S. 472.

² FREUD, S.: Ebenda, S. 472.

3. Hat FREUD in den Symptomen die Wirkungen der verdrängten Es-Regungen enthüllt, so konnte C. G. JUNG in den *Archetypen* die Radikale, d. h. die immer vorhandenen, zeitlosen und operativen Wirkungseinheiten, entdecken, die «als Regulatoren der Trieb-sphäre»¹ und als Anreger der schöpferischen Phantasietätigkeiten wirken und ihnen entsprechende Gestaltungen hervorrufen, indem sie das vorhandene Bewußtseinsmaterial ihren Zwecken dienstbar machen.

4. Die Archetypen erfüllen nach JUNG die Hauptfunktionen: a) in der Gestaltung der Triebkraft, b) in der des Geistes, c) in der numinösen Form und Macht des Ergriffenseins (Mythologie, Religion), d) in der Bestimmung der Gefühlswerte, also der Wertfunktion der Seele, e) im Vorherwissen, d. h. in der Aufbewahrung der Urnatur der Menschheit. Somit stellen die Archetypen das kollektive, allmenschliche Form- und Gestaltungsprinzip des menschlichen Daseins dar.

Durch die Archetypologie versuchte JUNG die kollektive Grundlage der Kulturformen, Religions- und Mythenbildungen, ferner der Phantasiearbeit und die ewigen Regulatoren der menschlichen Urnatur zu enthüllen. Würde S. FREUD heute noch leben und das ganze Œuvre von C. G. JUNG in bezug auf Kultur- und Religionspsychologie überblicken können, so wäre es auch für ihn unmöglich, in diesem Lebenswerk C. G. JUNGS nur eine Modifikation, nur eine Umdeutung seiner Ps-A zu sehen. Wenn man von der alten, strenggläubigen Gruppe der Ps-A absieht, so wird heute im allgemeinen angenommen, daß *das «kollektive» Ubw C. G. JUNGS genau so ein psychologisch gewichtiges Gebiet des Ubw darstelle wie das «persönlich verdrängte» Ubw S. FREUDS*. Wie das persönlich verdrängte Ubw die Symptome der Neurosen und Psychosen im FREUDSchen Sinne, so werden gewisse Gestaltungsformen der Triebe, des Geistes, der Mythologemen, der religiösen Riten und Zeremonien wie auch allmenschliche Wertfunktionen durch die Radikale des kollektiven Ubw, durch die Archetypen, bedingt, welche sich in den zeitlosen Symbolbildungen manifestieren. Verdanken wir S. FREUD das Verstehen von neurotischen und psychotischen Symptombildungen der persönlichen Seele, so gab uns C. G. JUNG den Schlüssel zum Verstehen der Kollektivpsyche.

Das Symptom weist demnach auf das persönlich verdrängte Ubw, das Symbol auf das gestaltformende Prinzip des kollektiven Ubw hin.

So stand die Lehre von dem Ubw, als wir 1937 die Mitteilung mach-

¹ JUNG, C. G.: Der Geist der Psychologie. Eranos-Jahrbuch. Bd. XIV. 1946. S. 442.

ten¹, daß zwischen dem persönlich-verdrängten und dem kollektiven Gebiet des Ubw noch ein drittes, bisher unbekanntes Land im Ubw aufzufinden sei, welches wir «*das familiäre Ubw*» genannt haben. Auf Grund der Enthüllung des familiären Ubw bauten wir nun die dritte Richtung der Tiefenpsychologie auf und nannten sie «*Schicksalsanalyse*», ihre besondere Psychologie «*Schicksalspsychologie*». Die Hauptergebnisse dieser dritten Richtung fassen wir hier kurz zusammen:

1. *Das familiäre Ubw bedingt die unbewußten schicksalgestaltenden Wahlhandlungen der Person.* Die Funktion des familiären Ubw ist die *Wahl* in Liebe, Freundschaft, Beruf, Krankheitsform und Todesart.

2. Die das Schicksalformenden Wirkungselemente des familiären Ubw sind die latenten «*Genotypen*». Das heißt: die unterdrückten und deshalb latenten Ahnenfiguren, welche das familiäre Ubw mit ihren besonderen Ahnenansprüchen bevölkern und von da aus die Wahlhandlungen des Abkömmlings lenken.

3. Wir tragen in unserem familiären Ubw viele verschiedene Ahnenfiguren, die des öftern polar entgegengesetzte Schicksalsmöglichkeiten für den Nachkommen bedingen. So entsteht ein wirklicher «*Ahnenkampf*» zwischen den verschiedenen Ahnenfiguren im familiären Ubw eines jeden Menschen. Die erbgemäß und aktuell stärkeren Ahnenfiguren lenken die Person zu ganz bestimmten Wahlhandlungen und somit zur *Gestaltung von Schicksalsformen*, welche in der Ahnengeschichte der Person einmal schon da waren. Der Abkömmling wiederholt das Schicksal eines seiner Ahnen. Dieses von den Ahnen bestimmte Stück des Schicksals nennen wir «*Zwangsschicksal*».

4. *Der Mensch ist aber Träger eines persönlichen Ichs, welches als Überbrücker aller mitgebrachten familiären Gegensätzlichkeiten fungiert.* Wir nennen dieses Ich den «*Pontifex oppositorum*» oder kurz das «*Pontifex-Ich*» und geben ihm die Macht, unter den verschiedenen, von dem familiären Ubw angebotenen Schicksalsmöglichkeiten eine besondere Schicksalsform «*persönlich*» zu wählen oder aus den gegensätzlichen, genisch bedingten Schicksalsmöglichkeiten durch *Integration* ein neues, sein *eigenes*, persönliches Schicksal selbst zu formen. Dieses von dem Ich gewählte Stück des Schicksals nennen wir «*Wahlschicksal*».

Die Proportionen zwischen dem Zwangs- und dem Wahlschicksal sind individuell verschieden. Sie werden teils von der Erbquantität der Anlagen, teils aber von der *Stärke des Ichs*, im besonderen von der integrativen Kraft des Ichs bestimmt.

¹ SZONDI, L.: Contributions to Fate Analysis. Analysis of Marriages. An attempt of a theory of choice in love. Martinus Nijhoff. The Hague. 1937.

5. Das familiäre Ubw bedingt somit durch die ererbten Ahnenfiguren (Genotypen) das Zwangsschicksal. Das «persönlich» gewordene Ich bestimmt das «Wahlschicksal» des Einzelnen¹. Die tiefenpsychologische Tätigkeit des Schicksalsanalytikers bewegt sich demnach in zwei Richtungen. Erstens müssen die Ahnenfiguren mit ihren Ansprüchen im familiären Ubw aufgedeckt und ihre Schicksalsmöglichkeiten bewußtseinsfähig gemacht werden. So z. B. die epileptiformen, paranoiden, katatoniformen, manisch-depressiven, die sexual-haltlosen, die kriminellen, die homosexuellen oder perversen Ahnenansprüche, die in dem familiären Ubw mit den polar entgegengesetzten «normalen oder gesunden» Ahnenansprüchen kämpfen.

Zweitens muß das persönliche Ich nach der Bewußtmachung seiner erbbedingten Schicksalsmöglichkeiten persönlich, d. h. *selber* bewußt wählen oder sie in eine neue, bisher in der Familie unbekannte Schicksalsform integrieren.

Über die genaue Methode der Agnoszierung des familiären Ubw wird in dem Vortrag «Der Heilweg der Schicksalsanalyse» Näheres mitgeteilt².

Hier müssen wir demnach betonen, daß der «Kontinent» des Unbewußten gegenwärtig drei verschiedene, miteinander korrespondierende, aber dennoch niemals miteinander zu verwechselnde Gebiete aufweist: Diese sind: *A. Das persönlich verdrängte, B. das kollektive und C. das familiäre Ubw.* Ein jedes Gebiet manifestiert sich anders. Wir sagen, das Ubw spreche drei Sprachen:

1. *das persönlich verdrängte Ubw* spricht die *Symptomsprache*,
2. *das kollektive Ubw* die *Symbolsprache*, und
3. *das familiäre Ubw* spricht eine *Wahlsprache*.

Symptom, Symbol und Wahl sind also die differenzierten Sprachen des Ubw und die weiteren Beweise für die Existenz der drei verschiedenen Funktionsverbände im Ubw, die man – sowohl in der Theorie wie in der Praxis – stets voneinander trennen muß. Dies um so mehr, da diese drei Funktionsverbände in den Träumen und in den klinischen Bildern oft miteinander innig verwoben erscheinen.

Hier könnte man nun die Frage stellen, wie es möglich war, daß S. FREUD, dieser äußerst integrierend denkende Forscher, bei seiner Entdeckung der persönlich verdrängten Ubw die zwei anderen Funktions-

¹ SZONDI, L.: Mensch und Schicksal. Wissenschaft und Weltbild. Verlag Herold, Wien, 7. Jg. Januar/Februar-Heft 1954.

² SZONDI, L.: Ich-Analyse, Huber, Bern u. Stuttgart, 1956. S. 70–100.

verbände – das kollektive und das familiäre Ubw – außer acht gelassen hat. Dem ist aber nicht so. Wir finden in den Schriften S. FREUDS eine Stelle, die klar beweist, daß er die kollektiven und familiären Erbfunktionen des Ubw genau ahnte, nur konnte er selbst diese ererbten Funktionen des Ubw nicht erforschen, da ja alle seine Kräfte von der Entdeckung und Auslegung des persönlich verdrängten Ubw in Anspruch genommen waren. Er schreibt: «Den Inhalt des *Ubw* kann man einer psychischen Urbevölkerung vergleichen. Wenn es beim Menschen *ererbte psychische Bildungen*, etwas dem Instinkt der Tiere Analoges gibt, so macht dies den *Kern* des *Ubw* aus. Dazu kommt später, daß während der Kindheitsentwicklung als unbrauchbar Beseitigte hinzu, was seiner Natur nach von dem Ererbten nicht verschieden zu sein braucht. Eine scharfe und endgültige Scheidung des Inhaltes der beiden Systeme stellt sich in der Regel erst mit dem Zeitpunkt der Pubertät her¹.» Aus dieser Annahme S. FREUDS kann man folgende Schlüsse ziehen:

Im Ubw hat auch S. FREUD zwei dem Ursprung nach verschiedene Funktionssysteme vermutet:

1. das *persönliche* System der verdrängten Triebregungen und
2. das *Kernsystem* der *ererbten* psychischen Bildungen. Heute stehen die Funktionen dieses «Kernsystems» des Ubw für jeden Analytiker, der bereit ist, seine Scheuklappen abzulegen, im großen und ganzen schon aufgedeckt da. C. G. JUNG hat die *kollektiven*, *wir* die *familiären* Erbfunktionen dieses Kernsystems des *Ubw* enthüllt.
3. FREUD hat sogar den Sammelnamen dieser zwei Arten von ererbten seelischen Bildungen richtig gewählt, als er sie den «*Kern*» des *Ubw* genannt hat. Denn: sowohl die kollektiven Archetypen wie auch die familiären Genotypen sind beide topographisch in dem *Kernsystem der Zellen* zu lokalisieren, wo – wie bekannt – die Chromosomen als die Träger der archaischen und familiären Seinsmöglichkeiten funktionieren.

Auf Grund dieser Überlegungen nennen wir die JUNGSche analytische Psychologie und unsere Schicksalsanalyse zusammen die «*Kernrichtungen*» in der Tiefenpsychologie.

Die Tiefenpsychologie als die Lehre vom seelisch Unbewußten hat sich somit im Laufe der Jahre in die drei *Grundströmungen*,

1. der *Psychoanalyse* S. FREUDS,
2. der *analytischen Psychologie* C. G. JUNGS und
3. der *Schicksalsanalyse* L. SZONDIS entwickelt.

¹ FREUD, S.: Metapsychologie. Ges. Schr. Bd. V. S. 510.

Wir nennen diese drei Richtungen deshalb «*Grundströmungen*» der Tiefenpsychologie, weil nur diese drei Richtungen bisher unbekannte Funktionsverbände aus dem tiefen Grund des Ubw heraufholen und sie enträtseln konnten.

In der Entwicklungsgeschichte der Tiefenpsychologie finden wir neben den drei erörterten Grundströmungen eine Reihe von Richtungen, welche zwar nicht neue grundlegende Funktionsverbände aufgedeckt, die aber dennoch das Gebiet der Tiefenpsychologie in verschiedenen Richtungen ausgedehnt haben. Diese Strömungen wollen wir die «*Randrichtungen*» nennen. Sie versuchen die Tiefenpsychologie mit der Problematik anderer Wissenschaften zu verbinden; so mit der Soziologie, der Existenzphilosophie und der Religionswissenschaft.

Zu den *soziologisch- und kulturwissenschaftlich orientierten Richtungen* zählen wir 1. die *Individualpsychologie* A. ADLERS und 2. die *kulturanalytischen Richtungen* in den USA: KAREN HORNEY, ERICH FROMM und HARRY STACK SULLIVAN. Diese Randrichtungen wurden bereits besprochen.

Die «*daseinsanalytischen*» Richtungen bemühen sich, zwischen der klinischen Psychopathologie und der «*Daseinsanalytik*» HEIDEGGERS eine Verbindung herzustellen. Als die gewichtigste dieser existentialistischen Randströmungen gilt die «*Daseinsanalyse*» L. BINSWANGERS. Ihre Hauptmerkmale sind die folgenden:

1. Die Daseinsanalyse will eine empirische, anthropologische, d. h. auf das Wesen des Menschen gerichtete wissenschaftliche Forschung sein.

2. Ihre Bestrebung besteht darin, daß sie die klinischen, psychopathologischen Erscheinungen nur mehr als besondere Daseinsformen, als «*Existenzumwandlungen*» anschaut und die faktisch vorkommenden Formen und Gestalten des Daseins darstellt.

3. Als Methode zur Darstellung dieser Existenzformen bedient sich die Daseinsanalyse der sog. «*ἐποχή*»-Methode der «*reinen, transzendentalen Phänomenologie*» HUSSERLS¹. Mit dieser Methode der «*Einklammerung*» oder «*Ausschaltung des natürlichen Seinsbodens*» werden alle Wissenschaften, die sich auf die «*natürliche Welt*» beziehen, alle Urteile über die allgemeine Sphäre des «*erfahrenden Seins*» *außer Aktion* gesetzt. An Stelle der «*natürlichen Erfahrung*» wird die «*absolute Seinsregion*», die Region der «*absoluten oder transzendentalen Subjektivität*» eröffnet.

¹ Husserliana, II: M. NIJHOFF, Haag, 1950. S. 73. – Husserliana, III: S. 72. Hg. von W. Biemel.

Die ganze Seinssphäre der Wirklichkeit (wie Mensch, Tier usw.), ferner das «reale Ich», das reine Bewußtsein werden eingeklammert und an Stelle dessen eine transzendente Seinssphäre, ein «transzendentes Bewußtsein» usw. gesetzt. Solche Begriffe wie: der reale Mensch, die realen, tatsächlich ablaufenden seelischen Akte, ferner Begriffe wie das Unbewußte, das Ich, das Über-Ich, die Abwehrmechanismen usw. werden somit alle in der Daseinsanalyse «*außer Aktion*» gesetzt.

4. Mit der Methode der *reinen phänomenologischen Reduktionen* will die Daseinsanalyse zu *Allheiten*, zu dem *Allgemeinen Wesen*, zu einer *Daseinswesensschau* gelangen, welche «das Krebsübel aller bisherigen Psychologien, nämlich die Subjekt-Objekt-Spaltung, zu überwinden vermag».

5. Die Überwindung dieser ihrer Ansicht nach so «schädlichen» Spaltung zwischen dem Subjekt und dem Objekt, zwischen dem Selbst und der Welt will die Daseinsanalyse durch die HEIDEGGERSCHE Gleichsetzung von «Transzendenz» (= Überstieg) und «In-der-Welt-Sein» bewerkstelligen¹.

6. In dieser Daseinswesensschau wurden nun die bekannten psychopathologischen Phänomene in einer neuen Art dargestellt. So unter anderem: die Ideenflucht, der Verfolgungswahn durch L. BINSWANGER², der Wahn durch H. KUNZ³, A. STORCH⁴, der Zwang von v. GEBSATTEL⁵, die Depression von E. MINKOWSKI, E. STRAUS⁶, v. GEBSATTEL, die Perversionen und der Traum von M. BOSS⁷ usf. Die Phänomene der kranken Seele werden in diesen Arbeiten als besondere «Weltentwürfe» oder als «Existenzumwandlungen» beschrieben, und zwar nicht im Sinne einer Interpretation von Lebensgehalten, sondern als «sprach-

¹ HEIDEGGER, M.: a) Sein und Zeit. Erste Hälfte, Niemeyer, Halle a. d. S. 5. Aufl. 1941. – b) Vom Wesen des Grundes. Klostermann, Frankfurt a. M. 1937. 2. Aufl. 1949 (Neudruck).

² BINSWANGER, L.: a) Der Fall Ellen West. Schw. Arch. f. Neur. und Psych. 53–55, 1944–45. – b) Der Fall Jürg Zünd. Schw. Arch. f. Neur. u. Psych. 56, 1946. – c) Wahnsinn als lebensgeschichtliches Phänomen und als Geisteskrankheit. Msch. f. Psych. 110, 1945. – d) Über die daseinsanalytische Forschungsrichtung in der Psychiatrie. Schw. Arch. f. Neur. u. Psych. 57, 1946.

³ KUNZ, H.: Die Grenze der psychopathologischen Wahninterpretationen. Z. Neur. 135, 1931.

⁴ STORCH, A.: a) Die Daseinsfrage der Schizophrenen. Schw. Arch. f. Neur. u. Psych. 59, 1947. – b) Lebensgeschichtliches und existentielles Verständnis des schizophrenen Wahnkranken. Zbl. Neur. 67, 1933.

⁵ VON GEBSATTEL, V. E.: a) Die Welt des Zwangkranken. – b) Zur Psychopathologie der Sucht. Studium generale. I. Jg. H. 5. 1948.

⁶ STRAUS, E.: Das Zeiterlebnis in der endogenen Depression und in der psychopathischen Verstimmung. Msch. f. Psych. 68, 1928.

⁷ BOSS, M.: a) Sinn und Gehalt der sexuellen Perversionen. Huber, Bern, 1947. – b) Der Traum und seine Auslegung. Huber, Bern u. Stuttgart, 1953.

liche Phänomene», denn die Sprache ist es, in der sich die Weltentwürfe eigentlich «befestigen und artikulieren und infolgedessen auch feststellen und mitteilen lassen»¹.

Auf meine persönliche Anfrage, ob eine besondere Therapie der Daseinsanalyse schon ausgearbeitet worden sei, teilte mir der Schüler von L. BINSWANGER, R. KUHN, mit, daß eine solche derzeit in Bearbeitung, aber noch nicht fertig sei. Darum mußten wir diese Richtung aus unserem Rahmen der Heilwege auslassen.

Unseres Erachtens hat sich die Daseinsanalyse von der Tiefenpsychologie schon deshalb spontan losgelöst, weil sie die Forschungen nach dem Unbewußten, die generellen Begriffe der Tiefenpsychologie, wie das Ich, das Über-Ich, die Abwehrmechanismen usw., völlig ausgeschaltet hat und an Stelle der retrograden Wesensschau der Tiefenpsychologie die existentielle, transzendente Art gesetzt hat. *Kurz: die Daseinsanalyse hat sich von der Wissenschaft des Unbewußten losgelöst und somit den Weg zur Bewußtseinspsychologie wieder angebahnt.* Wenn wir sie dennoch hier als eine der Randrichtungen der Tiefenpsychologie anführen, so deshalb, weil wir den Begriff der Transzendenz für die Integration der Tiefenpsychologie als unentbehrlich erachten. Wir geben – wie dies in der Schicksalstherapie erörtert wird – dem Pontifex-Ich, als Überbrücker aller Gegensätze, die Funktion der Transzendenz und bauen auf die Analyse des transzendierenden Ichs eine «*integrale Tiefenpsychologie*» auf².

Die religiöse Tiefenpsychologie versucht die Psychoanalyse mit der Religion zu verbinden. Von den Strebungen der «anagogischen» Richtung war schon die Rede. Die MAEDERSche Konzeption wird in diesem Buch ausführlich vom Verfasser selbst dargestellt. Hier erwähnen wir kurz die tiefengelegten Arbeiten W. DAIMS³ (Wien), die eine «Zueinanderstrukturierung» von Psychoanalyse und Religion anstreben und die tiefenpsychologischen Probleme als religiöse Erlösungsfrage auffassen.

Zum Schluß stehe hier eine Tabelle (Nr. 1), die die gegenwärtigen Richtungen in der Tiefenpsychologie anschaulich macht.

¹ BINSWANGER, L.: Ausgewählte Vorträge und Aufsätze. Bd. I. Zur phänomenologischen Anthropologie. Francke, Bern. 1947. S. 202.

² SZONDI, L.: Ich-Analyse. Die Grundlage zur Vereinigung der Tiefenpsychologie. Huber, Bern u. Stuttgart. 1956.

³ DAIM, W.: a) Umwertung der Psychoanalyse. Verlag Herold, Wien, 1951. – b) Tiefenpsychologie und Erlösung, Verlag Herold, Wien und München, 1954.

TABELLE I. DIE GEGENWÄRTIGEN RICHTUNGEN
IN DER TIEFENPSYCHOLOGIE

<i>A. Die Grundrichtungen</i>	<i>B. Die Randrichtungen</i>
<p>I. <i>Die orthodoxe Psychoanalyse</i> nach S. FREUD</p> <p>II. <i>Die Kernrichtungen:</i></p> <p>1. <i>Die analytische Psychologie</i> nach C. G. JUNG</p> <p>2. <i>Die Schicksalsanalyse</i> nach L. SZONDI</p>	<p>I. <i>Sozial- und Kulturanalyse</i></p> <p>1. <i>Individualpsychologie</i> nach A. ADLER</p> <p>2. <i>Kulturanalyse</i> nach K. HORNEY, E. FROMM u. H. S. SULLIVAN</p> <p>II. <i>Daseinsanalyse</i> nach L. BINSWANGER</p> <p>III. <i>Religiöse Tiefenpsychologie</i></p> <p>1. <i>Anagogische Richtung</i> nach H. SILBERER</p> <p>2. <i>Prospektivistische, christliche Richtung</i> nach A. MAEDER</p> <p>3. <i>Religionspsychologie</i> nach C. G. JUNG</p> <p>4. <i>Religiöse Umwertung der Psychoanalyse</i> nach W. DAIM</p> <p>5. <i>Ichanalyse der Glaubensfunktion</i> nach L. SZONDI</p>

Da es uns nicht gelungen ist, im Rahmen dieses Vortragszyklus alle hier aufgezählten Richtungen durch ihre Repräsentanten darstellen zu lassen, haben wir die Aufgabe übernommen, in dieser Einleitung die Lücken auszufüllen und auf die entsprechende Literatur hinzuweisen.

Die zweite Frage, die wir noch in der Einleitung zu erörtern haben, ist die Aufstellung eines Systems von Grundfragen zum Vergleich der verschiedenen Heilverfahren in der gegenwärtigen Tiefenpsychologie.

II. GRUNDFRAGEN ZUM VERGLEICH DER VERSCHIEDENEN HEILVERFAHREN IN DER TIEFENPSYCHOLOGIE

Über den Wert der psychoanalytischen Therapie hat sich S. FREUD 1932 wie folgt geäußert: «*Mit den anderen Verfahren der Psychotherapie verglichen, ist die Psychoanalyse das über jeden Zweifel mächtigste.* Es ist auch recht und billig so, sie ist auch das mühevollste und zeitraubendste, man wird sie in leichten Fällen nicht anwenden; man kann mit ihr in geeigneten Fällen Störungen beseitigen, Änderungen hervorrufen, auf

die man in *voranalytischen* Zeiten nicht zu hoffen wagte. Aber sie hat auch ihre sehr fühlbaren Schranken¹. » Diese Wertbestimmung FREUDS hat sich auf den Vergleich der Psychoanalyse mit den *voranalytischen* Heilwegen bezogen.

Seitdem ist fast ein Vierteljahrhundert vergangen. Während dieser Zeit haben sich nicht nur die ersten Abfallbewegungen, die von A. ADLER (1911) und die von C. G. JUNG (1913), ihren verdienten Platz in der Psychotherapie gesichert, sondern es entstanden inzwischen völlig neue Arten von analytischen Heilverfahren, die sich zwar alle *nominell* in die analytische Therapie eingereiht haben (Schicksalsanalyse, Daseinsanalyse), in der Theorie und Technik der Behandlung aber von der ursprünglichen psychoanalytischen Therapie FREUDS sich mehr oder weniger, ja sogar weit entfernten. Die Zeit ist nun in der Tat gekommen, um die Frage wieder aufzuwerfen:

Ist die Psychoanalyse auch in der Gegenwart – mit den anderen analytischen Psychotherapien verglichen – immer noch über jeden Zweifel der mächtigste Heilweg?

Der Vortragszyklus über die «*Heilwege der Tiefenpsychologie*» wird uns – so hoffen wir – die nötigen objektiven Grundlagen liefern, um die aufgeworfene Frage richtig beantworten zu können.

Um aber den Wert eines gegenwärtigen Heilverfahrens rein wissenschaftlich – ohne jegliche Schul- und Sektenskotomisierung – objektiv-vergleichend feststellen zu können, sind wir zunächst gezwungen, *allgemeine Grundfragen* zur Bewertung eines Heilverfahrens aufzustellen, grundsätzliche Fragen also, mit deren Hilfe man ohne Zweifel feststellen kann:

Was haben die nachfolgenden analytischen Heilverfahren an der ursprünglichen psychoanalytischen Therapie FREUDS verändert, verbessert, weggelassen oder ihr völlig Neues hinzugefügt?

Niemand kann sich dagegen auflehnen, daß wir als Ausgangspunkt zu dieser vergleichenden Untersuchung die FREUDSche Psychoanalyse wählen. Sie ist ja ohne Zweifel der Ursprung und die Grundlage der Tiefenpsychologie. S. FREUD war es, der die ersten und u. E. die mächtigsten Grundsteine zu einem Heilweg niedergelegt hat, der zu allen Grundsätzen der bewußtseinspsychologischen Heilwege der vorangegangenen Epoche in Gegensatz steht.

Unsere erste Aufgabe besteht somit darin, daß wir die leitenden Grundfragen aufstellen, mit deren Hilfe eine *vergleichende* Untersuchung

¹ FREUD, S.: Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. Ges. Schr. Bd. XII. S. 313. (Vom Verfasser gesperrt.)

der verschiedenen Heilwege in der Tiefenpsychologie überhaupt möglich wird. Die grundsätzlichen Fragen zur Bewertung eines analytischen Heilweges sind u. E. die folgenden:

1. *Die Frage nach dem «Was» des Heilens: Was ist das krankhafte Objekt in der Seele, das geheilt werden soll?*

2. *Die Frage nach dem «Wo» des Heilens: Wo ist der Angriffspunkt des betreffenden Heilverfahrens, dessen Wert wir im Vergleich mit der Psychoanalyse bestimmen wollen?*

3. *Die Frage nach dem «Wie» oder «Womit» des Heilens: Wie und mit welchen Mitteln wird das fragliche Heilverfahren durchgeführt? Dies ist also die Frage der Technik des Heilens.*

4. *Die Frage nach dem «Wohin» des Heilens: Wohin will der Therapeut seine Patienten führen? Zu welchem Endziel, welcher Endstation möchte er die Heilungsuchenden leiten? Zur Bejahung des Lebens oder zur rastlosen Arbeit oder zu Macht oder zur Individuation oder zu Sozialisierungen, zu Sublimierung oder zur Humanisierung oder zum Glauben? Hier führen schon Weltanschauungen den Therapeuten, und dementsprechend sind die Endziele der Heilverfahren sehr mannigfaltig.*

5. *Die Frage: Für welche Gebiete ist die Methode am besten geeignet?*

6. *Wo sind die Grenzen und Schranken des Heilverfahrens?*

7. *Welches sind die fundamentalen Theorien des Heilverfahrens?*

Nur nach einer gründlichen Analyse eines Heilverfahrens auf Grund der sieben Fragen, nach dem 1. *Was*, 2. *Wo*, 3. *Wie*, 4. *Wohin*, 5. *nach der Anwendung*, 6. *nach den Grenzen* und 7. *nach der Theorie des Heilens*, werden wir in den Stand gesetzt, von einem Heilweg in der Tiefenpsychologie uns ein objektives Bild zu verschaffen und ihn mit der Psychoanalyse S. FREUDS zu vergleichen.

Wir beginnen unseren Vortragszyklus mit dem Vortrag über den Heilweg der Psychoanalyse.

I. DER HEILWEG DER PSYCHOANALYSE S. FREUDS

VON HEINRICH MENG, BASEL

Die freundliche Einladung Ihres Präsidenten LEOPOLD SZONDI, über das Thema «*Der Heilweg der Psychoanalyse*» vor Ihnen zu sprechen, fällt in die Zeit, in der ich bemüht bin, mir über den Erfolg und Mißerfolg der verschiedenen Therapieversuche innerhalb der medizinischen und psychologischen Schulen ein klares Bild zu machen. Mein Arztsein seit 1912 und die Ausübung der Psychoanalyse seit 1920 erlauben auch deshalb ein Urteil zu fällen, weil ich als Psychoanalytiker und Psychohygieniker den Zusammenhang mit Stand und Entwicklung der Gesamtmedizin zu wahren bemüht war. Die Psychoanalyse zwang mich ferner zum Kontakt mit den Soziologen und den Vertretern der andern Fakultäten.

L. SZONDI sandte mir vor zwei Wochen eine Zusammenfassung seines eigenen kürzlich gehaltenen Referats in diesem Vortragszyklus. Er schloß dabei sieben Fragen an. Sie berühren das Grundsätzliche des Heilverfahrens der Psychoanalyse und der Schicksalsanalyse. Es gibt sich wohl, daß in meinem Referat einzelne Fragen gestreift werden, systematisch kann der Fragenkomplex am besten *nach* meinem Referat im Colloquium behandelt werden. Ich bin allerdings nicht in der Lage, aus eigener Beobachtung ein Urteil über die Leistungsfähigkeit der Schicksalsanalyse zu fällen; ich habe sie nie ausgeübt.

Nun zum Thema «*Der Heilweg der Psychoanalyse*». Zunächst zwei Fragen:

1. *Welche diagnostische Klärung ist Voraussetzung, um eine Psychoanalyse als indiziert anzusehen?*

2. *Heilen die Zustände, für die wir den Eingriff der Psychoanalyse als spezifisch bezeichnen, nicht relativ oft ohne sie aus?*

Nehmen wir die zweite Fragestellung gleich zur Beantwortung. Es ist keine Krankheit bekannt – ob es Krebs, Tuberkulose, Psychose, Neurose oder eine schwere Bluterkrankung ist –, die nicht ausnahmsweise ohne Eingriff ausheilen kann. Leider ist das so selten – auch bei Neurosen schwereren Grades, außer bei Kinderneurosen –, daß wir keinen Verlaß auf die Naturheilung haben. Wenn wir bei Neurosen und anderen seelischen Störungen eingreifen, ist das gleiche für die Beurteilung maßgebend, was für organische Störungen gilt: für die mei-

sten von diesen sind statistische Mittelwerte bekannt in bezug auf ihre Dauer. Wir kennen Durchschnittszahlen z. B. für Tuberkuloseformen, Pneumonie, Diphtherie oder Malaria. Die entsprechende Zahl, kontrolliert nach Konstitution, Alter u. ä., eignet sich als Maßstab für Erfolg oder Mißerfolg einer Therapie (Vergleich: Infektion und Penicillin). Diese Feststellung, auf die Beurteilung von Neurosen und an den der Analyse zugeführten Störungen angewandt, läßt den Schluß zu: Organneurosen, Psycho- und Zwangsneurosen, narzißtische Neurosen und Organpsychosen sind meist – ohne Behandlung – chronisch verlaufende Erkrankungen von unbestimmter Dauer. Der Behandlungserfolg in Zusammenhang mit einem therapeutischen Eingriff, z. B. Hypnose, Psychoanalyse oder autogenes Training, gibt einen Maßstab durchschnittlicher Art, ob der Eingriff wirksam war oder nicht. *Die Bewährungsprobe des Verfahrens ist das Entscheidende.*

Nun zur ersten Frage: Klärung, ob Psychoanalyse indiziert ist, mit anderen Worten, ob andere Verfahren nicht in Frage kommen. Zunächst sei an ein auch heute noch gültiges Wort von S. FREUD erinnert:

«Die Psychoanalyse hat sich nie für eine Panacee ausgegeben oder beansprucht, Wunder zu tun. Auf einem der schwierigsten Gebiete ärztlicher Tätigkeit ist sie für einzelne Leiden die einzig mögliche, für andere die Methode, welche die besten oder dauerhaftesten Resultate liefert, niemals ohne entsprechenden Aufwand der Zeit und Arbeit. Dem Arzt, welcher ganz in der Aufgabe der Hilfeleistung aufgeht, lohnt sie die Mühe reichlich durch ungeahnte Einsichten in die Verwicklungen des seelischen Lebens und die Zusammenhänge zwischen Seelischem und Leiblichem. Wo sie gegenwärtig nicht Abhilfe, sondern nur theoretisches Verständnis bieten kann, bahnt sie vielleicht den Weg für eine spätere direktere Beeinflussung der neurotischen Störungen. Ihr Arbeitsgebiet sind vor allem die Übertragungsneurosen, Hysterie und Zwangsneurose, bei denen sie zur Aufdeckung der inneren Struktur und der wirksamen Mechanismen so viel beigetragen hat, außerdem aber alle Arten von Phobien, Hemmungen, Charakterverbildungen, sexuelle Perversionen und Schwierigkeiten des Liebeslebens. Nach Angaben einiger Analytiker ist auch die analytische Behandlung grober Organerkrankungen nicht aussichtslos (JELLIFFE, GRODDECK), da nicht selten ein psychischer Faktor an der Entstehung und Erhaltung dieser Affektionen mitbeteiligt ist. Da die Psychoanalyse ein Maß von psychischer Plastizität bei ihren Patienten in Anspruch nimmt, muß sie sich bei deren Auswahl an gewisse Altersgrenzen halten, und da sie eine lange und intensive Beschäftigung mit dem einzelnen Kranken bedingt, wäre es unökonomisch, solchen Aufwand an völlig Wertlose, die nebenbei auch neurotisch sind, zu vergeuden. Welche Modifikationen erforderlich sind, um das psychoanalytische Heilverfahren breiteren Volksschichten zugänglich zu machen und schwächeren Intelligenzen anzupassen, muß erst die Erfahrung an poliklinischem Material lehren.»

Nehmen wir die von FREUD erwähnte Einteilung der diagnostischen Indikationen an, stellt sich nun die Frage:

Welchen Heilwert kann die Psychoanalyse bei indizierten Erkrankungen aufweisen?

Wenn man von der Psychoanalyse als Therapie spricht, ist die Beeinflussung *unbewußter* Inhalte und Mechanismen zentral. Ferner steht

fest, sie hat als Anthropologie und Psychologie ihre Grenzen. Wie es FENICHEL öfters betonte, meine auch ich, der psychoanalytische Gesichtspunkt *allein* kann niemals beispielsweise die weit- und tiefschichtigen Probleme der Charakterologie und Psychiatrie lösen. Eine für Psychoanalyse blinde Psychiatrie und Charakterologie vermag die Problematik des Gesunden und Kranken in globo nicht zu klären. Umgekehrt gilt das auch für die Psychoanalyse.

Gehen wir nun kurz auf die von FREUD erwähnten Indikationen ein. Die Bewährungsprobe der Psychoanalyse für den hysterisch Gestörten wurde von zahlreichen Psychotherapeuten angestellt. Die Psychoanalyse hat sich deshalb relativ oft bewährt, weil die primitive Stufe, in der die Regressionen, von der hysterische Reaktionen ablaufen, etwa der seelischen Entwicklung zwischen dem 3. und 5. Lebensjahr entspricht. Das ist eine Zeit, in der eine gewisse Vorreife des Ichs bereits manifestiert ist. Auch die Objektbeziehungen sind auf einer höheren Stufe als beispielsweise bei der Zwangsneurose. Im Mittelpunkt der hysterischen Regression steht die Konversion, die Umsetzung von Seelischem in Leibliches, Anales, Orales, Sadistisches spielen zwar eine Rolle, aber die relative Reife des kindlichen Ichs gibt einen gewissen Schutz vor zu tiefen Regressionen. Dabei spielt auch die Tatsache eine Rolle, daß der auch für die Normalpsyche so wichtige Vorgang der «Verdrängung» der Hauptmotor ist. Seine Wirkung – und in pathologischen Fällen seine Sanierung – steht in Zusammenhang mit der Dynamik des Ichs. Die Psychoanalyse, gelegentlich in Verbindung mit Nacherziehung (die Technik ist verwandt der Kinderanalyse von ANNA FREUD), ergibt im Durchschnitt gute Resultate.

Die Erlebnisfähigkeit des Hysterischen ist im Kern gut; aber solange die Krankheit sich auswirkt – gemessen an der Fülle der latenten Erlebnismöglichkeiten –, arm und voller Widerspruch.

Diagnostisch wichtig ist die oft erwähnte Tatsache, daß eine rein organische Krankheit – z.B. die multiple Sklerose – nicht selten mit pseudohysterischen Symptomen einsetzt. Es ist ja auch der Mimikrycharakter der Hysterie in bezug auf die allermeisten organischen Krankheiten bekannt.

Phobische Angstzustände gegenüber Umweltobjekten (Hund, Pferd u. ä.) sind meist Gewissensängste, Ausdruck einer inneren Triebgefahrabwehr, projiziert auf ein Umweltobjekt. Die Prognose ist im allgemeinen positiv zu stellen. Bei Persönlichkeiten mit *hysterischem* Charakter ist eine prognostische Voraussage unsicher.

Die Erfahrung lehrt, daß die Menopause ein besonderer Aktivator

hysterischer Verhaltensweisen sein kann. Die auch hormonal mitbedingte verstärkte Triebdynamik kann die relative Stabilität des Ichs gefährden. Es ist wesentlich, daß Frauen, die vor der Klimax ein leibseelisch unerfülltes oder verbittertes Leben aufzuweisen haben, oft unter der Suggestion stehen, eine Zukunft als produktiv tätige, liebende und geliebte Persönlichkeit sei ausgeschlossen. Der Heilerfolg der Psychoanalyse kann hier durch Umweltfaktoren begrenzt sein. Ab und zu ist es möglich, die ungünstigen Umweltfaktoren zu sanieren.

Nun eine Bemerkung zur Zwangsneurose. Wir sprachen vom hysterischen Charakter. Dasselbe therapeutische Problem taucht auf für jene Persönlichkeiten, deren Charakterkern sie zur Manifestation von Zwangsercheinungen disponiert. Auch STENGEL u. a. Autoren schlossen aus ihrer klinischen Beobachtung, daß wir zweckmäßig unterscheiden zwischen Zwangssymptomen 1. in irgendeinem Zusammenhang mit schizophrenen Formenkreisen, 2. in Zusammenhang mit einer Neurose, Zwangsneurose sui generis, 3. Zuständen anderer Art – z. B. bedingt durch Gehirnerkrankungen –, manisch depressivem Irresein oder Psychopathien. Es dürfte also der Zwangsmechanismus nicht spezifisch sein für irgendeine der genannten Erkrankungen, also nicht wie der Tbc-Bazillus für die Tbc spezifisch ist. Der Zwangsmechanismus ist autonom. Er tritt aus seiner Latenz in den Dienst der erwähnten Erkrankungen. Wir sprechen jetzt lediglich von der durch FREUD klassisch beschriebenen Zwangsneurose sui generis, ohne die Frage zu behandeln, ob auch bei den obengenannten Erkrankungen mit Zwangsercheinungen Psychotherapie wirksam sein kann. *Bei der Zwangsneurose* geht im Gegensatz zur Hysterie die Regression viel weiter in die Frühkindheit zurück. Die Regressionen beinhalten vorwiegend sadistisch-analhomosexuelles Material. Die Ambivalenz der Asozialität und der Übergewissenhaftigkeit des Zwangsneurotikers ist dadurch stark bedingt, daß die seelischen Energien in hohem Ausmaß benötigt werden zur Niederhaltung grausamer Impulse und Selbstbeschädigungstendenzen. Das Über-Ich ist überstreng und überbesetzt.

Die Tiefe der Regressionen und die Tatsache, daß der Zwangsneurotiker ichfremd denkt und handelt, auch keinerlei Konversionssymptome bildet – er auch nur selten organisch krank wird –, macht Prognose und Therapie wesentlich komplizierter, als es beim Hysteriker der Fall ist. Die Prognose hängt z. T. davon ab, ob der Stammbaum stark mit Psychotikern belastet ist, welcher Konstitutionstyp vorliegt (*Ergänzungsreihe* FREUDS) und ob der Analytiker temperamentmäßig genügend Geduld aufbringt, durchzuhalten. FREUD erklärte in einer

Aussprache, niemand ermüde ihn so stark wie der Zwangsneurotiker. Die Hälfte etwa der von mir behandelten Zwangsneurotiker sind sozial angepaßt, gebessert oder geheilt.

FREUD nennt an weiteren Indikationen *die sexuellen Perversionen*. Im Gegensatz zu den Zwangsneurotikern, die ichfremd handeln, sagt das Ich des an einer Perversion Leidenden meist Ja zu seiner Verhaltensweise. Er ist hängengeblieben an der normalen Frühsexualität des Kindes, besonders an der Vorlust. Die so Gestörten sind der monomanen Betätigung eines Partialtriebes ausgeliefert. Sie haben, wie FREUD sagt: eine Partialverdrängung vorgenommen. Analysen ergaben, daß ein bevorzugter Mechanismus bei der Perversion die beim Erwachsenen weiterwirkende Identifikationstendenz ist, z. B. beim neurotischen Homosexuellen sehr oft mit der sich männlich gebärdenden Mutter der Kindheit. Die heterosexuelle Einstellung wird in der Identifikation abgewehrt, die Ödipuskonstellation *nicht* entsinnlicht, die Sphäre des Über-Ichs ist sexualisiert, die Kastrationsangst verdrängt und durch die Perversion überdeckt. Für Prognose und Therapie wirkt erschwerend die Tatsache mit: der Genesungswunsch im Ich ist gering, der bei den schweren Perversionen aktive Masochismus spielt, wie bei den Zwangsneurosen, die Rolle eines besonders hartnäckigen Widerstandes. Es ist weiterhin Tatsache, daß in der Perversion oft eine narzißtische Charakterstörung eingebaut ist. Der gelegentliche Zuschuß einer latenten Psychose erschwert die Therapie.

Je neurotischer und um so weniger psychotisch eine Perversion unterbaut ist, um so eher gelingt die Therapie. Die Konkurrenz der Psychoanalyse mit anderen Psychotherapien braucht die Psychoanalyse gerade auf diesem Gebiet nicht zu scheuen. Meines Erachtens ist die Erfolgsquote wesentlich höher als die der anderen Therapien.

FREUD nennt weiter als Indikation *Charakterverbildungen*. Es soll daran erinnert werden, daß er in seinem Aufsatz «Über Psychotherapie» als Bedingung der Durchführbarkeit einer analytischen Kur «einen verlässlichen Charakter» fordert. Er betont bei dieser Formulierung die Tatsache, daß gewisse Fundamente im Unbewußten, im Ich und in der Grundstruktur der Triebe relativ normal sein müssen, um von dem Normalen her das Nichtnormale zu bändigen und zu sanieren. Nach FREUD ist der Kern des charakterlichen Verhaltens das *Ich*, jener Teil der Seele, der zwischen Es und Außenwelt vermittelt. Das zitierte Wort FREUDS erinnert auch an eine Bemerkung auf die Frage, die ich ihm einmal stellte: «Trägt die Ausübung der Psychoanalyse dazu bei, daß der Analytiker charakterlich reift?» Antwort FREUDS: «Wenn der

Analytiker vor seiner Analyse ‚Charakter‘ hatte: ja; andernfalls besteht die Gefahr, daß er an Charakterstärke verliert.»

Ich brauche nur daran zu erinnern, wie die psychoanalytische Charakterforschung von FREUD betrieben und therapeutisch ausgewertet wurde. Hohe therapeutische Bedeutung kommen seinen Untersuchungen der genetischen Faktoren des Zwangscharakters auf Grund der Klärung der *Libidophasen (oral – anal – urethral – genital)* zu. Auch daran sei erinnert, welche Bedeutung FREUD der seelischen Charakterprägung der Über-Ich-Bildung – als Erbe des Ödipuskomplexes – zuschrieb. Die Klärung der Voraussetzungen einer identifizierenden Übernahme von Verhaltensweisen der Umweltpersonen oder das Gegenteil wurde Gegenstand sorgfältiger Beobachtungen. Die Genese der Fähigkeit, auf sadistische und masochistische Tendenzen mit Sublimierung zu reagieren, also die Leistung einer Triebumsetzung im Sinne des Sozialen, Kulturellen und Ethischen, all dies und Verwandtes gaben Anlaß in der zweiten Schaffensperiode FREUDS und seiner Mitarbeiter, neue Fundamente für eine Ich- und Charakterlehre zu legen.

Die Frage nach der Zuständigkeit der Psychoanalyse zur Sanierung von Charakterstörungen läßt sich, wie folgt – auf Grund der Praxis – beantworten.

Eine Reihe von Charaktergestörten (z. B. Verwahrloste, Kriminelle, Süchtige) sind analytisch günstig zu beeinflussen. Die Behandlung selbst erfordert meist eine Vorbehandlung, in der die Analysierbarkeit erst hergestellt werden muß. Die Technik selbst erinnert an die Technik der Kinderanalyse im Sinne von ANNA FREUD, einer Mischung von Analyse und Pädagogik. Es geht dabei – wie eigentlich bei jeder Analyse, aber hier mit besonderem Akzent – auch um ein soziales Problem, um die Erschütterung des narzißtischen Schutzapparates zugunsten der sozialen Kontaktfähigkeit. Ein Prinzip, das die «Charakteranalyse WILHELM REICHS» beherrscht. Sie ermöglicht, der «Panzerung» der gestörten Charakterdynamik beizukommen.

FREUD berührt in dem erwähnten Zitat – er tat es an anderer Stelle – die Therapie der Psychosen nicht. Es wird Aufgabe einer anderen Mitteilung sein, die von FEDERN, ROSEN, NUNBERG, Mad. SECHEHAYE, M. BLEULER, BENEDETTI, CHR. MÜLLER u. a. zur Diskussion gestellte psychoanalytische Therapie der Psychosen, speziell der Schizophrenie, zu behandeln. Dasselbe gilt für die organischen Krankheiten und Organpsychosen.

Sie fragen nun, *was heilt?* Ich weiß es nicht. Aber ich vermute auf Grund von Beobachtungen und Überlegungen einiges, was eine gün-

stige Heilkonstellation etwas verständlich machen könnte. In der gelückten Psychoanalyse läuft ein seelisch-geistiger Akt ab. Er bewirkt anscheinend, daß das Geistige in Psyche und Leib gesündere Erfolgsorgane enthält. Die Erlebnisfähigkeit wird im seelischen Eingriff normalisiert. Mittler des Geistes dürfte das Über-Ich sein – ein Problem, auf das vor allem WÄLDER aufmerksam gemacht hat. In der Psychoanalyse wird das Über-Ich stabiler, toleranter, realitätsgerechter, welterfahrener und weltoffener gegenüber früher. In diesem Wandlungsprozeß ändert sich vor allem die Liebesfähigkeit. Das geht in der Analyse des Narzißmus vor. Es wird der Versuch gemacht, die Bindung an die infantilen Wünsche des Ichs – Rückzug in Mutterleib, Tendenz zur Überhöhung des eigenen Ichs und der Tendenz zur Identifikation in Liebe und Haß mit Eltern oder einem Elternteil – zu lockern und zu lösen. Fähigkeit zur realitätsgerechten Änderung der Objektwahl ist ebenso Ziel wie die Fähigkeit zu autonomem, selbstverantwortlichem Handeln. Die Energien der Destruktion werden auf produktive Ziele der Umwelt gelenkt, die krankhaft narzißtische Haltung, lediglich Liebe zu begehren, ohne Liebe zu schenken, erfährt ihre Korrektur.

Das gesundende Ich lernt dem Lustprinzip das Realitätsprinzip überzuordnen. Das Über-Ich übernimmt das Erbe der Ödipuskonstellation. Der Mensch wird fähig, sich von der frühkindlichen Ödipuskonstellation zu lösen, sie zu entsinnlichen.

Eines der Motive der Neurosen, die neurotische Angst, verliert ihre Schrecken. Es wandelt sich in der Durcharbeit 1. die «Angst vor dem Objektverlust» (Prägenitalangst), 2. die Angst vor der Kastration (genital) und 3. die Angst vor den zu strengen Ansprüchen des Über-Ichs in eine realitätsgerechte Schutzeinstellung gegen echte Gefahr (von innen und von außen). Aus pathologischem Schuldgefühl mit masochistischen Tendenzen wird normales Schuld- und Pflichtgefühl. Fragen wir nochmals: Was hilft, was geht vor? Wir vermuten, daß vor allem wirksam sind:

1. Die zwischenmenschlichen Konstellationen der analytischen Situation im Unbewußten und Bewußten.
2. Schockwirkung der Entdeckungen im «Aha»-Erlebnis im Selbsterkenntnisprozeß.
3. Produktives Erleben von Kontakt, Distanz und Takt.
4. Toleranz für Versagung und Erfüllung.
5. Modellhaltung des Therapeuten.
6. Neue Einstellung zu Leben und Tod, Vergänglichkeit und Relativität.

7. Freiheit für die Suprematie des Geistes.
8. Fähigkeit, ein Wort NIETZSCHES anzunehmen: «Man soll Mut haben zu dem, was man eigentlich weiß.» NIETZSCHE meint: «Auch der Mutigste von uns hat nur selten den Mut zu *dem*, was er eigentlich weiß.»
«Wo Es war, soll Ich werden» (FREUD).
9. Nacherleben der Wahrheit eines Wortes von FREUD (Das Ich und das Es): «Leben ist für das Ich gleichbedeutend mit vom Über-Ich geliebt zu werden, das hier auch als Vertreter des Es auftritt.»
10. Im Durcharbeiten der zwischenmenschlichen Beziehungen in der Übertragung laufen Wandlungsprozesse zu einem neuen Über-Ich ab.
11. Wir (Analytiker und Patient) lernten «tätig mitzuleiden und mitzulieben, wo wir früher urteilten» (LANDAUER).

Wenn ich mich frage, auf Grund von Kontrollen, nach zehn, zwanzig oder mehr Jahren nach Abschluß der Psychoanalyse, welche früheren Patienten sind in individuellem, sozialem und ethischem Sinn als gesund zu bezeichnen, so sind es speziell die, welche das in der Analyse Erlebte vergessen haben. Sie haben die als Kind oder später verlorene weltoffene Naivität zurückerobert, sie wurden fähig, ihr menschliches, menschenwürdiges Sein in produktiven Kontakt und Kontemplation in die Tat umzusetzen.

Und doch: was für die gesamte Medizin gilt, gilt auch für die Psychoanalyse. Sie gibt keinen eindeutigen Zusammenhang zwischen Eingriff und Heilung. Ich will zur Begründung dieser Behauptung nicht wiederholen, was ich im Gespräch mit dem Vertreter von *Lourdes* eingehend begründet habe. Wie EUGEN BLEULER sagte, ob ein Mensch, mit Morphium behandelt, schläft oder wacht, hängt nur zum Teil vom Morphium ab, zum großen Teil von der Psyche des Behandelten.

Nun zu einzelnen Fragen von SZONDI: *Philosophie und Religion bei FREUD?*: Er ist ein Gegner aller Ideologien, er ist Empiriker.

FREUD stellt aus Drang zur empirisch gestützten Wahrheit alle Lösungsversuche der Religionen in Frage. Es ist selbstverständlich, daß er sowohl in seinen Analysen wie auch im Studium des Animismus, der Psychologie der Angst und in seinen theoretischen Untersuchungen von Ich und Über-Ich auf *religiöse* Phänomene stoßen mußte. So ergab die Tatsache, daß ein bedeutsamer Faktor in der Wirkung des Projektionsmechanismus ein Versuch des Menschen ist, Gott nach Art der Struktur des eigenen Ichs sich vorzustellen, einen Zweifel an der Richtigkeit jeder Gottesvorstellung. FREUD, der stets betont, nur Psy-

chologe – in unserem Fall nur *Religionspsychologe* – zu sein, hat als Forscher nicht das begrenzte Feld der Religionspsychologie überschritten. Daß er als Privatmann und Beobachter der Realität von den sittlichen Wirkungen der Weltreligionen und der Konfessionen – auch als Weg aus dem Chaos – für die allermeisten Menschen sehr wenig hielt, ist durchaus verständlich. Wenn überhaupt, stand FREUD der atheistischen Philosophie von BUDDHA am nächsten. Man «verargt» es ihm nicht selten, daß er Atheist war. BUDDHA als Atheist wird gerade deshalb verehrt, weil er die ethische Autonomie des mit seinem Selbst ringenden Menschen fordert.

FREUDS Untersuchungen über die Ätiologie des Schuldgefühls sind nicht ohne Interesse für die Religionspsychologie – auch für die Therapie der areligiösen Neurotiker, chronischen Onanisten, Masochisten und Sadisten. Dasselbe gilt für FREUDS Funde an Zwangsneurotikern und Charaktergestörten. Hier haben die Untersuchungen des Ichs und Über-Ichs wertvolle Beiträge geliefert zur Psychologie und Pathologie der Sünde. Er hat den Theologen zeigen können, religiöse Zeremonielle und Zwangshandlungen haben gewisse gemeinsame charakteristische Merkmale. Ferner sei betont, daß ein gradueller Niveauunterschied besteht zwischen der THERESE VON KONNERSREUTH, einem Variétékünstler, der als Areligiöser Stigmata erzeugt, und dem heiligen FRANZ VON ASSISI. Dieselben Mechanismen, aber aus anderen Motiven, sind bei allen dreien aktiviert.

Ich erspare mir, auf weitere psychologische Untersuchungen FREUDS und seiner Schule über die Religionspsychologie hinzuweisen. Nur noch eines: Es war für die Erziehung wichtig, daß er die Ätiologie der Reue, vor allem der unechten Reue, der falschen Demut und der Heuchelei untersuchte, auch die Frage der echten und falschen Nächstenliebe ernst nahm. Viele Aussprüche von JESUS sind ohne FREUD in ihrer Psychologie kaum zu verstehen. (Beispiel: «So jemand zu mir kommt und hasset nicht seinen Vater, Mutter, Weib, Kinder, Bruder, Schwester, auch dazu sein eigenes Leben, der kann nicht mein Jünger sein.»)

Verlassen wir die Wegspur der Religionspsychologie FREUDS. Greifen wir eine weitere Frage SZONDIS heraus: die Frage «Psychoanalyse und Glauben?» Außerhalb der Religionsauffassung wird der Glaube als jenes Phänomen gedeutet, bei dem etwas für wahr gehalten wird, obwohl die Empirie keine Beweise oder keine vollen Beweise für die Objektivität des Glaubensgegenstandes erbringt. Religiös wird geglaubt nicht auf Grund gesicherter Empirie, sondern was in der höchsten Gewißheit der Evidenz erlebt wird.

Wenn in einer geglückten Psychoanalyse jene Ehrfurcht frei wird, von der auch GOETHE spricht, dem Unerforschlichen gegenüber und das, was mehr ist, als wir sind, dann ist der Mensch für das Erlebnis seiner Innenwelt und für das Erkennen der Realitäten seiner Umwelt wesentlich aufgeschlossener als vor der therapeutischen Phase. Dies kann den Patienten – als Individuum und soziales Geschöpf – kontemplativ und aktiv machen auch im Hinblick auf den ethischen und religiösen Sinn seines Lebens. Ich meine, er ist dann «gebildet». Das zu werden, liegt in der Richtung des Menschentums. Selbstverständlich bleibt genug Unvollkommenheit als unlösbarer Rest übrig, mit der der Analytierte künftig zu ringen hat. Daß dieses Ringen echte Werte erzeugt, ist auch Ziel unserer Therapie in der späteren Auswirkung.

Für den Empiriker haben weder Philosophie noch Religion, noch die Psychoanalyse das Rätsel Mensch gelöst. SOKRATES hat recht: «Ich weiß, daß ich nichts weiß.» Aber auch FREUD, der Empiriker, sagt etwas Wahres. Dem Sinn nach darf man ihn so interpretieren: Wenn der Mensch dazu kommt, den Mut zu haben, wirklich zu wissen, was er im Grunde von sich weiß, und dementsprechend neu zu werden und zu handeln, verhilft das, zum Leben und zum Tod ja zu sagen. Der Mensch nütze die Spanne zwischen Geborenwerden und Sterben zu einem rechten Leben mit sich selbst und seinen Mitmenschen.

LITERATURVERZEICHNIS

- SIGMUND FREUD: Gesammelte Werke (Imago Publ., London).
- L. SZONDI: Schicksalsanalyse, Wahl in Liebe, Freundschaft, Beruf, Krankheit und Tod. – Erbbl. und psychohygienische Probleme (Bd. VI der Sammlung «Psychohygiene – Wissenschaft und Praxis»). II. Auflage (Benno Schwabe, Basel).
- Experimentelle Triebdiagnostik. Huber, Bern 1947.
- Trieb-Analyse. Triebpathologie Bd. I. Huber, Bern. 1952.
- Ich-Analyse. Triebpathologie Bd. II. Huber, Bern. 1956.
- R. BRUN: Allg. Neurosenlehre, III. Auflage (Schwabe, Basel).
- PAUL FEDERN: Ich-Psychologie und die Psychosen (Huber, Bern).
- Zur seelischen Hygiene des Ichs (in «Die Psychohygiene»), Sammelwerk, herausgeg. v. Maria Pfister-Ammende (Huber, Bern).
- ANNA FREUD: Einführung in die Psychoanalyse für Pädagogen, III. Auflage (Huber, Bern).
- H. HOFF: Lehrbuch der Psychiatrie (Schwabe, Basel).
- JONES, E.: Sigmund Freud «Life and Work», Vol. I u. II (Hogarth Press, London. 1955).
- KNIGHT, J.: Geglückte Psychoanalyse (Claassen Verlag, Hamburg).
- MENG u. Mitarbeiter: Die Prophylaxe des Verbrechens (Schwabe, Basel).
- PFISTER-AMMENDE, M.: Geistige Hygiene – Forschung u. Praxis – Erziehung, Gemeinschaft, Philosophie, Ethik, Tiefenpsychologie, Bd. XII der Samml. Psychohygiene – Wissenschaft u. Praxis (Schwabe, Basel).
- WEISS/FEDERN: Über einige Fortschritte der psychoanalytischen Forschung, in: Federn/Meng: «Das Psychoanalytische Volksbuch» (Huber, Bern).

II. DER HEILWEG DER ANALYTISCHEN PSYCHOLOGIE C.G. JUNGS

VON KURT BINSWANGER, ZÜRICH

Sie werden verstehen, daß ich nur mit einigen Bedenken den Auftrag SZONDIS angenommen habe, in Ihrem Kreise über *die analytische Psychologie* C.G. JUNGS, der in diesem Jahre seinen 80. Geburtstag feiert, zu referieren. Denn wenn es an sich schon nicht leicht ist, eine auch nur einigermaßen befriedigende Übersicht über das Gebäude der JUNGSschen Psychologie zu geben, so ist es in einem einzelnen Vortrage nur möglich, das meiste stichwortartig anzudeuten, unter Verzicht auf jeglichen Anspruch auf Vollständigkeit.

Erleichtert wurde mir die Zusage durch die Feststellung, daß dieser Vortragszyklus aus dem erfreulichen Bestreben Ihrer Arbeitsgemeinschaft entstand, nicht nur das Trennende der verschiedenen Heilwege hervorzuheben, sondern sich auf die *gemeinsamen Grundzüge* der verschiedenen tiefenpsychologischen Schulen zu besinnen, ohne dabei der Gefahr eines «uniformen Denkens» zu verfallen. Dieser Vortragszyklus hat doch zum Ziel, die einzelnen Schulen «einander gewahr werden zu lassen und zu einem besseren gegenseitigen Verstehen» zu befähigen.

Je älter man wird, um so mehr kommt man zur Einsicht, daß – wenn wir auch auf verschiedenen Wegen gehen – wir doch alle uns auf einer *Morgenlandfahrt* im Sinne HERMANN HESSES befinden, mit dem gemeinsamen Ziel, dem Lichte der Erkenntnis näher zu kommen.

In meinen Ausführungen werde ich vor allem versuchen, die von Kollegen SZONDI gestellten Fragen zu beantworten. Dabei werde ich *solche Probleme* hervorheben, von denen ich im Laufe der Jahre den Eindruck erhielt, daß sie am ehesten zu *Mißverständnissen* Anlaß gegeben haben.

Als Einleitung möge eine kurze *historische* Darstellung dienen sowie ein Überblick über die *Auffassung des Unbewußten bei JUNG* und über seine *Bewußtseinspsychologie*.

Bei der Beantwortung der Frage nach der *Art des Heilens*, der *Technik*, werde ich auf die *Traumdeutung* und die *aktive Imagination*, bei der *Frage, wohin wir den Kranken führen wollen*, auf das Problem des Individuations-

prozesses zu sprechen kommen und zum Schluß auf JUNGS *Einstellung zur Religion* hinweisen¹.

Einer der hervorstechendsten Charakterzüge C. G. JUNGS ist seine unvoreingenommene Einstellung allen Lebenserscheinungen gegenüber. Er hat es immer abgelehnt, mit vorgefaßten Theorien zu arbeiten, und ebensowenig will er Philosoph sein. Immer wieder weist er darauf hin, daß er Empiriker sei, dessen ganze Lehre rein aus der ärztlichen Praxis als Psychotherapeut entstand. Dabei müssen wir uns aber Rechenschaft geben, daß das Werk, welches er als Empiriker gestaltet hat, weit über das hinausgeht, was andere aus ihren Erfahrungen folgerten. Es liegt dies an dem genialen Blick seiner Forschernatur, so daß er zu Entdeckungen und Erkenntnissen kam, von denen manche wohl erst in einer späteren Zeit Verständnis finden werden.

Schon als junger Medizinstudent wurde JUNG von den dunkeln, schwer zugänglichen Gebieten der menschlichen Psyche fasziniert. Diese Faszination war es, welche für sein ganzes künftiges Lebenswerk entscheidend geblieben ist. Seine Dissertation, die er 1902 als Assistent am Burghölzli verfaßte, galt der Psychologie und Pathologie sog. okkulter Phänomene.

Es ist bezeichnend für seine Selbstkritik und seine Abneigung gegen uferlose Spekulationen, daß er sich damals der Testpsychologie, dem *Assoziationsexperiment*, zuwandte, um so den Beweis der Realität alles Psychischen zu erhalten. Die intensive Ausarbeitung dieses Experimentes führte ihn zur Begründung der Lehre vom *autonomen, gefühlbetonten Komplex*. Bei der Anwendung dieser Erkenntnisse in der Anstaltspraxis kam JUNG zu einer neuen, bahnbrechenden Auffassung der *psychogenen Seite der Schizophrenie*, welche für Theorie und Therapie völlig neue Wege eröffnete. Erst drei Jahrzehnte später wurde sie von andern Forschern (SCHULTZ-HENKE, ROSEN, SECHEHAYE u. a.) wieder aufgenommen.

1907 gab er seine «Psychologie der dementia praecox» heraus, in welcher er beschrieb, wie es ihm gelungen war, den *Sinn* des «Wort-salates» bei einem Fall von schwerster Katatonie herauszufinden.

Während seiner Forschungen in den ersten Jahren des beginnenden Jahrhunderts fand er in den Werken von FREUD und vor allem in des-

¹ Was die Literatur betrifft, so muß ich Sie auf die Werke JUNGS verweisen, die fast alle bei Rascher erschienen sind.

Zusammenfassende Darstellungen finden Sie bei TONI WOLFF, «Einführungen in die Grundlagen der Komplexen Psychologie» (in der Festschrift zum 60. Geburtstag Jungs, Julius Springer 1935), und JOLAN JACOBI, «Die Psychologie von C. G. Jung» (Rascher).

sen Theorie des Unbewußten eine Bestätigung seiner Entdeckungen und damit einen mächtigen Auftrieb. Durch JUNG kam es zur Begegnung der «Wiener Schule» mit der «Zürcher Schule». Er wurde Redaktor des von FREUD und BLEULER herausgegebenen «Jahrbuches für psychoanalytische und psychopathologische Forschungen»; 1911 wurde er erster Präsident der von ihm mitbegründeten «Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung». Damals herrschte am Burghölzli unter der Ägide von EUGEN BLEULER, welcher der einzige Ordinarius war, der die Bedeutung dieser neuen Forschungsrichtung erkannte und sie an seiner Klinik akzeptierte, ein äußerst lebendiger Betrieb, der immer mehr Kollegen anzog, wie RIKLIN, WEHRLIN, MAEDER, PFISTER, LUDWIG BINSWANGER, NELKEN, SCHMID-GUISAN, NUNBERG und andere, von denen sich einzelne später wieder von JUNG trennten.

Je mehr sich JUNG im Laufe seiner psychotherapeutischen Tätigkeit mit dem Unbewußten beschäftigte, um so tiefer wurde er von den Auswirkungen desselben beeindruckt. Er mußte immer mehr erkennen, daß ein Vordringen in diese dunkle Welt nicht unbedacht geschehen darf, daß dies nur mit der notwendigen Vorsicht und mit Respekt möglich ist; denn es besteht immer die Gefahr, daß dabei ungeahnte Gewalten ausgelöst werden können. Werden diese Gefahren nicht berücksichtigt, so drohen entweder ein übersteigertes Selbstgefühl, Inflation, ja Psychosen, oder, wenn es zu einem Erdrücktwerden durch die Inhalte des Unbewußten kommt, wenn Erkenntnisse der Machtlosigkeit des Ichs gegenüber dem durch das Unbewußte waltenden Schicksal den Pat. überwältigen, Resignation, Depressionen und Weltuntergangsängste. Die vom Menschen erstrebte Erweiterung des Bewußtseins durch Integrierung unbewußter Inhalte galt von jeher als Tabuverletzung (Prometheus, Essen vom Baum der Erkenntnis, Paulus im Korintherbrief: «Das Wissen blähet auf!»), was aus der eben geschilderten Gefahr nur allzu verständlich wird.

Vom Grundsatz der psychischen Energetik ausgehend, schloß JUNG auf den *zum Bewußtsein kompensatorischen Charakter des Unbewußten*, was zur Folge hat, daß durch die Einwirkung der unbewußten Inhalte ein Ausgleich zu den Mängeln und Einseitigkeiten des Bewußtseins angestrebt wird.

JUNG erkannte, daß auseinandergehalten werden muß:

1. Ein Unbewußtes, das er als das *persönliche Unbewußte* bezeichnete, in welchem alles Vergessene, Verdrängte, Subliminale enthalten ist,

also alles, was zur personalen Psychologie des Individuums gehört. Dies entspricht dem Unbewußten in der Terminologie FREUDS. Es handelt sich dabei meist um Inhalte des individuellen Daseins und der persönlichen Erfahrung.

2. Ein anderes, viel umfangreicheres, an sich unbegrenztes Unbewußtes, dessen Inhalte nicht mehr im Bereiche der persönlichen Erfahrungen liegen, dem JUNG den Namen *unpersönliches* oder *kollektives Unbewußtes* gab.

Die Inhalte desselben können nicht jederzeit bewußt gemacht werden, sie werden nur dann konstelliert, wenn eine besondere Lebenslage es bedingt.

Das kollektive Unbewußte ist ein seelischer Urgrund, der allen Menschen gemeinsam ist.

Für diese Inhalte des kollektiven Unbewußten wählte er in Anlehnung an Platon und Augustin die Bezeichnung «*Archetypen*» und für die Manifestation derselben «*archetypisches Geschehen*» oder «*archetypische Bilder*».

JUNG hat in den Werken der letzten Jahre den Begriff des Archetypus weiter ausgebaut. Für ihn ist der Archetypus an sich unerkennbar, «ein unanschaulicher Faktor, eine Disposition, welche in einem gegebenen Moment der Entwicklung des menschlichen Geistes zu wirken beginnt, in dem er das Bewußtseinsmaterial zu bestimmten Figuren anordnet. Der Archetypus hat, wo immer er erscheint, vom Unbewußten her zwingenden Charakter, und wo seine Wirkung bewußt wird, ist er durch Numinosität gekennzeichnet...» Die Archetypen sind Faktoren und Motive, welche psychische Elemente zu gewissen (als archetypisch zu bezeichnenden) Bildern anordnen, und zwar in einer Art und Weise, die immer erst aus dem Effekt erkannt werden kann. Sie sind vorbewußt vorhanden und bilden vermutlich die Strukturdominanten der Psyche überhaupt, vergleichbar dem unanschaulichen, potentiellen Vorhandensein des Kristallgitters in der Mutterlage. Als Bedingungen a priori stellen die Archetypen den psychischen Spezialfall des den Biologen vertrauten «*pattern of behaviour*» dar, welches allen Lebewesen ihre art-spezifische Verhaltensweise verleiht. – Empirisch gesehen ist aber der Archetypus innerhalb der Reichweite organischen Lebens überhaupt nie entstanden. Er tritt mit dem Leben auf den Plan (Symbolik des Geistes 1948, S. 374). Der Archetypus kann auch als das Formprinzip des Instinktes aufgefaßt werden.

Dem *rubenden, unerkennbaren Archetypus* sind die *erkennbaren archetypischen Bilder* und *Vorstellungen* gegenüberzustellen, wie sie in Träu-

men, Phantasien, Visionen usw. ins Bewußtseinsfeld treten können. Sie werden da ausgelöst, wo allgemein-menschliches Schicksal erlebt wird, wo es zu Reaktionen des Individuums «als menschlichen Wesens überhaupt» kommt, in Situationen, die allgemein menschlicher Natur sind, und können dann eine enorme Wirksamkeit entfalten. Jeder Archetypus kann in seinem positiven oder negativen Aspekt erlebt werden – (nährende Mutter, verschlingende Mutter; Geistvater-tötender Vater usw.).

Daß Jung sich nicht nur um die Erforschung des Unbewußten mühte, sondern auch um die *Psychologie des Bewußtseins*, ersehen wir in der Aufstellung seiner *Typenlehre*. Die Bewußtseinsinhalte sind in ihrer Mannigfaltigkeit in einer Weise aufeinander bezogen, die auf eine Ordnung oder Strukturbeschaffenheit der individuellen Psyche schließen läßt. Diese Struktur hat typische Gestalt. Es handelt sich um generelle Formen des psychischen Funktionierens, die bestimmten Gruppen von Individuen eigen sind.

Dieses Verhalten betrifft

1. die psychologische *Einstellung* (Extra- und Introversion), welche als eine spezielle Art der Reaktion auf die Inhalte der Außen- und Innenwelt aufzufassen ist,
2. diejenigen *Funktionen*, mittels deren die bewußte Anpassung an die Realität, also eine Erfassung und Formung des Erlebnismaterials, geleistet wird. (Denken und Fühlen; Intuition und Empfindung.) Interessant ist JUNGS Auffassung, daß es sich hier um Gegensatzpaare handelt, und daß der Zugang zum Unbewußten über die undifferenzierteste Funktion geschieht.

Eine andere Form der Anpassung an die Um- und Außenwelt geschieht durch die sogenannte *Persona* (persona = Maske, welche bei Griechen und Römern von den Schauspielern getragen wurde). Hierbei handelt es sich um eine Art «äußere Schale des Bewußtseins», die das Ich von der Umwelt abgrenzt und es zugleich mit ihr verbindet. Sie bezieht sich ausschließlich auf das Verhältnis zu den Objekten, zum Außen. Sie ist eine Maske, eine Fassade, welche Individualität vortäuschen kann, ein «Kompromiß zwischen Individualität und Kollektivität».

Der *positive Aspekt der Persona* ist in ihrer Vermittlungsfunktion zwischen Ich und Außenwelt zu sehen. Sie kann als Schutzwall und Notwehr verwendet werden, welche verhindert, daß mein Inneres

einer feindlichen Welt preisgegeben wird, zugleich aber auch als Hilfe zu einer erfolgreichen Einwirkung auf die Umwelt, wie sie im öffentlichen und Berufsleben nötig ist (Militär, ärztliche Autorität usw.). *Negativ* wird die Persona, wenn sie erstarrt, so daß das Ich, d. h. der ganze Mensch, in ihr aufgeht und verkümmert, wenn die Persona zur Unterdrückung seelischer Regungen mißbraucht wird.

Was nun die von SZONDI *aufgestellten Fragen* hinsichtlich der verschiedenen Heilverfahren betrifft, so sind dieselben für die *analytisch-psychologische Behandlung nach C. G. JUNG* folgendermaßen zu beantworten:

1. *Frage: Als Heilobjekt gilt die Gesamtpersönlichkeit und ihre Umwelt.*
2. *Frage: Der Angriffspunkt ist die Beziehung zwischen dem Ich und dem Unbewußten¹.*
3. *Frage: Wie wird geheilt? (Technik).*

Die Unterschiede zwischen dem FREUDSchen und dem JUNGSchen Verfahren setze ich im allgemeinen als bekannt voraus. Hervorzuheben ist, daß JUNG *die Analyse als ein dialektisches Verfahren auffaßt, als eine Auseinandersetzung zwischen Arzt und Patient*. Aus diesem Grund soll der Patient dem Arzt gegenüber sitzen. Die Sitzungen sollen, abgesehen von Ausnahmefällen, nicht täglich stattfinden, damit der Patient in der Zwischenzeit Gelegenheit hat, seine Gedanken und Assoziationen zu verarbeiten.

Zur *Bewußtmachung der Inhalte des Unbewußten* werden folgende Methoden verwendet:

a) *Assoziierenlassen, und zwar möglichst nicht durch ein freies Assoziieren, sondern durch ein «Umkreisenlassen» der Gedanken, das auf einen bestimmten Ausgangspunkt gerichtet ist (auf ein bestimmtes Geschehen, eine bestimmte Person, einen Trauminhalt usw.).* Bei dem freien Assoziieren muß damit gerechnet werden, daß es immer zu einem Komplex hinführt, der seiner Natur gemäß attraktiv wirkt, alles an sich ziehen kann, wobei es aber nicht sicher ist, daß dieser es sei, der z. B. den Sinn eines bestimmten Traumes ausmacht.

b) *Möglichst viel aufschreiben, zeichnen, malen, modellieren usw. lassen.*

c) *Die Traumdeutung.*

Die Interpretation eines Traumes, bei der man nicht vorsichtig gehen kann, ist eine anspruchsvolle Aufgabe, die psychologische

¹ Dazu ist auf das unter diesem Titel 1928 bei Rascher erschienene Buch C. G. JUNGS (IV. Auflage 1945) hinzuweisen.

Einführung, Kombinationsfähigkeit, Intuition, Welt- und Menschenkenntnisse verlangt.

Die Traumdeutung ist mit der Dechiffrierung eines schwer lesbaren Textes zu vergleichen.

Der Kontext zum Traum wird durch die Einfälle des Träumers zu den Figuren und Geschehnissen im einzelnen Traum erhalten. Es handelt sich dabei meistens um Assoziationen aus dem persönlichen Leben und Erleben des Träumers zu den Traumgehalten. *Der Kontext bringt den subjektiven, individuellen Traumsinn.*

Die Amplifikationsmethode dient der Erweiterung und bewußten Anreicherung der Traumhalte durch Vergleiche, durch Analogien, durch Herbeiziehen von Parallelen aus persönlichen und objektiv wissenschaftlichen Gebieten. Dazu sind Kenntnisse in Religionsgeschichte, Mythologie, Psychologie der Primitiven, Ethnologie, Alchemie, Märchen usw. notwendig. Die Amplifikation bringt den *kollektiven Sinn* zum Vorschein und damit auch den Wert und den Sinn des Traumes für den Träumer.

Es sind nur spezifische, durch sorgfältige Kontextaufnahme eruierbare Deutungen, die sich nur auf den einzelnen Fall beziehen, erlaubt. *Abzulehnen* sind stereotype Auslegungen von Traummotiven, Anwendung von Schemata, sowie eine Standardisierung der Traumsymbole, weil das gleiche Symbol für verschiedene Menschen, ja für verschiedene Träume desselben Menschen, die unterschiedlichste Bedeutung haben kann. (Hinweis z. B. auf die enorm vielfältige Symbolik der Schlange!)

Vorsicht ist hinsichtlich dessen geboten, was man von den Feststellungen dem Patienten mitteilt. Dies gilt besonders für Amplifikationen. Es kann genügen, daß sich der Analytiker Rechenschaft über sie gibt. Wichtige praktische Konsequenzen dürfen nie aus einem einzelnen Traum allein gezogen werden, sondern höchstens aus einer Traumserie und auch nur dann, wenn sie mit der realen Situation des Träumers vereinbar sind und seiner psychischen Verfassung nicht schaden. Die Struktur des Traumes ist mit dem Aufbau eines klassischen *Dramas* zu vergleichen. Auch beim Traum ist eine sinnvolle Gruppierung seiner Elemente nach folgendem für das Drama geltenden Schema möglich:

1. Ort – Zeit – handelnde Personen.
2. Exposition – Herausstellung des Traumproblems, Ausgangslage, Verwicklung.
3. Peripetie – Kulmination – Wandlung (es geschieht etwas Entscheidendes).
4. Lysis (sie kann evtl. zur Prognose verwendet werden).

Für JUNG handelt es sich beim Traum um eine spontane Selbstdarstellung der aktuellen Lage des Unbewußten in symbolischer Ausdrucksform. Auch die Träume, wie das Unbewußte überhaupt, verhalten sich *kompensatorisch* zur jeweiligen Bewußtseinslage. Sie vermitteln uns in Gleichnissprache unbewußte Gedanken, Auffassungen, Tendenzen. So können sie einerseits eine balancierende, ausgleichende Funktion ausüben, andererseits kann ein solcher Trauminhalt sich so intensiv, von so vitaler Bedeutung für die bewußte Orientierung des Träumers manifestieren, daß dessen Schlaf dadurch aufs schwerste gestört wird. Deshalb kann die theoretische Auffassung von der schlafbewahrenden Funktion des Traumes nicht aufrechterhalten werden. Und ebenso genügt die Erklärung des Traumes als Erfüllung verdrängter Triebwünsche nicht mehr. Außer der kompensatorischen kann der Traum vielmehr auch eine korrigierende, finale, warnende, voraussagende, prospektive (MAEDER), konstellierende oder bestätigende Funktion haben. So können z. B. Träume seines Analysanden dem Analytiker zu erkennen geben, daß seine Einstellung ersterem gegenüber unrichtig war.

Außer der Deutung eines Traumes auf der «*Objektstufe*» (Bezogenwerden der Inhalte auf reale äußere Objekte) muß bei jedem Traum die Frage entschieden werden, ob er nicht aufschlußreicher von der «*Subjektstufe*» aus gedeutet werden kann, bei welcher die Trauminhalte nur auf innere Gegebenheiten des Träumers bezogen werden, d. h. daß alle im Traum vorkommenden Personen und Situationen als symbolische Darstellungen psychologischer Gegebenheiten innerhalb der Person des Träumers selbst aufzufassen sind.

Gegenüber der kausalen neigt JUNG mehr zur *finalen* Betrachtungsweise (ohne dabei die Ursachen eines Traumes zu unterschätzen). Sie ermöglicht mit der Frage nach der Zielstrebigkeit der Psyche eine tiefergehende Interpretation des zum Traum gesammelten Materials.

Das *kausal-reduktive* Verfahren FREUDS löst den Traum in seine Reminiszenzen-Bestandteile auf und in die zugrunde liegenden Triebvorgänge. Wenn aber die personalistische Orientierung versagt, oder wenn Bilder des kollektiven Unbewußten auftauchen, dann ist die *synthetisch-konstruktive Methode* JUNGS die Methode der Wahl. Dabei zeigt sich, daß die finale Orientierung des Unbewußten oft nicht parallel mit den bewußten Absichten des Träumers geht.

Zur Bewußtmachung der Inhalte des Unbewußten dient außerdem:

d) die Methode der *aktiven Imagination*. JUNG will mit dieser Methode den Menschen anleiten, bewußt, durch aktives Phantasieren, in die

Tiefe der eigenen Seele hinabzusteigen und die gefundenen Inhalte dem Bewußtsein zu integrieren. Dies geschieht durch aktive Hervorbringung von inneren Bildern, durch Aktivierung und Förderung der Einbildungskraft. Im Gegensatz zum passiven Phantasieren handelt es sich dabei nicht um ein planloses Ins-Blaue-hinein-Phantasieren im gewöhnlichen Sinn, sondern um ein auf ein bestimmtes Geschehen hin gerichtetes Phantasieren¹. Dadurch kann eine Belebung der tiefsten seelischen Schichten, ein Aufsteigen von symbolischen Bildern, d. h. eine *Konstellierung der Archetypen*, bewirkt werden. Es ist dabei auf ein möglichst ausführliches Aufschreiben der Resultate zu dringen. Es ist also eine andere Art des Vorgehens als bei den drei bisher geschilderten Methoden.

Indiziert ist aktive Imagination dann, wenn z. B. das Unbewußte «vollgestopft» ist mit Phantasien, die anders nicht bewußt gemacht werden können (wie dies meist bei zu rational eingestellten Menschen der Fall ist), oder wenn keine oder zu viel Träume vorkommen. Mit dem so gewonnenen Material muß man sich dann in gleicher Weise wie mit den Träumen auseinandersetzen.

Diese Methode ist nicht ohne Gefahren, sie darf nur dann angewendet werden, wenn des Betreffenden Ich genügend konsolidiert und er in der Wirklichkeit gefestigt ist. In erster Linie ist die aktive Imagination dem Analytiker selber zu empfehlen, weil es seine Pflicht ist, sich dauernd mit seinem eigenen Unbewußten auseinanderzusetzen.

4. Frage: *Wobin will man den Kranken führen?*

Die analytische Psychotherapie setzt sich zur Aufgabe, bei dem Patienten eine *Bewußtwerdung*, d. h. eine *Erweiterung seines Bewußtseins* und damit verbunden eine *Ausreifung* seiner Persönlichkeit zu erzielen und eine bessere Anpassung sowohl an die Außen- als auch an die Innenwelt. Dazu ist in vielen Fällen eine *Stärkung des Ichs* notwendig. Wenn das nicht gelingt, wenn das bewußte Ich nicht gefestigt genug ist, dann nützt die ganze Auseinandersetzung mit dem Unbewußten nichts. Die Analyse kann dann sogar gefährlich werden. Wenn das Ich zu schwach ist, entsteht die Gefahr, daß es den Gewalten des Unbewußten nicht standhalten kann, daß es dann zu destruktiven Einbrüchen kommt.

Dazu dient u. a. das Eingehen auf *den* Teil des Unbewußten, den JUNG in seiner *Lehre vom Schatten* dargestellt hat. Unter Schatten sind die dunkeln Aspekte der Persönlichkeit zu verstehen, das dunkle Spie-

¹ C. G. JUNG, «Die Beziehungen zwischen dem Ich und dem Unbewußten». 1933, S. 161 ff.

gelbild des Ichs, das «alter ego», das wie ein dunkler Bruder das Ego überallhin begleitet.

Im Schatten ist alles das, was man aus moralischen, ästhetischen oder andern Gründen verwirft, weil es mit den bewußten Prinzipien nicht übereinstimmt, alles, was man nicht wahrhaben will, also quasi das ungelebte Leben enthalten. Eine Fehlleistung kann durch den Schatten bewirkt werden. Er ist komplementär zu unserer bewußten Persönlichkeit, und er hat eine persönliche und eine unpersönliche Seite.

Wenn der Schatten in Träumen oder in Phantasien personifiziert wird, so geschieht es meist durch gleichgeschlechtliche Figuren. In der *Mythologie* finden wir ihn dargestellt durch Hagen, Loki, Enkidu, Judas, Kain, Seth usw. In der *Literatur* z. B. in den «Elixieren des Teufels» von E. T. A. Hoffmann, im «Peter Schlemihl» von Chamisso, in «Dorian Gray» von Wilde, im «Häßlichsten Menschen» in Nietzsches «Zarathustra», in «Perpetua» von Wilhelm Scholz (Horen-Verlag, Berlin) usw.

Die Aufgabe des Analytikers besteht darin, die *Integration des Schattens*, also der Eigenschaften des unbewußten Dunkeln, Bösen, des «Untermenschen», in uns durch gründlichste Selbstkritik in die Wege zu leiten. Dies führt nicht zu einem «Sublimieren» («einen Tiger kann man nicht zum Vegetarier machen»), sondern zum Annehmen dieser dunkeln Seite. Durch die Anerkennung und nicht durch ein «Veredelwollen» kann diese in Schranken gehalten werden. Denn der Mensch, der mit seiner eigenen Gegensätzlichkeit konfrontiert ist, wird sich auch der Gefahren, die durch das «Böse» hervorgerufen werden, bewußt. Das Akzeptieren der dunkeln Seite darf nie einen Rückfall in die früher propagierte «Auslebetheorie» provozieren, sondern es soll dem Menschen erleichtern, den Auswirkungen des Bösen in ihm die absolut notwendigen Schranken zu setzen. Durch die Analyse des «Dunkeln» in uns wird es zugleich auch möglich, Werte, die in ihm verborgen und nur vermutlich negativ sind, aufzudecken und in das eigene Leben einzubauen, entsprechend der alchemistischen Lehre vom «Wert im Unwert». (NIETZSCHE: «Will man einmal eine Person sein, so muß man auch seinen Schatten in Ehren halten.»)

Die Ausreifung des Ichs, die Integration des Schattens sind erst Vorbedingungen zu dem Ziel, das JUNG als *Individuation* bezeichnet.

Während unter *Individualität* die a priori und unbewußt bestehende strukturelle Einheit des Individuums verstanden wird, erfolgt durch

die *Individuation* die Bewußtwerdung dieser Einheit und damit Anpassung des Menschen an seine innere und äußere Welt.

Das Ziel des *Individuationsprozesses* ist die Entwicklung der individuellen Persönlichkeit, und zwar durch die Auseinandersetzung mit den kollektiven Komponenten, die ihrerseits zur Bewußtwerdung des individuellen Persönlichkeitskerns führen. Es handelt sich also um die Bewußtwerdung der strukturellen Einheit, die vorher unbewußt war, und der strukturellen Einzigartigkeit des Individuums; es ist der *Weg zur Ganzheit*, zum *Selbst*, wobei aber betont werden muß, daß es sich um einen Weg handelt, dessen Ziel zwar von keinem erreicht wird, das aber das Leben mit höchstem Sinn erfüllt.

Der Prozeß der Individuation führt aber *nicht* in die *Vereinzelung*, sondern in einen intensiveren, allgemeinen Kollektivzusammenhang, da das Individuum nicht nur ein Einzelwesen ist, sondern zu seiner Existenz die Beziehung zur Kollektivität braucht. Die Differenzierung der Persönlichkeit im Sinne JUNGs ist also nur möglich, wenn sie *innerhalb der Einordnung in die Umwelt* geschieht. Individuation kann mit «Selbstwerdung» übersetzt werden. Der Individuationsprozeß im Sinne der Bewußtwerdung des Unbewußten gehört in die 2. Lebenshälfte, während der junge Mensch lernen muß, sich den kollektiven Normen anzupassen (= Aufgabe der ersten Lebenshälfte).

Der Archetypus des *Selbst*, so wie JUNG ihn erkannt hat, stellt den Mittelpunkt und den Umfang der psychischen Gesamtpersönlichkeit dar. Er umfaßt die *totale Psyche*, d.h. also das bewußte Ich sowie das persönliche *und* das kollektive Unbewußte.

Die Tatsache, daß diese Grundkonzeption des Selbsts nicht verstanden wurde, führte zu bedauerlichen Mißverständnissen und Polemiken. Eine Reihe von Autoren verwechselte Ich und Selbst, während diese Begriffe auseinandergehalten werden müssen. Das Ich ist im Selbst enthalten, es ist nur ein Faktor unter anderen. Das Selbst geht weit über das Ich hinaus und bedeutet die Ganzheit, welche Ursprung und Ziel des Individuationsprozesses ist; letzterer bringt das Selbst, oder doch dessen Aspekte, zum Bewußtsein und damit zur Verwirklichung. Der Archetypus des Selbst, als Urbild der psychischen Totalität, zwingt den Menschen zu seiner eigenen Verwirklichung. Das Selbst darf nicht mit dem FREUDSchen *Über-Ich* verwechselt werden, welches letzteres aus Komponenten des persönlichen Bereiches zusammengesetzt ist.

Das Selbst kann nicht rational erfaßt werden, sondern weil es eine paradoxe Größe ist, die Gegensätzliches umfaßt, kann es nur symbol-

lich erfahren werden. Die bildhafte Erfassung seines Wesens geschieht im *vereinigenden Symbol* (Mandala, Darstellung der Mitte, des Kreuzes, der Vier, des Kreises usw.), welches die im Selbst stattfindende Vereinigung der Gegensätze, die «conjunctio oppositorum», versinnbildlicht.

Das Selbst ist der Ort der Vermittlung zwischen dem Menschen und dem Numinosen. Von JUNG wurde es schon als Gefäß für die göttliche Gnade bezeichnet. Es ist aber zugleich auch Vermittlung zum Leben, zum Du und zur Welt.

Als weitere Etappen auf dem Wege zur Ausreifung der Persönlichkeit, d. h. des Individuationsprozesses, ist auf die Begegnung mit dem «*Seelenbild*» (Anima und Animus) zu weisen, welches sich in gegengeschlechtlichen Traum- und Phantasiebildern äußert und quasi als Brücke zwischen dem Ich und der unbewußten Innenwelt vermittelt. Die Unbewußtheit darüber führt oft zu den konfliktverursachenden Projektionen und Introjektionen (Besessenheit).

Außerdem gehört die Bewußtwerdung und Auseinandersetzung mit den Archetypen der *Erdmutter*, der *großen Mutter* und des *alten Weisen* (der «Manapersonlichkeit») hinzu.

Da die Probleme dieser Archetypen seltener Anlaß zu Mißverständnissen geben, muß ich, dem Rahmen dieses Vortrages entsprechend, auf die diesbezügliche Literatur verweisen.

5. Frage: Für welche Gebiete ist das Heilverfahren am besten geeignet?

Die Anwendung der JUNGschen Analyse ist indiziert bei:

neurotischen Störungen,
leicht verlaufenden Schizophrenien,
neurotischem Überbau bei endogenen Depressionen und andern
Psychosen,
charakterlichen Schwierigkeiten.

Beim Gesunden kommen in Frage:

Lebenskonflikte,
Probleme der Individuation,
Schwierigkeiten der «Lebensmitte», der «50er-» und auch der «60er-Schwelle» usw.

6. Frage: Wo sind die Grenzen?

Wenn prozeßhaft verlaufende Psychosen vorliegen oder bei intellektueller oder moralischer Debität.

Zum Schluß möchte ich noch speziell auf die *Einstellung* C. G. JUNGS zur Religion eingehen, hat er doch als erster erkannt, daß die religiöse Frage als *zentraler Faktor auch von der Tiefenpsychologie* akzeptiert werden muß¹.

Für ihn ist eine Analyse ohne gründlichste Bearbeitung der religiösen Frage keine richtige Analyse. Der Mensch wird erst zum Menschen, wenn er das religiöse Bedürfnis, die Notwendigkeit des Religiösen erkennen und annehmen konnte. Dies gilt ganz besonders für die zweite Lebenshälfte. In «Beziehungen der Psychotherapie zur Seelsorge» (Rascher, 1932) schreibt JUNG: «Unter allen meinen Patienten jenseits der Lebensmitte, das heißt jenseits 35, ist nicht ein einziger, dessen endgültiges Problem nicht das der religiösen Einstellung wäre – keiner ist wirklich geheilt, der seine religiöse Einstellung nicht wieder erreicht ...»

JUNG erkannte, daß eine tiefste seelische Schicht, ein psychischer Ort existiert, in welchem die Begegnung mit dem Numinosen vollzogen werden kann, nämlich im Selbst.

ZACHARIAS formuliert die Auffassung JUNGS folgendermaßen: Gott gibt sich dem Menschen unmittelbar nur in dessen Psyche. Mit der Psyche hat Gott jenes Organ geschaffen, dessen er sich bei seiner Herabkunft bedienen will. Die Psyche ist der Schauplatz der Epiphanie Gottes. Sie ist vom Schöpfer zur Krippe ausersehen, die das göttliche Kind aufnehmen soll. Wenn Gott selbst die menschliche Seele geschaffen hat, so ist ihre Minderbewertung eine Sünde gegen den Schöpfer.

Wenn JUNG auch von vielen Theologen als «Gnostiker» im Sinne eines Häretikers gebrandmarkt wird, ist er in Wirklichkeit ein Empiriker; seiner Natur nach aber ist er ein tiefer und echter homo religiosus, allerdings nicht in dem Sinne, daß er alles unbescheiden annehmen könnte, sondern im Sinne des Suchers, für den Auseinandersetzung eine absolute Notwendigkeit ist. So hat JUNG von Jugend auf um die Beantwortung religiöser Fragen leidenschaftlich gerungen. Für ihn ist nur der ein echt religiöser Mensch, der vom Numinosen berührt worden ist, der sich nicht nur mit rationalen Erkenntnissen zufriedengibt.

Darum konnte JUNG auch nicht haltmachen vor dem Problem der «dunkeln Seite Gottes», vor der Einbeziehung «Satans» als zum Numinosen gehörend und auch nicht vor der Einbeziehung des Weiblichen in das Numinose.

¹ H. SCHÄR, Religion und Seele in der Psychologie C. G. Jungs. Rascher 1946. – G. P. ZACHARIAS, Psyche und Mysterium. Rascher 1954.

Ich habe versucht, einen Einblick in die analytische Psychologie C. G. JUNG'S zu geben. Es wäre noch sehr viel zu sagen, wenn wir nur schon an die neueste, 1952 herausgekommene Schrift JUNG'S über *Synchronizität* denken, in welcher er sich mit der Frage beschäftigt, ob reine Koinzidenzen, also akasale, d. h. nicht ursächlich zusammenhängende Phänomene, vom psychologischen Standpunkt aus als sinnhafte Faktoren nachgewiesen werden können.

Wenn wir abschließend das bisherige Œuvre JUNG'S betrachten, das er in mehr als 50 Jahren geschaffen hat, so erkennen wir, wie tief und leidenschaftlich er sein ganzes Leben hindurch nach neuen Erkenntnissen suchte, nach heilenden Kräften für den leidenden Menschen und für unsere zerrissene Zeit.

So kam er zur Überzeugung, daß zuallererst ein Heilweg für den einzelnen, persönlichen Menschen gefunden werden muß, wenn die Kollektivität aus dem gegenwärtigen Chaos befreit werden soll.

III. DER HEILWEG DER SCHICKSALSANALYSE

EINFÜHRUNG IN DIE PSYCHOSCHOCK-THERAPIE
VON L. SZONDI, ZÜRICH

I. DIE THEORETISCHEN GRUNDLAGEN DER SCHICKSALSANALYSE

Die Schicksalsanalyse (Sch-A) ist die Tiefenpsychologie des *familiären* Unbewußten.

Ihre besondere Aufgabe besteht darin, die störenden Wirkungen der unterdrückten und somit nicht offen gelebten Ahnenansprüche zu agnoszieren und zu sozialisieren. Das familiäre Unbewußte manifestiert sich in den Wahlhandlungen, welche – nach der Theorie der Sch-A – durch die latenten Genotypen des familiären Ubw gelenkt werden.

Schicksalskrank nennen wir einen Menschen, bei dem die erbbedingten Wahlhandlungen in Liebe, Freundschaft, Beruf, Krankheitsform und Todesart das Schicksal des Betreffenden stören oder sogar zerstören.

Schicksalskranke sind demnach wahlkranke Menschen. Die krankhafte Wahl manifestiert sich des öfteren in der Wahl des Ehe- oder Liebespartners.

Beispiel 1. Eine junge soziale Fürsorgerin (Abb. 1, Nr. 10) suchte mich auf, weil sie sich schon zweimal entloben mußte, da beide gewählten (Nr. 9 u. 11) Männer – wie es sich später herausstellte – von einer Schizophreniefamilie abstammten. Nach langem Zögern teilte sie mir mit, daß ihre Mutter (Nr. 4) ebenfalls schizophrene und derzeit interniert ist. Ihre Fragen an mich lauteten: Warum kann sie nie einen Mann wählen, der nicht Abkömmling von Schizophrenen ist? Warum wird sie in ihrer Wahl unbewußt immerfort von der schizophrenen Mutter *zwanghaft* gelenkt? Wird denn diese schizophrene Anlage in ihr nie aufhören zu wirken und ihr ganzes Leben verderben?

Ist es für sie nicht möglich, einen anderen Wahlweg in der Zukunft einzuschlagen? Unsere Antwort war die: sie müsse ihre Schizophrenie-Konduktorschaft im Beruf – z. B. als Irrenpflegerin – sozialisieren.

Dieses Beispiel will zeigen, was wir unter Schicksalskrankheit oder Wahlkrankheit verstehen. In diesem Fall war die wahlenkende und

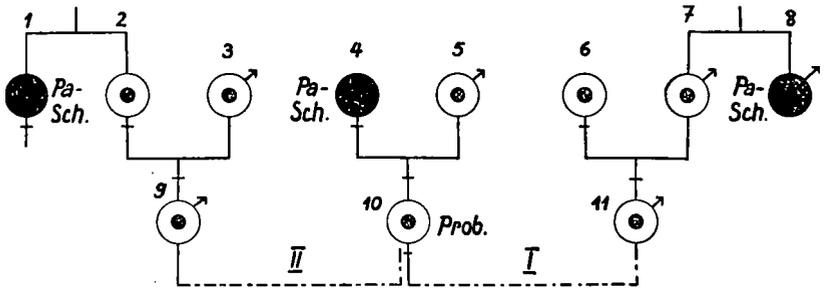


Abb. I.

schicksalstörende Wirkung der schizophrenen Konduktorschaft der Patientin schon bewußt geworden. Dem ist aber nicht immer so. Die meisten wahlkranken Menschen sind sich dessen nicht bewußt, warum sie zwangsmäßig immer wieder solche Partner wählen, die Überträger eben derjenigen Erbkrankheiten sind, welche der Wähler selbst als «Wahlmuster und Wahlfigur» (R. M. RILKE) – unbewußt – in seinem familiären Urvw verbirgt.

Beispiel 2. Ein Fabrikant (Abb. 2, Nr. 4) heiratet zweimal. Die erste Frau (Nr. 5) verläßt ihn, weil sie einen anderen Mann liebt. Es kommt zur Scheidung, und die Frau heiratet ihren Geliebten, der ein leichtsinniger Haltloser ist. Diese Ehe bringt aber der Frau nicht viel Glück. Der Mann ist ihr untreu, und sie beginnt in ihrem Unglück maßlos zu trinken. In einer tiefen Depression nimmt sie sich dann das Leben. Ihr erster Mann, unser Fabrikant, heiratet auch ein zweites Mal. Erst in der Ehe erfährt er, daß die Mutter (Nr. 1) dieser zweiten Frau (Nr. 3) – genau so wie seine erste Gattin – aus Liebeskummer Selbstmord begangen hat.

Warum wählt dieser Mann zweimal Ehepartner, von denen die erste sich selbst das Leben nahm und die zweite die Tochter einer Selbstmörderin war? Warum kann er diesen Kreis des Selbstmordes nicht verlassen? Der Stammbaum Nr. 2 gibt uns die Antwort.

Die Schwester des Fabrikanten (Nr. 6) hat sich ebenfalls das Leben genommen. Der Fabrikant selbst ist ein schwer depressiver Mann und Konduktor der Anlage zum Selbstmord.

In diesem Fall waren beide Partnerwahlen in bezug auf die Selbstmordanlage völlig unbewußt. Er konnte ja nicht ahnen, daß seine erste Frau aus Liebeskummer sich später das Leben nehmen wird. Der Selbstmord seiner zweiten Schwiegermutter war ihm vor der Ehe

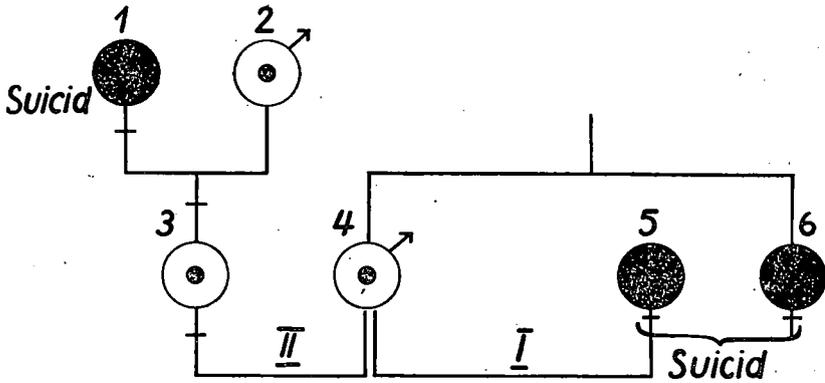


Abb. 2.

ebenfalls unbekannt. In diesem Fall handelt es sich demnach um zwei unbewußte Wahlhandlungen bei einem wahl- und schicksalskranken Menschen.

Hier müssen wir auf einen häufigen Einwand antworten, der etwa so lautet: Was hat eine Wahlkrankheit mit der Neurosen- und Psychosenlehre zu tun? Kann man überhaupt von einer Erkrankung des Schicksals und der Wahl sprechen? Über diese Frage berichtet ausführlich das erste Buch der Schicksalsanalyse¹. Wir behaupten, daß *die unterdrückten, nicht zur Manifestation gelangten Ahnenansprüche (genetisch gesprochen: die latenten, rezessiven Gene) aus dem familiären Ubw die nämlichen Symptome hervorbringen können wie die persönlich verdrängten Regungen oder Vorstellungen*. Die Sch-A hat die Idee und das Gesetz der Verdrängungslehre S.FREUDS auch für das *familiäre Ubw* richtig und gültig gefunden. Wir sagen: unterdrückte, latente Ahnenansprüche – wie die der Epilepsie, Schizophrenie, Melancholie, Manie, Kriminalität, des Selbstmordes usw. –, die noch nie oder nur episodisch, d.h. schubweise, zur Manifestation bzw. zum Bewußtsein gekommen sind, können die nämlichen neurotischen oder präpsychotischen Krankheitsbilder hervorrufen wie die persönlich verdrängten Triebregungen. Darum spricht die Sch-A von «Schicksalsneurosen».

Die Differentialdiagnose in der Frage, ob ein klinisches Symptom aus dem persönlich-verdrängten oder aus dem familiären Ubw oder aber aus beiden herkommt, fußt eben auf der schicksalsanalytischen Untersuchung der Wahlhandlungen. Wo die Wahl im Leben ausschließlich auf der nämlichen

¹ SZONDI, L.: Schicksalsanalyse. Erstes Buch. Wahl in Liebe, Freundschaft, Beruf, Krankheit und Tod. B. Schwabe, Basel. II. Aufl. 1948.

Konduktorschaft beruht, deren Träger der Wähler selbst ist, dort handelt es sich um eine Neurose oder Präpsychose, die an erster Stelle durch das familiäre Ubw bedingt ist. Natürlich finden wir auch bei den Schicksalsneurotikern und -präpsychotikern frühkindliche Traumata, die in der Genese der Symptome ebenfalls eine Rolle spielen. Eben deshalb beginnen wir die Sch-A mit einer orthodoxen Psychoanalyse und wenden uns erst nachher der besonderen Methode der Sch-A, der sog. *Psychoschock-Therapie*, zu, über die wir hier referieren werden.

Für die Richtigkeit unserer Auffassung, die wir auf Grund von Hunderten von Analysen stets bestärken konnten, sprechen alle diejenigen Kranken, welche nach einer Psychoanalyse ihr Schicksal weiter nicht ertragen können, und zwar eben deshalb nicht, weil alle ihre Wahlhandlungen in Liebe oder Beruf mißlingen. Das Schicksal dieser psychoanalytisierten Kranken muß sich eben durch die zwangsmäßigen und unbewußten Wahlhandlungen krankhaft gestalten, weil ja die unterdrückten Ahnenansprüche, die die Wahl lenken, in der Psychoanalyse weder bewußt gemacht noch sozialisiert oder sublimiert worden und somit weiter noch fähig sind, das Schicksal ihrer Träger zu stören. Wir stellen die Indikation einer Sch-A immer dort auf, wo die Wahlhandlungen der Person das Schicksal des Neurotikers oder Präpsychotikers immer wieder stören oder zerstören. Anders ausgedrückt: *Die Abkömmlinge von seelischen Erbkranken sind die adäquaten Objekte einer schicksalsanalytischen Behandlung.*

Wir sagen: Schicksal ist Wahl und unterscheiden zwei Arten von Wahlhandlungen.

1. *Die unbewußten, von den Erbanlagen gelenkten Wahlhandlungen.* Hier lenken die unbewußten Ahnenansprüche die Person in der Wahl in Liebe, Freundschaft, Beruf, Krankheitsform und Todesart. Wir nennen das Stück des Schicksals, welches durch die latenten Ahnenbilder (Genotypen) unbewußt zustande kommt, das *familiäre Zwangsschicksal*.

2. *Die bewußten, von dem persönlichen Ich der Person gelenkten Wahlhandlungen.* Dieses Stück des Schicksals ist unser *persönliches Wahlschicksal*¹.

Das familiäre Zwangsschicksal und das persönliche Wahl- (oder Ich-Schicksal) machen die Ganzheit des Schicksals aus. Die eigentliche Sch-A als Heilweg besteht somit – rein theoretisch gesehen – aus folgenden zwei Phasen:

Die *erste* Phase ist die der Bewußtmachung und Konfrontierung des Patienten mit seinen unterdrückten Ahnenansprüchen. Diese Phase ist die *Analyse des Zwangsschicksals*.

¹ SZONDI, L.: Mensch und Schicksal. Wissenschaft und Weltbild. Jg. 7, H. 1/2 1954, Wien.

Die *zweite* Phase ist die der *Ich-Analyse* und der *Glaubensfunktion*, d. h. die Analyse der Verbindung des Ichs mit dem Geist. Diese Phase entspricht somit der *Analyse des Wahlschicksals*.

Prüfen wir die Lebensgeschichte eines Menschen unter dem hier erörterten Aspekt der Sch-A, so müssen wir an erster Stelle die «*persönlichen Proportionen von Zwangs- und Wahlschicksal*» in seinem Leben bestimmen. Diese Proportionen sind natürlich bei den Wahl- und Schicksalsneurotikern eben in der Richtung des Zwangsschicksals krankhaft verschoben. Die Aufgabe des Schicksalsanalytikers besteht somit darin, den Zwang in seinen Wahlhandlungen bewußt zu machen und das Schicksal der Person durch Umbau und Stärkung des Ichs in der Richtung des bewußten Wahlschicksals zu verschieben. Denn je größer das Stück des Wahlschicksals, um so kleiner ist die Wahrscheinlichkeit, daß der Mensch schicksalskrank wird.

Damit haben wir aber sowohl über die Formen der Wahlhandlungen wie über die Faktoren des Schicksals nur eine grobe Übersicht gegeben. Das Zwangsschicksal fußt zwar auf dem Boden des *Erbes*, also auf dem wichtigsten Wahlfaktor im familiären Ubw; es gibt aber noch andere Faktoren, die das Schicksal des Einzelnen immer noch in *zwanghafter* Weise zu lenken vermögen.

Dies ist erstens *die Triebnatur*, welche zwar auch familiärer Natur, d. h. vererbt ist; dennoch hat sie sich von den ganzheitlichen seelisch-kranken Ahnen figurell – als besonderes Triebbild – abgehoben. Diese Triebbilder gehören zwar zum Gesamtgenotypus einer Ahnenfigur; sie werden und können aber bei dem Nachkommen – ohne die Ganzheit des Ahnenmusters zwanghaft zu wiederholen – auch isoliert gelebt werden. So kann jemand das zerstörende, sadistische, kainistische Triebschicksal leben, ohne das ganze epileptische Schicksal seines Erbes wiederholen zu müssen. *Die Triebbilder sind somit verselbständigte Teilbilder von Genotypen, die wir als gewichtige Faktoren des Zwangsschicksals antreffen.* Sie werden des öfteren als persönlich verdrängte Triebregungen aufgefaßt; sie wirken aber im Grunde als Teilansprüche einer unterdrückten Ahnenfigur aus dem familiären Ubw. Das ganze Erbschicksal und das partielle Triebschicksal sind die genischen Faktoren des Zwangsschicksals katexochen; beide werden als familiäre Ubw topographisch im Kernsystem der Zelle lokalisiert.

Als *Umweltfaktoren* des Zwangsschicksals müssen wir noch das *soziale* und das *mentale* Schicksal der Person genau untersuchen. Die engere Familie, die breitere soziale Schichtung dieser Familie, die so-

ziale Lage der Freunde, die soziale Höhe des Berufs sowohl der Familienmitglieder wie auch die des Probanden spielen unbewußt und zwanghaft in der Gestaltung des Zwangsschicksals mit. Darum ist die Analyse des *Sozialschicksals* ein integrierender Teil der Analyse des Zwangsschicksals.

Unter *Mentalschicksal* verstehen wir an erster Stelle die Weltanschauung der Zeit und der Umwelt, in der der Mensch erzogen wurde und leben muß. Kirche und Schule, Krieg und Revolutionen formen in zwanghafter Weise die *Weltanschauung* und somit die «*Mentalität*» des Einzelnen. Im Aufbau eines Zwangsschicksals leistet das Mentalschicksal auch einen gewichtigen Beitrag. Natürlich spielen Erbfaktoren (wie ererbte Intelligenz und spezielle Begabung) sowohl bei dem Sozial- wie bei dem Mentalschicksal ebenfalls eine Rolle. Die Faktoren des Zwangsschicksals sind somit in einem Bündel verwoben, das man nur mit besonderen Methoden – eben mit der Sch-A – zerlegen kann.

Die Faktoren des Wahlschicksals sind: das Ich und seine Verbindung zum Geist, an erster Stelle die Glaubensfunktion. Sie sind äußerst komplexe Verbindungen. Die Rolle des Ichs und der Glaubensfunktion im

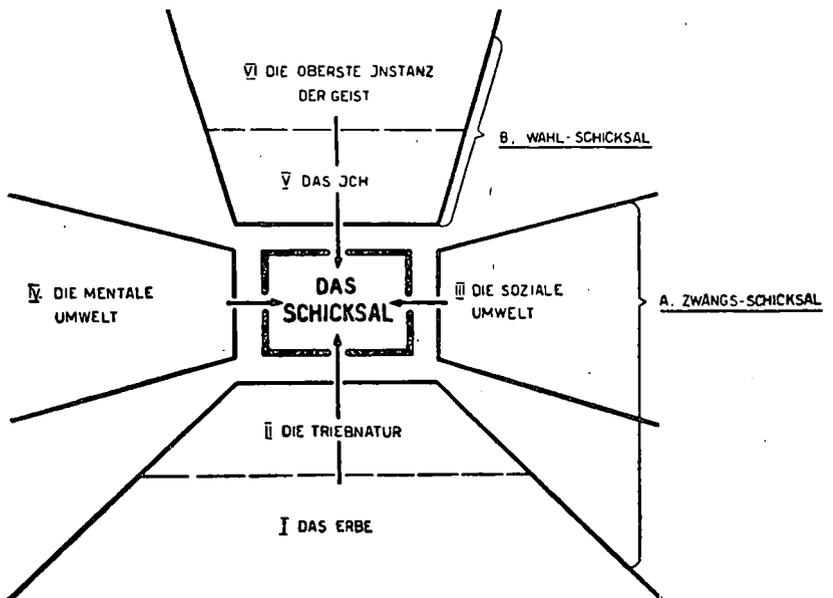


Abb. 3.

Aufbau des Schicksals wird in der Sch-A durch eine besondere Art der «Ich-Analyse» aufgezeigt und in der Therapie angewendet.

In Abb. 3 geben wir ein anschauliches Schema über die Faktoren des Zwangs- und Wahlschicksals so, wie wir sie in einer schicksalsanalytischen Behandlung antreffen und analysieren.

A. Die Faktoren des Zwangschicksals:

I. *Das Erbe*, dessen Ahnenfiguren mit ihren speziellen Ansprüchen die Urbevölkerung des *familiären Ubw* ausmachen.

II. *Die Triebnatur*, die sich als ein isoliertes Bündel der Triebansprüche von dem Ganzbild (Genotypus) einer oder mehrerer Ahnenfiguren abgetrennt hat.

III. *Die soziale Umwelt* und

IV. *die mentale Umwelt*, die in der Prägung der Weltanschauung eine gewichtige Rolle spielt.

B. Die Faktoren des Wahlschicksals:

V. *Das Ich* und

VI. die höchste Instanz: *der Geist*.

II. DIE PHASEN DER SCHICKSALSANALYSE METHODIK

Auf Grund der vorausgegangenen theoretischen Erörterungen können wir nun den Weg in der schicksalsanalytischen Behandlung kurz wie folgt nachzeichnen.

A. DIE PSYCHOANALYTISCHE PHASE

In diesem einleitenden Abschnitt der Sch-A werden genau wie in der Psychoanalyse die persönlich-verdrängten Regungen, Vorstellungen und Erlebnisse mit Hilfe der FREUDSchen Traumdeutungs- und Einfallsmethode bewußt gemacht. War der Kranke schon vorher in einer psychoanalytischen Behandlung, so wird diese Phase in der Sch-A zeitlich abgekürzt.

B. DIE SCHICKSALSANALYTISCHE PHASE
DIE PSYCHOSCHOCK-THERAPIE

Die Lage in dieser zweiten Phase ist immer noch die Couchlage. Die Abweichung von der Psychoanalyse betrifft nur die Haltung des Analytikers. Er greift in dieser Phase schon aktiv ein, indem er das Assoziationsverfahren auf bestimmte *aus dem Traum- oder Einfallsmaterial stammende Reizworte energischer handhabt*.

Wir nennen dieses strenge und schockierende Assoziationsverfahren «*Hammerschlag-Assoziationsverfahren*». Es besteht darin, daß bestimmte Reizworte, die nach der Meinung des Analytikers aus dem besonderen unterdrückten Ahnenanspruch in das Traum- oder Einfallsmaterial eingedrungen sind, so lange hammerschlagartig nacheinander wiederholt werden, bis die Schockwirkung sich einstellt. Der Analysierte gibt seine Widerstände auf und läßt die unterdrückte Ahnenfigur plötzlich auf der Couch erscheinen.

Ein Beispiel: Ein latenter Epileptiker bringt einen Traum, in dem er selbst als Amokläufer, sein Gegner, der Vater, als Feuergott erscheint. Er spricht von Mord, von Säbel, von Amok usw. Nun zwingt ihn der Schicksalsanalytiker durch hammerschlagartige Wiederholung der Reizworte: «Mord, Mord, Mord» ... «Säbel, Säbel, Säbel» ... «Amok, Amok, Amok»... und so fort, so lange in dem Assoziationskreis der Tötung zu verbleiben, bis der Kranke widerstandslos diejenige Abwehrart ergreift, die wir den epileptiformen Abwehrmechanismus nennen. Er fängt an zu stöhnen, es wird ihm warm und kalt, er möchte von der Couch aufspringen, mich töten oder weglaufen, es wird ihm schlecht. Durch den hammerschlagartigen Assoziationszwang wurde demnach «künstlich» eine *Aura epileptica* hervorgerufen. Nachdem auf diese Art der Patient *in vollem Bewußtseinszustand* die Vorphasen eines epileptischen Anfalls *mehrmals* erlebt hat, konfrontieren wir ihn mit seiner Konduktorschaft einer epileptischen Anlage.

Auf ähnliche Weise gehen wir bei dem künstlichen Hervorrufen eines schizophrenen Schubs auf der Couch vor. Dies werden wir in unserem Fall 4 später demonstrieren.

Die Schicksalsanalyse verfügt derzeit über *drei* Methoden, mit Hilfe deren sie die Existenz verborgener «Ahnenansprüche», die Wirkung latenter Erbanlagen in dem familiären Unbewußten zu erschließen und zu heilen vermag. Diese sind:

I. *Die Abreagierung, das Erlebenlassen der kranken Ahnen in der schicksalsanalytischen Therapie.* Das heißt: das Erleben derjenigen krankhaften seelischen Erbanlagen, deren Konduktor der Patient ist und die sein Schicksal stören. Sie besteht also in dem Erlebenlassen der Konduktornatur. Dieses Erlebenlassen der kranken Ahnen wirkt *schockartig*.

II. *Die Konfrontation des Probanden mit den kranken Ahnen auf Grund der genotropischen Stammbäume.*

III. *Die Konfrontation des Probanden mit den latenten familiären Triebanlagen auf Grund der experimentellen Triebdiagnostik.*

Ad I. *Das Auslebenlassen der Konduktornatur, d. h. der seelisch kranken Ahnen:* Die Methode, mit der die Sch-A den Probanden zur Befriedigung, Abreagierung seiner verborgenen Ahnenansprüche zu verhelfen vermag, ist die erwähnte *Hammerschlagmethode des Assoziationsverfahrens*.

Der Patient wird weiter in die liegende analytische Situation gebracht, Träume werden mit der üblichen Einfallsmethode durch Assoziationen gedeutet. Das schicksalsanalytische Verfahren verläßt erst an dem Punkt der Analyse den bekannten Weg der passiven Psychoanalyse, wo der Schicksalsanalytiker durch das besondere Verhalten des Patienten darauf aufmerksam gemacht wird, daß die Assoziationskette nicht einfach durch persönliche Widerstände, sondern durch tiefer gehende *vorpersönliche* Einbruchselemente gestört wird. Diese sind zumeist folgender Natur:

1. *Einbruch von paroxysmalen, epileptiformen Abwebrütigkeiten in die analytische Situation* (Aura epileptica, Fuga epileptica usw.). Der Patient unterbricht plötzlich die Assoziationskette mit der Aussage: «Es ist mir unwohl.» Er hat das unangenehme Gefühl des Versinkens in das Nichts; er hat Angst, daß er einen Anfall bekommen könnte. Er will von der Couch aufspringen oder aus dem Sprechzimmer weglaufen (Fuga). Oft äußert der Patient schwere Aggressionswünsche dem Analysator gegenüber. Er möchte ihn erwürgen, erstechen usw.

Diese *Aura-* und *Fugasymptome* sind die bekannten Vorboten, Prodrome, eines epileptischen Anfalls. Sie werden zumeist von Stöhnen, Luftschnappen, Atemnot begleitet. Zu einem wirklichen totalen Anfall mit tonisch-klonischen Krämpfen kommt es fast nie.

2. *Einbruch eines Asthmaanfalls* bei einem Patienten, der sonst nie manifest asthmakrank war.

3. *Auftreten von hysterischen Krämpfen*, wie Lach- oder Weinkrämpfe, Opisthotonus usw.

4. Plötzliches Auftreten von *Pseudohalluzinationen*, *Sinnestäuschungen*, im besonderen von *Neologismen*. (Vgl. Beispiel 4.)

5. *Paranoide* Beschuldigungs-, Verfolgungs-, Beeinträchtigungs-, Beziehungs-, Beobachtungswahnideen oder Größenideen brechen plötzlich ein, zumeist bei Kranken, die vorher niemals ähnliche Wahnvorstellungen geäußert haben. Und so fort. Die Patienten werden demnach in der Stunde vorübergehend «verrückt». *Darin besteht die Schockwirkung.*

Die Stellungnahme des Schicksalsanalytikers gegenüber diesen plötzlichen Einbrüchen krankhafter Symptome in der Analyse ist nicht mehr eine *passive* wie die des Psychoanalytikers. Wir fordern sogar den Analysierten auf, diese «Anfälle» in den Stunden hemmungslos so oft wie möglich auszuleben. Er soll eben den epileptischen, hysterischen, asthmatischen, paranoiden «Anfall» *bewußt*, unter der Kontrolle seines eigenen Ichs und in Gegenwart des Analysators erleben. Er möge seine kranken Ahnen hier auf der Couch «entladen», sich von ihnen «befreien», er müsse die bisher verborgenen Ahnen, deren Überträger, Konduktor er ist, einmal kennenlernen, sich mit ihnen eben durch diese schockierenden Einbrüche auseinandersetzen und sie bewußtseinsfähig machen. Wir betonen ununterbrochen, daß hier, in der schicksalsanalytischen Situation unter der Kontrolle des Analysators, der Patient ruhig, ohne Gefahr einmal wirklich «*erbkrank*» werden, also seine verborgene Epilepsie, Hysterie, sein Asthma, seine paranoide Schizophrenie ausleben kann.

Und noch mehr: er muß sich gegenüber diesen störenden familiären Anlagen eine *bewußte und gesunde Stellungnahme erwerben*. Das will sagen: Er möge sich in den analytischen Stunden darin «üben», daß man diese Einbrüche kranker Erbanlagen auch *ohne Angst, bewußt* ertragen kann und sie auch auf *sozialen* Wegen zu befriedigen vermag. Also z. B. dadurch, daß man ohne Angst, mit Bewußtsein diesen krankhaften Symptomen psychologisches Interesse schenkt und sie irgendwie beruflich oder durch andere soziale Tätigkeiten – als Heilpädagoge, Fürsorger, Irrenpfleger usw. – befriedigt.

Als ich meinen Kollegen über diese Art, *die kranken Ahnen in der Sprechstunde erleben zu lassen*, referierte, hörte ich folgende Einwände:

Erstens sei meine Methode eine «*psychische Schocktherapie*», die genau dieselben Gefahren in sich trage wie etwa die Elektroschocktherapie. Gegen diesen Einwand kann ich folgendes sagen:

Die Elektroschock- wie auch die Insulin-Cardiazol-Therapie bringt

zwar das «Epileptische» aus dem Kranken heraus, aber erstens *nur* das «Epileptische», zweitens immer in einem Zustand des Unbewußtseins. Die schicksalsanalytische Therapie hingegen bringt alle möglichen verborgenen und störenden seelischen Erbanlagen zur Manifestation, und zwar immer in einem *Bewußtseinszustand*, in dem der Patient seine krankhaften Schicksalsmöglichkeiten bewußtseinsfähig machen kann und ihnen durch ständige Prüfung der Realität mit Hilfe des Analysators in der Zukunft *zielbewußt und zweckgemäß* einen nicht krankhaften Abfuhrweg zu suchen und zu finden vermag.

Hier ist demnach die Schockwirkung bewußt.

Dieser Unterschied in bezug auf die Schockwirkung im Zustand des Bewußtseins ist ausschlaggebend für die Therapie und für die Zukunft des Patienten. Sie verlieren allmählich die unbewußten Angstzustände vor den Einbrüchen unbewußter familiärer Mächte. Sie werden in den Stand gesetzt, *die «kranken» Ahnen des familiären Unbewußten allmählich dem Ich einzuverleiben, den gefahrdrohenden Hintergänger anzunehmen, und finden zumeist selbst den Weg zur Sozialisierung bzw. Sublimierung der angst-erregenden kranken Ahnen.* Dies um so mehr, da ja die aktive Sch-A ihnen in den Stunden klare Hinweise liefert in der Richtung, daß *jede Erbanlage in jedem Menschen gegensätzlich angelegt ist.* Das will sagen: *Eine jede Erbanlage bedingt für uns eine «krankhafte» und eine «sozialisierbare» Schicksalsmöglichkeit.* Ein jeder Mensch ist Träger und Überträger polar entgegengesetzter Schicksalsmöglichkeiten. *Er trägt nicht nur die krankhafte, sondern auch die geistige Form der nämlichen Erbanlage in sich.* Das heißt: *Er kann wählen zwischen den bewußt gemachten Gegensätzen seines familiären Schicksals.* Also z. B. zwischen dem Schicksal des Morbus sacer (= Epilepsie) und dem des Homo-sacer-Berufes. Oder zwischen dem Schicksal des Paranoiden und zwischen dem Beruf eines Psychologen, Psychiaters, eines Detektivs oder anderen Berufen, die mit der Detektionsfunktion der familiären Seele innig verbunden sind. Das Paranoide vererbt sich nicht als «das Paranoide», sondern als eine übermäßig starke Detektionsfunktion, die man einmal krankhaft, ein anderes Mal sozialisiert ausleben kann.

Die Bewußtmachung der gegensätzlichen Schicksalsmöglichkeiten aller sog. familiären seelischen Erbanlagen einerseits, die bewußte, persönliche Wahl in Frage des seelischen Schicksals andererseits sind die besonderen Attribute der Schicksalstherapie, die eben bei allen anderen Arten der Schocktherapie fehlen.

Der *zweite* Einwand gegen dieses Heilverfahren lautet: Unser Heilweg sei zu gefährlich. Unsere Antwort ist die: Sie ist nur in den Händen derjenigen Psychotherapeuten gefährlich, die *selbst* noch mit ihrem ei-

genen familiären Unbewußten kämpfen müssen und infolgedessen Angst haben, in der analytischen Situation bei ihren Patienten Symptome von seelischen Erbkrankheiten zu erleben, von denen sie sich selbst bedroht fühlen. Ist aber der Heilpsychologe nicht nur in bezug auf sein persönlich verdrängtes, sondern auch auf sein familiäres Unbewußte richtig und genügend tief analysiert, so gibt es für ihn keine Angst und für den Analysierten keine Gefahr mehr, denn dann ist der Analytiker in der Tat fähig, das «Seil», an dem er den Patienten in das familiäre Unbewußte hinunterläßt, fest und sicher in den Händen zu halten.

Ich habe in den vergangenen zehn Jahren die Erfahrung gemacht, daß die hier dargelegte Schicksalstherapie von Kollegen, die bei mir die Lehranalyse für die Schicksalstherapie machten, in der Tat gut erlernbar und ohne Gefahr ausübbar ist. Die erste und letzte Bedingung ist und bleibt auch für die Zukunft die: Der Analytiker muß selbst einmal Objekt einer Schicksalsanalyse werden und sein eigenes familiäres Unbewußte bewußt gemacht und gelöst haben.

Ad II. Die Konfrontation des Probanden mit den kranken Ahnen auf Grund seiner eigenen genotropischen Stammbäume.

Diese zweite Phase der schockartigen Konfrontierung mit dem familiären Unbewußten folgt der ersten, in welcher der Analytierte in der Liegephase seine krankhaften familiären Anlagen genügend oft und intensiv ausgelebt und bewußtseinsfähig gemacht hat. Hier wird die Couchlage schon überflüssig.

Im Gegensatz zu den in der bisherigen Genetik üblichen Stammbaumforschungen stellt die genotropische Familienforschung die Stammbäume aller Personen zusammen, die mit dem Probanden und dessen Blutsverwandten «genverwandt» sind. Das heißt: Es werden nicht nur Stammbäume der Blutsverwandten aufgestellt, sondern aller derjenigen Personen, zu denen der Proband und seine Blutsverwandten in der Vergangenheit in Liebe, Freundschaft, Beruf hingezogen wurden, also von den sog. «Genverwandten»¹. *Genverwandt* sind die Individuen, in deren Genbeständen, bzw. in deren familiärem Unbewußten, identische oder verwandte rezessive Gene, bzw. verwandte, unterdrückte Triebtendenzen, enthalten sind. Aus der Symmetrie dieser genotropischen Stammbäume von Individuen, die in Liebe, Freundschaft, Beruf, Krankheit und Tod zusammengeballt wurden, sind wir imstande, die *besonderen dynamischen Funktions- und Wirkungselemente des*

¹ Schicksalsanalyse. II. Aufl. S. 86–95.

familiären Unbewußten zu erschließen. Bei dieser zweiten Konfrontation mit dem Zwangsschicksal ist die Schockwirkung geringer als in der ersten Phase: Diese Methode wurde in dem ersten Buch der Schicksalsanalyse an einer Menge von Beispielen erörtert.

Ad III. Die Konfrontation des Probanden mit den latenten, familiären Triebanlagen auf Grund der experimentellen Triebdiagnostik, des Triebtestes.

In dem ersten Band der Triebpathologie¹ begründeten wir die These der Schicksalsanalyse, nach der «*psychopathologische Erbanlagen*» als eine *erbbedingte Dialektik zwischen bestimmten Triebstrebnungen und gewissen Ich-abwehrfunktionen aufzufassen sind*. In dieser erbgemäßen Trieb- und Ichdialektik verwirklicht sich die sog. Genwirkung in der Psychopathologie. Die Triebfunktionen wie die ebenfalls triebhaften Ich-Abwehrfunktionen sind genetisch in zwei entgegengesetzten Richtungen «*vorpersönlich*» angelegt. *Seelische Gesundheit und Krankheit sind Zustände, welche durch Phasenwechsel der Trieb- und Ich-Abwehrdialektik im familiären Unbewußten bestimmt werden*.

Eine weitere ausschlaggebende Behauptung der Schicksalsanalyse ist die folgende:

Jeder Mensch – ob seelisch gesund oder krank – ist Träger und Überträger polar entgegengesetzter Schicksalsmöglichkeiten aller psychischen bzw. psychopathologischen Erb- bzw. Triebkreise.

Die Frage nach der besonderen Konduktornatur der Person ist in einer Richtung nie im absoluten, sondern immer nur im *relativen* Sinne zu beantworten. Denn: nur die *Latenzproportionen* der verschiedenen Erbanlagen gestalten sich von Individuum zu Individuum verschiedenlich. Auch bei demselben Individuum können sich im Laufe der Zeit, d. h. phasenweise, nur die Latenzproportionen aller Erbanlagen verschieben, nie aber kann der qualitative Genbestand selbst sich verändern. Das will demnach sagen: *Jeder Mensch trägt die polar entgegengesetzten Trieb- und Ich-Abwehranlagen aller vier Erbkreise in sich*. Also alle möglichen Wirkungsanlagen des Sexuellen (*S*), des Affektiv-Paroxysmalen (*P*), des Ichlebens (*Sch*) und des Kontaktlebens (*C*).

Die Anlagen dieser vier Erbkreise oder Triebkreise zeigen bei verschiedenen Menschen und auch bei demselben Menschen in verschiedenen Phasen seines Lebens untereinander *quantitative* Verschiedenheiten in den Stärkeproportionen der latenten Anlagen, die wir uns funktionell-dynamisch vorstellen müssen. Je größer die quantitative Unter-

¹ SZONDI, L.: Trieb-Analyse, Triebpathologie. Bd. I. Huber, Bern u. Stuttgart 1952. S. 28.

drückung, also die Latenz einer Anlage im Verhältnis zu den andersartigen Anlagen ist, um so ausgeprägter die besondere Konduktornatur des Menschen in einer bestimmten Richtung und in einer bestimmten Phase. Wenn wir demnach von der homosexuellen, sadomasochistischen, epileptischen, schizophrenen oder zirkulären «Konduktornatur» des Einzelnen sprechen, so heißt das nicht, daß diese Personen *nur* die Anlage zur Homosexualität oder nur die zum Sadomasochismus bzw. zur Epilepsie, Schizophrenie oder zum manischdepressiven Irresein in ihrem Genbestand bzw. in ihrem familiären Unbewußten in sich tragen, sondern daß bei diesen Personen eine Erbanlage unter den anderen in der Latenz die quantitativ und dynamisch stärkste ist und infolge dieser besonderen Latenzproportionen der Erbanlagen die Erkrankungsrichtung eher zu Homosexualität bzw. Sadomasochismus bzw. Epilepsie und Hysterie bzw. zu Schizophrenie oder zum Manischdepressiven tendiert.

Die Schicksalsanalyse unterscheidet sich demnach von der klinischen Schulpsychiatrie in zwei Punkten:

Erstens sucht sie die biologischen Wurzelfaktoren, die Radikale, der Krankheitseinheiten in den Trieb- und Abwehranlagen.

Zweitens erfaßt sie sowohl die Geisteskrankheiten wie die gesunden Charaktervariationen immer nur in den *Latenzproportionen*, also in den Kräfteverhältnissen der verschiedenen Triebgefahren, und nie in einer unitendenten Richtung. An Stelle der klinischen Diagnosen und einseitigen, monofaktoriellen Charakterbestimmungen müssen wir demnach in der Sch-A von Fall zu Fall die *individuellen Latenzproportionen der Trieb- und Abwehrformen bestimmen*¹.

Wie ist es aber möglich, die Kräfteverhältnisse der Erbanlagen, also die Latenzproportionen, in der *Einzelperson* festzustellen?

Die Bestimmung der Latenzproportionen des Individuums, bzw. die der Erbproportionen seiner Konduktornatur, geschieht in der Sch-A auf den erwähnten drei Wegen:

Vorerst wird festgestellt, welche krankhaften Ahnen in der Analyse von dem Probanden erlebt und abregiert werden und in welchen Stärkeverhältnissen?

Zweitens können die genotropischen Familienstammbäume ebenfalls Richtlinien zu den Latenzproportionen des Probanden liefern.

Die zwei erwähnten Methoden funktionieren zwar ausgezeichnet, sie geben uns dennoch kein *exaktes* Bild von den jeweiligen und zeit-

¹ SZONDI, L.: Triebpathologie. Bd.I. S. 248 f.

gebundenen Proportionen der in der Latenz weilenden Trieb- und Abwehrfunktionen. Dieser Umstand hat uns dazu geführt, für die Bestimmung der *individuellen* und *aktuellen* Latenzproportionen der Person eine experimentelle, exakte Methode zu schaffen. Diese ist das Triebexperiment, das Wahlverfahren der experimentellen Triebdiagnostik.

Diese Methode wurde im zweiten Buch der Schicksalsanalyse, in der «Experimentellen Triebdiagnostik» («Szondi-Test»)¹, ausführlich dargestellt. Dort findet der Leser die Beschreibung der experimentellen Methode, die der Bestimmung der aktuellen und individuellen Latenzproportionen dient. An dieser Stelle möchten wir nur zwei Tatsachen betonen, von denen die erste praktischer, die zweite mehr theoretischer Natur ist.

Die *praktische* Bemerkung ist die: Man soll die Ergebnisse der genotropischen Familienforschungen in bezug auf die Latenzproportionen der verschiedenen Konduktorschaften immer mit den Ergebnissen des Triebexperiments konfrontieren und auf diesem Wege die führenden Konduktornaturen der Person feststellen. Denn die Leistungsfähigkeit des Triebtestes auf dem Gebiete der Konduktorbestimmungen ist über alle Erwartungen *positiv* ausgefallen.

Auf dem Wege der Vergleichung von genotropischen Stammbäumen mit den Ergebnissen des Triebtestes in bezug auf die Latenzproportionen erleben wir Tag für Tag die unerschütterliche Richtigkeit der Wahltheorie der Schicksalsanalyse.

Beispiel 3. In dem vierten Buch der Sch-A – in der «*Ich-Analyse*»² – haben wir das Schicksal eines 25jährigen Apothekers beschrieben und die Zugänge zum familiären Unbewußten geprüft. Der Mann hat erstens in der schicksalsanalytischen Situation *zwei* kranke Ahnen erlebt und «reproduziert»: 1. den *epileptiformen* und 2. den *homosexuell-paranoiden*. Zweitens haben seine genotropischen Familienstammbäume ebenfalls nur in zwei Richtungen auf die erbgemäß möglichen Konduktorschaften hingewiesen. Diese waren: 1. der *Epilepsiekreis* und 2. der *paranoide-homosexuelle Erbkreis*. Die zwei Erbkreise zeigten sowohl in bezug auf die Erbkrankheiten wie auch auf die Sozialisierungen im Beruf die *stärksten* Manifestationsmöglichkeiten unter den Bluts- und Genverwandten des Probanden.

Auf Grund der Methode des «Auslebenlassens der Ahnen» und der «genotropischen Stammbaumforschungen» war demnach die Annah-

¹ SZONDI, L.: Experimentelle Triebdiagnostik. H. Huber, Bern 1947.

² SZONDI, L.: Ich-Analyse. Huber, Bern u. Stuttgart 1956.

me höchst wahrscheinlich, daß unser Apotheker einen *Doppelkonduktor von epileptischen und paranoid-homosexuellen Anlagen darstellt*.

Diese «Wahrscheinlichkeit» bezüglich seiner Konduktornatur wurde aber zur «Sicherheit» einer exakten Feststellung, als der Proband im Triebtest die folgenden Latenzproportionen lieferte:

$$\frac{\text{Schp}^- : \text{Pc}^- : \text{Cm}^{+-} : \text{S}}{6 \quad 5 \quad 1 \quad 0}$$

paranoid u. epileptiform

Wir deuten nach der bekannten Methode der experimentellen Triebdiagnostik diese experimentell festgestellten Latenzproportionen wie folgt:

1. Proband ist Konduktor der *paranoiden* (Schp^-) und *epileptischen* (Pc^-) Erbanlagen. Denn diese zwei Erb- bzw. Triebrichtungen wurden von ihm im Wahlverfahren mit dem höchsten Latenzgrad (6 und 5) belegt.

2. Diejenigen Trieb- und Erbfaktoren, welche in den experimentellen Latenzproportionen die *niedrigsten* Latenzgrade aufweisen, sind zu meist *manifest*. In dem *manifesten* klinischen Erscheinungsbild müssen wir in diesem Fall also *Kontaktstörungen* in Form von *Kontaktangst* (Cm^+) und *Haltlosigkeit* (Cm^-) vorfinden. An erster Stelle der manifesten Symptomatik steht aber die *sexuelle* Störung. Im Kontakt- und Sexualleben ist der Latenzgrad 1 und 0.

Die Bestimmung der Latenzproportionen im Wahlexperiment erlaubt also folgende Feststellung:

1. Der Proband ist *latent paranoid-epileptisch*; in seinem familiären Unbewußten sind die paranoid-epileptischen Ahnenansprüche am stärksten unterdrückt und somit die dynamisch stärksten und die gefahrdrohendsten Wirkungselemente.

$$\frac{\text{Schp}^- : \text{Pc}^-}{6 \quad 5}$$

2. Im *klinischen* Erscheinungsbild hingegen dominieren: die Sexualstörungen ($\frac{\text{S}}{0}$) und die Kontaktangst mit Haltlosigkeit ($\frac{\text{Cm}^{+-}}{1}$).

Diese experimentell gewonnenen exakten Ergebnisse decken sich nicht nur mit den Ergebnissen der Schicksalsanalyse, sondern auch mit denen der genotropischen Familienstammbäume.

Und nun kommen wir zu der *theoretischen* Bemerkung. Was für theoretische Konklusionen kann man aus der Tatsache ziehen, daß jemand im Wahlexperiment unter acht verschiedenen Arten von Erbkranken

genau diejenigen Bilder ablehnt, die eben Paranoide und Epileptiker abbilden, also eben Bilder von den zwei Arten von Erbkranken, welche in seinem Stammbaum unter den Bluts- und Genverwandten am häufigsten vorkommen?

Aus dieser Tatsache – die wir in zahllosen Fällen immer wieder bestätigt gefunden hatten – zogen wir folgende Schlüsse:

1. *Die Wahl im wirklichen Leben und die Wahl im Testexperiment wird durch die gleichen Faktoren bedingt.*

2. *Diese wahlbedingenden Faktoren sind Erbfaktoren.*

3. Diese Erbfaktoren manifestieren sich im Leben der Person nicht nur «genotypisch», d. h. nicht nur im ursprünglichen Erscheinungsbild einer Krankheit, sondern hauptsächlich «genotropisch», d. h. *wahlleitend*, indem sie die Wahlrichtung der Sympathie- und Antipathie bestimmen.

4. Die genotropisch wirkenden Erbfaktoren sind demnach diejenigen Wirkungselemente des familiären Ubw, welche – eben durch die Wahl – das Schicksal der Person bedingen. Auf dieser Grundthese fußt die Lehre der Schicksalspsychologie.

5. Da der Wahlvorgang in der Seele der Person unbewußt abläuft, da er ferner durch familiäre Erbfaktoren gelenkt wird, erschließen wir die *Existenz eines familiären Unbewußten*.

6. Das familiäre Unbewußte «manifestiert» seine dynamischsten Strebungen in der genotropischen Form von *Wahlhandlungen*. Das familiäre Unbewußte drückt seine Strebungen in der «Wahlsprache» aus.

7. *Der Zugang zu dem familiären Unbewußten ist also die Wahlhandlung.* Und zwar:

Erstens: die Wahl der Symptome, die der Kranke selbst in der analytischen Situation vor uns reproduziert und erlebt.

Zweitens: die Wahl der seelischen Erbkrankheiten, die eventuell er selbst, im besonderen aber seine Bluts- und Genverwandten in der Vergangenheit und der Gegenwart der Familie getroffen haben.

Drittens: die Wahl im Triebexperiment.

8. Von den Wahlhandlungen führt der Weg zum familiären Unbewußten, zu der unsichtbaren Drehbühne der familiär angelegten Triebgegensätzlichkeit und somit zu den familiär bedingten gegensätzlichen Schicksalsmöglichkeiten des Einzelnen. Die eine dieser Schicksalsmöglichkeiten ist krankhafter, die andere hingegen sozialpositiver bzw. geistiger Natur. Beide sind aber in jedem Menschen – in quantitativ variabler Stärke – immerfort da und funktionsfähig.

9. *Die merkwürdige Konkordanz der Ergebnisse der schicksalsanalytischen Therapie, der genotropischen Stammbaumuntersuchungen mit den Ergebnissen des experimentellen Wahlverfahrens im Triebtest ist ein Beweis dafür, daß der experimentelle Triebtest ein verlässliches Untersuchungsmittel zur Sichtbarmachung der seelischen Dialektik im familiären Unbewußten darstellt.*

Der Triebtest macht in der Tat die Stärkeverhältnisse der verschiedenen latenten Ahnenansprüche (Erbfaktoren) sichtbar. Er ist somit heute die exakteste Methode zur Feststellung der familiären Latenzproportionen und dadurch ein verlässliches experimentelles Verfahren zur Bestimmung der Konduktornatur des Einzelnen.

C. DIE ICH-ANALYTISCHE PHASE

In der ersten «*psychoanalytischen*» Phase des schicksalsanalytischen Heilwegs werden die im persönlichen Ubw verdrängten Es-Regungen bewußt gemacht. In der zweiten, sog. *Psychoschockphase* kommt es zum Erlebenlassen der krankhaften Ahnenfiguren und zur Konfrontierung des Kranken mit den im familiären Ubw unterdrückten, das Schicksal der Person störenden Ahnenansprüchen.

Die Bewußtseinsfähigmachung des persönlich Verdrängten und der unterdrückten familiären Erbfiguren ist aber nur eine Vorbedingung der seelischen Heilung, die erst nach der dritten Phase des Heilweges zu erwarten ist. Dieser dritte Abschnitt ist die Phase der *Ich-Analyse*.

In der ichanalytischen Phase müssen alle alten, störenden Identifizierungen im Ich abgebaut, neue Ichideale des Seins und Habens, neue Verzicht aufgebaut werden. Von diesem Neuaufbau des Ichs hängt das künftige Wahlschicksal der Person ab.

Den Begriff der Ich-Analyse hat S. FREUD 1921 in die Tiefenpsychologie eingeführt¹. Seine Tochter, ANNA FREUD, hat dann die Ich-Analyse in einem grundlegenden Buch in den Mittelpunkt der Psychoanalyse gestellt. Damit wurde für die Ps-A ein neuer Ausblick eröffnet, und zwar mit der Behauptung, daß das Objekt der psychoanalytischen Behandlung von Anfang an *das Ich und seine Störungen* waren; die Erforschung des Es und seiner Arbeitsweise (die Trieb-Analyse) diene nur als Mittel zum Zweck. Endziel einer jeden psychoanalytischen Behandlung ist aber, *die Störungen des Ichs und seine Intaktheit wiederherzustellen*².

¹ FREUD, S.: Massenpsychologie und Ich-Analyse. Ges. Schr. Bd. VI. S. 261 ff.

² FREUD, ANNA: Das Ich und die Abwehrmechanismen. Imago Publishing Co. Ltd., London 1946.

Wir haben diese Auffassung in der Sch-A völlig adaptiert und *alle Folgen der Wandlung der Psychoanalyse zur Ich-Analyse* in dem schon erwähnten Buch der «Ich-Analyse» generell durchgeführt. Dazu mußten wir aber den Begriff des Ichs neu setzen. Wir sagen: *Das Ich ist der Überbrücker aller Gegensätzlichkeiten, also der «Pontifex oppositorum»* des menschlichen Seins. Dieses «Pontifex-Ich» ist der *Machtverteiler*, der *Administrator* und *Organisator* aller mitgebrachten leibseelischen Energien. Unter Macht verstehen wir die *Kraft zum Sein*, die in den Erbanlagen als die mannigfaltigsten Seinsmöglichkeiten dynamisch-funktionell angelegt ist. Die mitgebrachte *Seinsmacht* muß demnach das Pontifex-Ich unter den machtgerigen Instanzen des Schicksals verteilen. Diese sind nach Abb. 3 – wie wir es schon erwähnten –: I. das Erbe, II. die Triebnatur, III. das soziale, IV. das mentale (intellektuelle) Schicksal, V. das Ich selbst (Ichliebe, Narzißmus) und VI. der Geist.

Von der richtigen Verteilung dieser Seinsmacht hängt das Schicksal des Einzelnen ab. Die größte und wichtigste Arbeit des Schicksalsanalytikers besteht somit darin, daß er die bisherigen, falschen Machtverteilungen dem Patienten aufdeckt und ihn dazu erzieht, wie er seine Macht zum Sein unter den machtgerigen inneren und äußeren Instanzen so zu verteilen weiß, daß sein Dasein – als Schicksal – in der Zukunft nicht ernst bedroht werden kann. Durch die Erziehung des Patienten zu einer richtigen Machtverteilung, d. h. durch *die Aufrichtung eines völlig neuen Wertsystems* auf Grund von neuen Seins- und Habidealen wird er zur Sozialisierung und Humanisierung fähig gemacht.

Das Ich ist somit der *Sozialisator* und *Sublimator*, der *Individualisator* und *Humanisator* aller Gegensätzlichkeiten der menschlichen Triebnatur. Das Ich ist die Brücke, welche alle Gegensatzpole in der Seele zu überbrücken vermag. Das Ich ist die komplexe, mehrfache Achse des Schicksalsrades, an deren Polen die seelischen Gegensatzpaare hängen.

Das will sagen: Das Ich selbst ist weder der allmächtige Gott noch der ohnmächtige Mensch; es ist die Verbindung zwischen Gott und Mensch.

Das Ich ist weder Geist noch Natur; es ist die Brücke zwischen Geist und Triebnatur.

Das Ich ist weder Objekt noch Subjekt; es ist der Vermittler zwischen Objekt und Subjekt.

Das Ich ist weder ein Funktionsbündel noch eine besondere Einzel-funktion; es ist die Hand, die die Einzelfunktionen zu einem Bündel verknüpft.

Das Ich ist weder Mann noch Frau; es ist das vollkommene Zweigeschlechterwesen von Mann und Frau in uns.

Das Ich ist weder das Zentrum des Bewußtseins noch ein Stück des Unbewußten; es ist die Achse, an deren einem Pol das Bewußtsein, am anderen das Unbewußte hängt.

Das Ich ist weder das Wachen noch das Träumen allein, es ist die Brücke zwischen Wachen und Träumen.

Das Ich ist weder das Diesseits noch das Jenseits; es ist die Brücke zwischen Diesseits und Jenseits.

Wie ist es aber möglich, daß eine Instanz alle Gegensätzlichkeiten zu überbrücken, zu integrieren vermag? In dem Buch der «Ich-Analyse» haben wir die Vorbedingungen der Pontifextätigkeit des Ichs wie folgt hervorgehoben:

1. Die *Transzendenz*, also die Fähigkeit zum Überstieg von dem einen in das andere Gebiet.
2. Die *Integration*, d. h. die Fähigkeit zur Wiederherstellung des Ganzen aus seinen komplementären Teilen.
3. Die *Partizipation*, also das *Wieder-eins-sein-Können*, das Anteilhaben am anderen, an Menschen und Dingen, an Welt und All.

Der Begriff des Ichs als Pontifex oppositorum muß demnach als eine transzendierende, integrierende und partizipierende Instanz gesetzt werden. Nur auf diesem Wege ist es möglich, daß das Ich als eine integrierende Instanz zu wirken vermag.

Als Endziel einer Therapie hat sich die Schicksalsanalyse die Aufgabe gestellt, den kranken Menschen dazu zu erziehen, daß er fortan transzendieren, die Gegensätzlichkeiten in sich integrieren und mit sich selber, mit den Mitmenschen und mit dem Geist partizipieren könne. Dies ist der Person aber nur dann möglich, wenn sie vorher ihre verdrängten Es-Regungen und die störenden, unterdrückten Ahnenansprüche schockartig erlebt und bewußtseinsfähig gemacht hat. Erst dann ist es für sie möglich, ein Pontifex-Ich in sich aufzurichten.

Um dieses Ziel zu erreichen, muß die schicksalsanalytische Ich-Analyse einen langen Weg – weit über die Grenzen einer psychoanalytischen Ich-Analyse – einschlagen. Hier müssen wir uns damit begnügen, die einzelnen Richtungen der schicksalsanalytischen Pontifex-Ich-Analyse kurz anzuführen¹.

¹ Ausführlich ist die Methode in dem Buch «Ich-Analyse» erörtert. Huber, Bern u. Stuttgart 1956.

I. *Die elementare Ich-Analyse* hat die Aufgabe, die Gefahren einer Unifunktion der totalen Projektion, Inflation, Introjektion und Negation aufzudecken.

Die totale Projektion entpuppt sich klinisch entweder in der krankhaften Form eines ununterbrochenen Partizipationsdranges (so bei den Süchtigen und den schizoformen Kranken) oder in den wahnhaften Ideen des projektiven Paranoiden (so bei den Beschuldigungs-, Beinträchtigungs- und Verfolgungswahnbildungen).

Die totale Inflation erscheint klinisch des öfteren als Größenwahn, bisexuelle Erotomanie, Querulanten- und Religionswahn oder aber als Vervollkommnungs- und Verdoppelungsideen.

Die totale Introjektion manifestiert sich als grenzenlose Habsucht, als sexuelle Habmacht (Exhibitionismus, Fetischismus, Sodomasochismus) oder in schwersten Fällen als kosmischer Allmachtswahn.

Die totale Negation ist die führende Ichfunktion bei den Selbst- und Weltentwertungen, bei dem Destruktionsdrang, ferner bei den negativistischen Haltungen, bei dem hypochondrischen Verzweiflungswahn und bei den Allo- und Autothanatomanien (Totschläger bzw. Trunksüchtige, Selbstmörder usw.).

Die Konfrontation der Kranken mit diesen übertrieben einseitigen Unifunktionen ihres Ichs ist schon durch die Psychoschockphase genügend vorbereitet. Die therapeutische Aufgabe des Ichanalytikers besteht nur darin, den Kranken zu zeigen, wie man mit Hilfe der Icheinengung (Egosystole) – mit Zwang, Introjektion oder Verzicht – die Gefahren einer totalen Projektion oder Inflation abzuwehren vermag. Oder wie man einer krankhaften Introjektion (Habsucht) oder destruktiven Negation (Allo- und Autothanatomanie) mit Hilfe einer geistigen Icherweiterung (Egodiastole), d.h. durch die Sublimierung in Beruf und Religion, ausweichen kann.

II. *Die Analyse der inneren Ichdialektik* soll eben den Patienten den Weg zeigen, wie man zwischen der Egodiastole und der Egosystole, zwischen dem weiblichen und dem männlichen Ich ein harmonisches Gleichgewicht herstellen kann. Hier erlernt somit der Kranke, wie er sich gegen jegliche *Ichgefahr* wehren soll. Zu dieser Phase der Ich-Analyse gehört noch die Konfrontation mit dem «Hinter-Ich» und die Anregung zur Integration des Vorder-Ichs mit seinem Hinter-Ich¹.

III. *Die Analyse der äußeren Abwehrmechanismen, d.h. der Trieb-Ichdialektik.* Hier werden den Patienten ihre falsch gewählten Abwehrwege

¹ Vgl. hierzu: «Ich-Analyse», Kapitel XVIII. Komplementäre Ich-Schicksale. S. 280.

bewußt gemacht und ihnen andere, gesunde Abwehrarten vorgeführt, mit deren Hilfe die Symptombildungen überflüssig werden und der Weg zur Sozialisierung und Humanisierung der gefahrbringenden Triebregungen im Beruf, in einer geistigen Richtung (Religion, Wissenschaft, Kunst usw.) erschlossen wird.

IV. *Die Analyse der Charakterbildung* versucht die krankhaften Introjektionen und ihre Prägungen im Charakter aufzulösen und durch neue Identifizierungen neue Charakterzüge einzuprägen.

V. *Die spezielle Analyse der neurotischen Symptome und wahnhaften Ideen* geht den erörterten Weg der Bewußtmachung von inneren Ichgefahren und äußeren Triebgefahren. Der Patient wird sich dessen bewußt, daß er zur Abwehr der Triebgefahren einen falschen Weg – den der Symptombildung – eingeschlagen hat. Das Aufzeigen der zwanghaften Wiederholung von familiär verankerten Symptomen (z. B. der Hypochondrie, der Angst, des Paranoiden usw.) wirkt des öfteren schockierend auf die Kranken, und sie versuchen auf dem Wege der gesunden Sozialisierung ihre Symptombildungen überflüssig zu machen.

VI. *Die Anwendung der Ich-Analyse in der Traumdeutung ermöglicht* es dem Analysanden, durch die Traumsymbole seine unterdrückten und somit nicht gelebten Ichexistenzen aufzuzeigen.

Die ichanalytische Traumdeutung ist u. E. das beste Verfahren, um die Patienten mit den gefahrbringenden familiären Existenzmöglichkeiten zu konfrontieren und sie so weit zu bringen, daß sie diese – im Traum erschienenen – Ahnenexistenzen bewußt machen und für sie im persönlichen Leben (im Beruf oder geistiger Sublimierung) ein befriedigendes Schicksal vorbereiten. *Der Traum ist ja nach der Auffassung der Sch-A ein nächtlicher Versuch der Seele zur Integration aller Ich-Existenzen.* Das heißt: *Eine nächtliche Begegnung, ein Partizipationsversuch mit den nicht gelebten Ich-Existenzen der Vorfahren.* Die Annahme dieser unterdrückten Ich-Existenzen führt zu einer *autogenen Partizipation*, d. h. zu einem Einssein mit sich selber.

VII. *Die Analyse der Glaubensfunktion* hat die besondere Aufgabe, die verschütteten Wege zum Geist frei zu machen und die Person zum Transzendieren und Partizipieren mit dem Geist zu erziehen bzw. umzuerziehen. *Für den Schicksalsanalytiker ist die Glaubensfunktion eine positive, ewige Partizipation, ein mystisches Einssein mit der höchsten geistigen Instanz, auf die der Gläubige seine Allmacht überträgt.* Diese Art der Allmachtübertragung schützt die Person davor, seine Macht zum Sein dem eigenen Ich (narzißtische Affektionen) oder dem Tod (Hypochondrie, Todes-

angst) oder den Trieben (Haltlosigkeit) oder dem Erbe (Erberkrankungen) usw. zu geben und so zu erkranken.

Eine jede Übertragung ist Machtübertragung.

Wir sagen: Glaubensstörungen sind Ichstörungen. Und darum muß jeder Arzt und jeder Psychologe die Glaubensfunktion seiner Patienten prüfen und – falls sie durch eine falsche Machtverteilung gestört ist – den Weg zum Geist wieder freilegen. Nur so wird es dem Analytiker gelingen, das Einssein und Zusammensein, das Geführtsein und Geborgensein seiner Patienten – auch *nach* der analytischen Dualunion – mit dem Geist zu sichern. Diese Übertragung der «analytischen Übertragung» auf ein ewiges Glaubensobjekt, welches die Übertragung der Allmacht erträgt – weil es eben auch ohne den Menschen allmächtig ist –, soll die letzte Aufgabe einer analytischen Behandlung sein. Das Nichterfüllen dieser Aufgabe erachten wir als den größten Kunstfehler, den man in einer Analyse machen kann.

Damit haben wir die drei Abschnitte auf dem Heilweg der Sch-A, nämlich die *psychoanalytische*, die als Psychoschock wirkende *schicksalsanalytische* und die *ichanalytische* Phase in gedrängter Form dargestellt. Unsere nächste Aufgabe ist, die erörterte Methode an einem Beispiel ausführlich zu demonstrieren.

III. DIE ANWENDUNG DER SCHICKSALSTHERAPIE

Beispiel 4. Die Schicksalsanalyse eines Konduktors von paranoider Schizophrenie mit paroxysmal-epileptiformem Einschlag.

Der 45jährige Bankprokurist – ein außergewöhnliches Finanztalent – hatte bis zum 37. Lebensjahr mit Frauen nichts zu tun gehabt. Seine erste Geliebte war eine hysteriforme paranoide Frau, die 60jährig, also um 23 Jahre älter als er war. Diese Bindung, die alle Merkmale einer inzestuösen Liebe trug, hat ihn zwei Jahre hindurch völlig erfüllt und beglückt. Er wollte – wie ein infantiler Knabe – diese Mutterfigur heiraten. Auf den Rat des Sohnes seiner Geliebten ging er in eine JUNGsche Analyse. Der Analytikerin gelang es sehr bald, vielleicht sogar zu rasch, den Patienten von seiner alten Geliebten abzutrennen. Nach der gewaltsamen Ablösung hatte der Proband noch eine kurz dauernde Beziehung mit einer ebenfalls viel älteren Dame. Alle seine Versuche hin-

gegen, die er auf Ratschläge seiner Analytikerin mit *jüngeren* Frauen getan hat, mißlingen ihm. Er war bei denen völlig impotent. Da gab ihm die Analytikerin den Rat, zu einem Mann in Analyse zu gehen, da – ihrer Meinung nach – zur Ausbildung seiner Männlichkeit dem Patienten ein Vater-Ideal fehle. Die Fortsetzung seiner Analyse bei mir dauerte 15 Monate. Während dieser Zeit haben wir insgesamt 101 Doppelstunden gehabt und 152 Träume ausgelegt. Wir versuchen nun diese Schicksalsanalyse auf Grund der Protokolle und der persönlichen Aufzeichnungen des Patienten selbst in drei Abschnitten darzustellen, um ein Paradigma für den Heilweg der Sch-A zu geben.

A. DIE PSYCHOANALYTISCHE PHASE

In dieser Phase seiner Analyse, die streng nach der Methode S. FREUDS auf der Couch – unter völlig passiver Haltung des Analytikers – durchgeführt wurde, sind dem Patienten folgende verdrängte Es-Regungen bewußt gemacht worden:

1. *Die starke Inzestbindung an Mutter und Schwester.* Proband ist das jüngste Kind unter vier Geschwistern. Er hat zwei ältere Brüder und eine Schwester.

Traum Nr. 11: «Eine ältere Frau hätte zu mir im Traum gesagt, ich solle ja nicht ihrem Mann sagen ... Dabei dachte ich: *Aber ich habe doch meine Mutter geliebt.*» Zum Traum Nr. 5 fällt ihm plötzlich eine klare ödipale Situation aus dem 6. Lebensjahr ein: «Mein Vater kommt vom Militärdienst nach Hause. Ich lag auf der Mutter im Bett und suchte ihre Brust. Die Schwester, die um sechs Jahre älter ist, lag im anderen Bett und lachte mit der Mutter über mich.» Er erinnert sich, daß er im Bett des öftern auf der Mutter geritten ist, die all das für natürlich hielt. Er beobachtet im Spiegel, wie seine Mutter ihre Brust wäscht; er las im Bett, und die Mutter lachte dazu. Er wurde von ihr im 7. Lebensjahr aufgeklärt.

Den Schwester-Inzest-Traum Nr. 18 legt der Patient wie folgt aus: «Der Traum fängt mit dem Wunsch an, mit der Schwester zu schlafen. Die Versuchung ist groß, die Mutter beschützt mich aber davor und führt mich in eine Höhle (Venushöhle). Dann erscheint aber der Hüter der Ordnung, der Vater, der große Stiermann, und erhebt auch Ansprüche auf die Tochter. Ich suche den Eingang zur Mutter, ich sehe ein Kindlein an der Brust der Mutter saugen, es wird von ihr geschaukelt ...»

2. *Viele Träume bestätigen die Kastrationsängste in der Kindheit.* Der Vater erscheint ihm z. B. als *roter Stier*, vor dem er eine furchtbare Angst hat, oder im Traum 27:

«Ich ziehe meinen Schuh aus, vom linken Fuß. An diesem Fuß ist das Fleisch der vorderen Hälfte ganz locker, wie morsch, *wie abgestorben*; es löst sich von dem Knochen. Und ich sehe, daß der Knochen des großen Zehens keine Verbindung mehr hat mit dem Hauptknochen des Fußes. Man sieht den Abstand zwischen den beiden Knochen. Eine ältere Frau reißt mir das lockere Fleisch weg, unter meinen Protesten, denn ich finde, *jetzt könne ich gar nicht mehr gehen*. Ich konstatiere bestürzt ob dem Anblick, ich müsse den Arzt konsultieren; schon lange war es mir, es sei was los. Wieso hatte ich nicht früher nachgeschaut? Dann tritt noch meine Mutter herzu ...» So wachte ich mit Angst auf.

Oder in einem anderen Traum: «Da lag ich auf der Mutter ... ich drang in sie ... und *da kam der Vater* herein. Er war wie verrückt, suchte in meinen Schubladen, dann merkte er etwas und lief von zu Hause weg.» Auch dieser Traum brachte Einfälle in der Richtung der Kastration (Schubladen = Hoden).

3. *Prägenitale Regungen*, so Analität, Exhibitionismus, Sadismus, im besonderen Analsadismus wurden aus einer langen Reihe von Träumen bewußt gemacht (Träume Nr. 8 [Kot], 50 [Würmli-Traum], ferner Nr. 54, 71, 84, 95).

4. *Die verdrängte Homosexualität* spielt ebenfalls eine gewichtige Rolle in den Träumen aus dieser Periode. Im besonderen tauchen homosexuelle Erlebnisse mit dem Bruder im Traum 10, 11, 33 auf. Im Traum 95 entpuppt sich seine Bindung zum Vater.

Die Ergebnisse der ersten Reihe der Träume in der psychoanalytischen Phase hat der Proband selbst wie folgt zusammengefaßt:

1. Bewußtwerdung der starken Mutterbindung und allmähliche Einsicht in ihren Mechanismus (konkret z. B. Einfälle oder Ansichten, die unreflektiert von der Mutter übernommen wurden). Jüngst im Traum ein Inzest mit der Mutter. Ein anderer Traum, worin die Mutter die Aussage machte, ich hätte einen anderen Vater als meine beiden Brüder (= Empfängnis vom Heiligen Geist). Weiterer Traum: «Du hast Augen wie Leonardo da Vinci.»

2. Infolge Mutterbindung gewisser Grad von «Homosexualität» bzw. Bisexualität. In den Träumen wird diese Bindung durch meinen Bruder vertreten. Ist indessen nicht so stark, daß ich die Homosexualität leben könnte. Aber es besteht Angst davor. Die Träume zeigten

deutlich den Zusammenhang zwischen Mutterbindung und Homosexualität.

3. Levitationen: Phantasien im Sinne des «Tausendsassa»¹ gegenüber Frauen. Anspruch darauf, ein Don Juan zu sein. Allmähliche Konfrontierung mit der Realität und «dégonflement général». Die Realität sieht so aus: *Es geht nicht mit jeder Frau. Ich habe nun Angst, ich könnte nicht bestehen.* Angst auch vor der Defloration, Schwängerung und im allgemeinen vor Übernahme der Verantwortung. Ich gebe mich lieber als Opfer hin. Ich bin kein Draufgänger. Angst vor der Frau, die unverblümt und direkt auftritt. Anscheinend passe ich besser zu primitiv-sinnlichen Frauen.

4. Die Prestigefrage: Ich will gegenüber Frauen mehr Mann sein, als ich bin, nicht zu den mangelnden Erfahrungen stehen. Zu große Ansprüche gegen sich selber hegen.

5. Die Mutter in mir drängt einerseits zur Karriere, andererseits zur Ausschließlichkeit in den Beziehungen zur Frau. Der Vater stellt die Triebhaftigkeit dar. (Er ist mir in den Träumen einmal als roter Stier erschienen, sonst immer als Mensch.) Meine Mutter hatte dem Vater, d. h. seiner Triebhaftigkeit und Haltlosigkeit, das Korsett gegeben, z. B. durch die Religion. Mein geistiges Streben war daher *weg vom Vater; Angst vor der Männlichkeit.* Dadurch die enorme Spannung zwischen Trieb und Intellekt.

6. Eine masochistische Seite wurde aufgedeckt.

7. Neigung zur Flucht in die Krankheit, als während der Analyse schwierige Probleme an mich herantraten.

8. Der Analytiker soll Ersatz des Vaters bedeuten, *den ich abgelehnt habe wegen seiner Geisteskrankheit.* Es sollte eine Übertragung zustande kommen, d. h. eine Gefühlsbeziehung. Denn mein älterer Bruder eignet sich nicht dazu, weil die Homosexualität hergestellt werden könnte, wovor ich Angst habe. Ich tat in der Vergangenheit ganz, was der Mutter beliebte, und noch jetzt.

Die zweite Reihe der Träume aus der psychoanalytischen Phase behandeln seine Beziehung zu dem ersten Liebesobjekt, also zu der um 23 Jahre älteren Frau. Er erlebte mit ihr die höchsten Liebesekstasen. Er sagt: «Eine unerhörte Erregung, ich war in einer anderen Welt, ich fühlte, als ob von Gott etwas in mich einströmen würde ... Ich erlebte es nicht als Sexuelles, sondern als etwas Numinoses ...» Bald wird er sich aber in der Analyse des inzestuösen Charakters dieser Liebe bewußt, da das Gesicht dieser alten Frau in einem Traum sich plötzlich

¹ Schwerenöter; leichtsinniger Mensch. Siehe später die Neologismen.

in das seiner Mutter verwandelt. Es war eine lange und schwere Arbeit, die Folgen der gewaltsamen Abtrennung von dieser Mutterfigur zu heilen. Sie bestanden – wie wir es schon erwähnten – in einer Impotenz jungen Frauen gegenüber. Er faßt seine tragische Situation wie folgt zusammen:

Aufzeichnung vom 12. Okt. 1953. «Ich war beeindruckt – und bin es noch jetzt – über die Klarstellung der inzestuösen und homosexuellen Entwicklungsstufe, die jeder Mensch triebmäßig zu durchlaufen hat, mit der Untermauerung durch die Kulte der Primitiven. Diese Analyse der Triebsschicht empfinde ich als ein ungemein wichtiges Stück, das mir hilft, mich selber besser zu verstehen. Es wird etwas ergänzt, was ich in der ersten Analyse als fehlend empfand. Ich habe ja auch schon gleichgeschlechtliche Anwandlungen erlebt und den plötzlichen Drang zur Selbstbefriedigung und glaube, darin eben natürliche Dinge erblicken zu können, die mit der Fixierung auf die entsprechende Entwicklungsstufe zusammenhängen. Die Frage stellt sich, wie die Entwicklung in der Richtung der Männlichkeit gefördert werden kann. Sicher einmal durch Bewußtwerdung. Aber forcieren läßt sich nichts. Es scheint Zeit zu brauchen, sonst hätte ich diese Stufe längst hinter mir. Fragt sich noch, wie weit der Umgang mit Frauen, d. h. Erfahrung, zu helfen vermag. Rätselhaft bleibt mir, auf welche konkreten Komponenten z. B. mein Versagen gegenüber drei jungen Frauen zurückzuführen ist?» ... «Es sieht so aus: Wenn eine Frau nicht will, so will ich, und wenn sie will, dann kann ich nicht.»

Nach etwa zwei Monaten – nach dem Anfang der Analyse – verschwand seine Impotenz völlig. Im besonderen, weil er seine Inzestliebe völlig aufgearbeitet hatte und auf sie zu verzichten vermochte. Er begann eine völlig befriedigende Beziehung mit einer etwa 30jährigen Frau, und er blieb ihr über ein Jahr, d. h. so lange treu, bis er die Analyse beendete und ins Ausland fuhr, um eine Direktorstelle in einer Filiale seiner Bank zu übernehmen. Die psychoanalytische Phase hat somit in einer relativ kurzen Zeit sein Hauptsymptom, die Impotenz jungen Frauen gegenüber, völlig geheilt.

Der Schicksalsanalytiker mußte aber die Frage stellen: Ist der Patient mit dem Verschwinden des Impotenzsymptoms wirklich gänzlich geheilt? Unser Fall beweist klar, daß sein Symptom – die Impotenz jungen Frauen gegenüber – in der Tat aus dem persönlich verdrängten Ubw, aus der verdrängten Inzestliebe her, stammt. Ein orthodoxer Psychoanalytiker hätte ihn schon in dieser Phase als geheilt entlassen

können. Der Schicksalsanalytiker konnte dies aber nicht tun. Und zwar darum nicht, weil *in den Träumen und Einfällen des öfteren merkwürdige Figuren auftauchten, die Symptome bestimmter Erbkrankheiten trugen*. Diese Figuren avisieren mahnend, daß auch in dem *familiären Ubw* des Patienten *krankhafte Ahnenansprüche* leben, welche sein Schicksal durch die Wahlhandlungen ernst zu stören vermögen. So gelangen wir zu dem zweiten Abschnitt seines Heilweges.

B. DIE SCHICKSALSANALYTISCHE PHASE DIE PSYCHOSCHOCK-THERAPIE

Es wäre ein Irrtum, zu glauben, daß die Abschnitte des Heilweges in einer Sch-A sich spontan so klar gegeneinander abgrenzen wie hier in unserer Darstellung. In den Träumen und den Einfällen sind die persönlichen und familiären Ansprüche so innig miteinander zu einem Bündel verwoben, daß nur ein geschulter Schicksalsanalytiker imstande ist, aus diesem bunten Gewebe das Persönlich-Verdrängte von den in das familiäre Ubw unterdrückten Ahnenansprüchen zu trennen. Folgende Erscheinungen pflegen den gewichtigen Anteil des familiären Ubw in der Entstehung von neurotischen oder präpsychotischen Symptomen dem Analytiker zu avisieren.

Erstens: Es erscheinen gewisse kranke Figuren in den Träumen oder in den freien Einfällen des Patienten, die einem ganz bestimmten seelischen Erbkreis angehören, wieder und wieder. Diese «Ahnenfiguren» muß der Schicksalsanalytiker vorderhand stumm, aber genau beobachten, und erst dann, wenn die Situation schon reif ist, kann er sie dem Patienten der Reihe nach vorführen, ihn mit diesen störenden Ahnenfiguren in seinem Wahlschicksal konfrontieren. *Dies darf aber niemals am Anfang einer Analyse, bzw. in der psychoanalytischen Phase, geschehen.* Auch dann nicht, wenn – wie des öfteren beobachtet werden kann – diese kranken Ahnenfiguren schon in den ersten Träumen oder Einfällen auftauchen. Der Schicksalsanalytiker muß Geduld haben und die Zeit der Konfrontation mit den Ahnen ruhig abwarten können.

Zweitens: Der Patient produziert selbst im Laufe seiner Einfälle solche Symptome auf der Couch, welche als sichere Vorzeichen (Prodrome) oder Symptome einer seelischen Erkrankung (Epilepsie, Schizophrenie usw.) aufzufassen sind. Der Patient – wie wir es schon erörtert haben – kann auf der Couch seine – bisher unbewußten und störenden – kranken Ahnen selbst erleben. Er wird – vorübergehend – in der Stunde unter der

Kontrolle seines Bewußtseins und des Analytikers zu einem Epileptiker oder Schizophrenen. Auch hier muß der Schicksalsanalytiker sehr lange warten, bis eben die Zeit zur Konfrontation des Patienten mit seiner latenten Erbkrankheit bzw. mit seiner besonderen Konduktorenschaft möglich wird. Je länger man mit dieser Konfrontierung warten kann, um so sicherer ist der Erfolg der Konfrontation. *Denn: eben diese Konfrontationen mit den latenten Erbkrankheiten, die der Patient auf der Couch persönlich erlebt, wirken als heilende Schockerlebnisse.*

Nun kehren wir zu unserem Fall zurück und wollen die Ergebnisse der Psychoschock-Therapie in den schon erwähnten drei Schritten darstellen:

I. DAS ERLEBENLASSEN DER KRANKEN AHNEN

Im Laufe der Analyse wurde es immer klarer, daß unser Bankprokurist ein Doppelkonduktor von paroxysmalen epileptiformen und paranoiden schizophrenen Anlagen ist.

1. *Das Erscheinen und Erleben der paroxysmal-epileptiformen Abnenfiguren in den Träumen und Einfällen*

a) Eine *Stottererfigur* erscheint in dem Traume Nr. 19. Wir zitieren folgende Stelle: «Dann wird mir gesagt: ‚Dein Bruder M. hat einen Bruder, der *stottert*.‘ Ich bin ganz verwundert und frage, wie er heiße? ‚Hans‘, war die Antwort ...» In den Einfällen zu Hans: «Johannes der Täufer.» Es gibt in der Familie einen Verwandten namens Hans, der früher gestottert hat. (Siehe Abbildung 4, Nr. 25.) Das Stottern gehört bekanntlich in den Erbkreis der Epilepsie¹.

b) *Die Epilepsiekonduktorschaft.* Patient erlebte in einer Stunde auf der Couch eine «Aura epileptica», kurz nachdem er mir erzählt hatte, daß ein Vetter des Vaters (Nr. 34) – im Spiel – seinen Kollegen mit einem Gewehr erschossen hat. Darauf sagte er erregt: «Ich muß daraus kommen ... muß immer wieder von vorne anfangen ... *ich bin jetzt völlig verwirrt* ...» Solche Verwirrtheiten auf der Couch können des öfteren auf eine Epilepsiekonduktorschaft hinweisen – im besonderen, wenn sich die Verwirrtheit nach Assoziationen auf Reizworte wie Mord oder Tötungsinstrumente (Messer, Säbel, Dolch usw.) einstellt.

¹ SZONDI, L.: a) Heilpädagogik in der Prophylaxe der Nerven und Geisteskrankheiten. Bericht über den I. Int. Kongreß f. Heilpäd. Leemann et Co., Zürich 1939. S. 35. Tab. 5. – b) Konstitutionsanalyse psychisch abnormer Kinder. Marhold, Halle a. d. S. 1933. S. 59 ff.

Auf die Epilepsiekonduktorschafteines Patienten weisen auch *Traumfiguren hin, die einen Anfall haben*. So erscheint im Traum Nr. 30 unserem Probanden ein Epileptiker. «Jetzt erblicke ich einen Jüngling mit schwarzen Haaren am Boden liegend.» Er fügt hinzu: «Er erinnert mich an den *epileptischen* Schulkollegen B. ... Er sagt zu mir (im Traum), er habe soeben einen *Erstickungsanfall* gehabt ...»

Im Traum vorher (Nr. 29) hat er seine Tante K. (mütterlicherseits, Nr. 24) auf einer Bank auf dem Rücken «*mit verdrehten Augen*» gesehen und glaubte (im Traum), daß sie tot sei. Neben ihr saß ein junger Mann. Die Einfälle zu dieser Traumstelle: «Der junge Mann ist mein Bruder, er ist der Favorit meiner Tante, mein Rivale bei ihr, die eine sexuelle Ausstrahlung auf mich hatte. Sie ist nun tot, ihre Augen verdreht ... *Epileptischer Anfall wie beim Schulkollegen B.* Wie hängt das wohl zusammen? Man ist ja beim epileptischen Anfall nicht tot – nur abwesend ...»

Im Traum Nr. 149: «Ich liege auf einer Couch und *frage meine Mutter*, die in der Nähe steht, *ob sie auch einmal einen epileptischen Anfall gehabt habe?* Sie antwortet: ‚Als ich 18 war, habe ich einen gehabt, und vielleicht gibt es noch einen.‘ Und nach einer Pause fügt sie hinzu: ‚Die Tobler-Schokolade auch.‘ – ‚Tobler-Schokolade?‘ blicke ich sie fragend an. Dann frage ich weiter: ‚*Und weißt du, Mutter, was im epileptischen Anfall zum Durchbruch kommt?*‘ Und antworte selbst: ‚Ein Mörder!‘ – Sie blickt mich erschrocken an. ‚Ja‘, ein Totschläger, ‚wiederhole ich.‘»

Der Träumer ahnt demnach, daß die Mutter bzw. sein eigener mütterlicher Erbteil latent epileptisch ist. Sie hatte in der Tat – wie ihr Bruder – religiös-ekstatische Anfälle, bei denen sie «abwesend» war. Und noch mehr. Das Unbewußte des Patienten weiß es, daß «die Tobler-Schokolade», die – wie es der Träumer sagt – seine 60jährige Geliebte symbolisiert, ebenfalls Epilepsiekonduktorin ist. Dies entspricht völlig unseren Stammbaumforschungen, über deren Ergebnisse aber der Träumer – zur Zeit des Traumes Nr. 149 – gar nichts wußte. Diese alte Frau (Nr. 36) war tatsächlich die Tochter eines Epileptikers. (Siehe Nr. 16 in Stammbaum Nr. 4.)

Im Traum Nr. 149 wurde aber von dem Träumer eine Behauptung geäußert, mit der wir uns weiter beschäftigen müssen. Sie lautet: «Und weißt du, Mutter, was im epileptischen Anfall zum Durchbruch kommt? – Ein Mörder! – Ein Totschläger!» In der Tat kommen in mehreren Träumen und Einfällen Totschläger vor.

So erscheint im Traum Nr. 117 eine Frau H., zu der der Patient im Traum ging, um Informationen über seine Familie zu holen. Diese

Frau holt ihren Stammbaum herunter – all das noch im Traum – und erzählt ihm über einen *Affektmörder* (sic!) in der Familie. (Siehe Nr. 34 im Stammbaum 4.)

An diesem Punkt der Analyse sagte ich ihm, daß er in seinem familiären Ubw Epileptiker und Affektmörder verberge. Ich sprach von dem latenten Kampf in uns zwischen Kain und Abel und über seine Kain- und Abel-Schicksalsmöglichkeiten.

Man kann uns hier den Einwand machen, daß diese Art von Träumen über «Epileptiker und Totschläger» vom Schicksalsanalytiker selbst unbewußt eingefloßt wurden. Wir antworten auf diesen Einwand mit S.FREUD: «Wenn man sich vorhält, daß der Traum noch etwas anderes ist als die latenten Traumgedanken, die er verarbeitet, so wird man sich nicht wundern, daß die Kranken von den Dingen träumen, mit denen man ihren Sinn während der Behandlung erfüllt hat ... *Gewiß sind die Träume der Analysierten lenkbar*, in ähnlicher Art, wie man Träume durch experimentell angebrachte Reize beeinflussen kann. *Man kann einen Teil des Materials bestimmen, welches in den Träumen vorkommt; am Wesen und am Mechanismus des Traumes wird hiedurch nichts geändert*¹.»

Zu dieser Behauptung S.FREUDS müssen wir hier die Tatsache betonen, daß der Analytiker die Träume der Analysierten nur in diejenige Richtung zu lenken vermag, in welche ihre persönlich verdrängten und ihre besonderen unterdrückten familiären Ansprüche sowieso dynamisch am stärksten im Ubw wirken. Das heißt: in die Richtung ihrer Konduktorschaft.

Es fällt uns nicht schwer, in unserem Fall zu beweisen, daß in seinem familiären Ubw die Ansprüche des *kainistischen* Totschlägers noch vor der Analyse in ihm über alle Maßen gesteigert vorhanden waren, aber immer wieder verdrängt wurden. Dies beweist seine schriftliche Mitteilung vom 12. Nov. 1953, betitelt:

«*Der Kain*» (aus Aufzeichnungen zusammengestellt).

1. «7. September 1948 in S.F. in den Ferien, auf einem einsamen Spaziergang erblicke ich einen alten Mann, auf dem Boden hockend und in ein Fernglas schauend. Er beobachtet Ziegen, die am Berghang gegenüber weiden. Mir geht der Gedanke durch den Kopf: *„Schlag ihn tot!“* Ich war tagelang ganz erschrocken, daß ein solcher Gedanke in mir möglich war.

2. Ich spürte auch schon die Lust, einer schwangeren Frau einen Tritt zu geben.

¹ FREUD, S.: Zur Geschichte der ps-a. Bewegung. Ges. Schr. Bd. IV. S. 478.

3. 27. August 1950. Mir kommt der Gedanke, meine alte Geliebte in den Bach zu stürzen.

4. Später der Gedanke, sie mit einer Schere zu traktieren.

5. Der Gedanke, einem kleinen Mädchen in die Augen zu stechen.

6. Der Gedanke, einem Mädchel einen Nagel in den Kopf zu schlagen. (Wenn ich dies nur niederschreibe, tut es mir weh!)

7. 9. September 1950. Ich sehe eine Gruppe von Menschen auf der Straße stehen. Mir geht der Gedanke durch den Kopf: „*Schlage sie alle tot!*“

8. 11. Mai 1951. Ein Elektriker arbeitet in der Wohnung. Auch hier verspürte ich die Lust, ihm in die Augen zu stechen.»

Diese acht plötzlich auftretenden «Tötungsanfälle» erlebte der Patient in den Jahren 1948–51, d. h. drei Jahre vor dem Beginn der Sch.-A. Aus seinem Stammbaum wissen wir aber, daß in der Familie tatsächlich schwere kainistische Mördernaturen lebten. *So wurde einer seiner Ahnen enthauptet, weil er seine Frau in der 12. Woche der Ehe vergiftet hatte.* Es ist vielleicht nicht ohne Bedeutung, daß ihm ein ferner Verwandter, ein *Theologe* (!), über diesen Mörder-Ahn Bericht gab. Ein Vetter des Probanden-Vaters – Sohn einer Bahnangestellten – hat seinen Freund mit einem Gewehr – im Spiel – getötet. (Nr. 34 im Stammbaum 4.) Der Vater des Probanden selbst (Nr. 28) wollte in einem Wutanfall seine Tochter töten. Hier erwähnen wir noch, daß im Triebtest des Probanden – welcher noch vor der Analyse von einem anderen Psychologen aufgenommen wurde – im Hintergrund (E.K.P.) das Mördersymptom einmal erschienen ist. (E. K. P. V.: – e, – p, ± m.) Die Epilepsiekonduktorschaft des Patienten wird aber auch damit bestärkt, daß er fast bis zur Pubertät ein *Bettnäßer* war: auch ein Äquivalent der epileptiformen Anlage. Für die epileptiforme Anlage in der Familie der Mutter und des Vaters spricht auch ihre Anlage zu krankhaften religiösen Ekstasen. Die Anlage zum Religionswahn in der Familie – die u. E. auf den doppelten Epilepsie- und Schizophrenie-Erbfaktoren fußt – führt uns zur Darstellung seiner zweiten Konduktorschaft, zu der latenten Anlage zur *paranoiden Schizophrenie*.

2. Das Erscheinen und Erleben der schiziformen Ahnenfiguren in den Träumen und Einfällen

In einem Traum machte die Mutter die Äußerung, er, der Patient, hätte einen anderen Vater als sein Bruder. Er wäre durch «*Empfängnis vom Heiligen Geist*» zur Welt gekommen. Hier erscheint somit die Mutter als

Maria und er als Jesu. Er erzählt dazu: Die Religiosität der Mutter (Nr. 27) war an der Grenze des Religionswahns. Sie glaubte an die Wiederkunft Christi, und sie mußte sich dazu vorbereiten. Darum war sie so streng in bezug auf Religion. Damit hatte sie dem Probanden Angst gemacht, daß Jesu kommen könnte und er noch nicht zur Erlösung bereit wäre. Nun hatte diese Mutter einen Bruder (Nr. 26), der tatsächlich *religionswahnsinnig* war und der vor dem Probanden die exzessivsten religiösen Ekstasen produzierte. Dieser Onkel «D» hatte nie mit Frauen zu tun gehabt und wurde in der Familie als «der Heilige» betrachtet. Die asketische, heilige Figur des Onkels «D» erscheint in einer langen Reihe von Träumen. Schon im Traum Nr. 6 erlebt er folgendes:

«Nun halte ich das Testament meines Onkels ,D' in der Hand, d. h. eine Art Photokopie von ihm (schwarzes Negativ), worin ausführlich in harten Worten der Stamm ,L' von der Erbfolge ausgeschlossen wird ... Ich blicke auf das leere Bett von Onkel ,D' und finde darin seinen Revolver liegend aus hellem Metall; mit dem Revolver hat er sich erschossen. *Ich entlade ihn ... diesen Revolver könnte ich eigentlich für mich behalten ...*» In einem anderen Raum findet er seine Mutter in tiefer Trauer; sie sagt zu ihm: «Wichtig ist, daß das Erbgut von Onkel ,D' (ihrem Bruder) erhalten blieb.» Patient legt den Traum wie folgt aus:

«Ich bin – in der Tat – der Erbträger von Onkel ,D'. Von allen Geschwistern sehe ich ihm am meisten ähnlich. Ich liebte und lebte ihn weitgehend vor meiner ersten Liebe. Blieb – wie er – keusch bis zum 37. Jahr. Nun hat er sich im Traum erschossen. Das heißt: *jetzt erschieße ich in mir die Anlage von Onkel ,D' zum Religionswahn*. Mutter wollte aber, daß ich so sei wie ihr Bruder, *aber jetzt ist Schluß!* Mutter wollte, daß ich an sie so gebunden bleibe, wie es ihr Bruder war. *Die Mutter ließ es nicht zu, daß Onkel ,D' und ich auch andere Frauen lieben*. Meine Inzestbindung an die Mutter ist nur eine Wiederholung der Bindung Onkel ,D's an seine Schwester, also an meine Mutter. *Aber jetzt ist er in mir gestorben. Jetzt bin ich von dem Inzest frei*. Ich habe den Onkel entladen. ... Ich schütze mich gegen diese Erbanlage. Die Mutter in mir aber ist darob traurig.»

In diesem wie auch in anderen Träumen konfrontiert sich somit der Patient mit der Erbtatsache, daß er – wie der Onkel «D» – religionswahnsinnig werden könnte. Dies um so mehr, da er – ziemlich spät – erfuhr, daß *sein Vater – noch vor seiner Geburt – ebenfalls wegen Religionswahn 1½ Jahre interniert war*. Diese doppelseitige Belastung in der Rich-

tung der paranoiden Schizophrenie jagt dem Patienten natürlich große Angst ein, und darum verdrängt er das Wissen um diese Anlage wieder und wieder.

Und nun gelangen wir zu dem Abschnitt der Analyse, in dem *der Patient auf der Couch seine latente Schizophrenie in einer besonderen Form persönlich erlebt, nämlich in Form von Neologismen*. Es ist erstaunlich, wie zaghaft diese schizoformen Neologismen am Anfang der Sch-A in den Einfällen erscheinen. Mit den Monaten wurden sie aber immer stärker und bizarrer, und zum Schluß erreichten sie einen Höhepunkt, auf dem ein Außenstehender glauben könnte, der Patient sei in der Tat in der Stunde schizophren geworden. Wir stellen diesen Vorgang im folgenden dar:

Im Traum Nr. 11 gibt er auf das hammerschlagartig wiederholte – aus dem Traum stammende – Reizwort «*komisch*» folgende Reaktion:

«Komisch ... Komet ... Tibet ... Turibund, Lüstükü, Tausendsassa, Aziment, Weltlaus ...»

Er fügt hinzu: «Die Diskrepanz, der Zwiespalt ... komisch, ich habe ein langbegehrtes Objekt, eine Frau, und ich versage ...» So erscheint der Neologismus als Symptom einer *latenten* Schizophrenie zum erstenmal in den Assoziationen: Unsere Haltung war dazu völlig passiv. Wir machten keine Bemerkung und warteten auf die Fortsetzung der Neologismen, die – episodisch – tatsächlich immer wieder erschienen.

Zum Traum Nr. 18 hat er Aggressions- und Voyeur-Einfälle. Auf das von uns wiederholte Reizwort «*Wald*» sagt er:

«Hezulele, Ukulele, Heidurabá ... im Wald gab's Freude, das Messer zuckte in meiner Hand ... jus primae noctis ...»

Im selben Traum fällt ihm das Summen seiner alten Geliebten in der Nacht zur Zeit der Trennung ein, dann die Szene, wie Luther das Tintenfaß nach der Fliege warf. Darauf folgt ein neuer Anfall von Neologismen.

«Zehu – ich höre ein Lachen in mir, Astafani, Kuturatschi.»

In der Assoziationsreihe zu Traum Nr. 29 sagt er auf den Reizsatz «*Dunkel war die Nacht*»:

«Dunkel, Munkel, Kadamar, Sarafang, Etzufangi, Esutang, Annilalong, Cehu, Cehu, Cehu, hui-hui-zau ... chaib ... ein Kadaver, Pferd oder eine Sau, die eine Krankheit hatte und jetzt tot ist.» Dann fügt er die Bemerkung hinzu: «In einem Traum, wo ein Freund sich mir mit homosexuellen Ansprüchen näherte, kam schon das Wort ‚Chaib‘ vor.»

Bei der weiteren Auslegung des Traumes Nr. 29 folgen zum Reizwort «*Erstickung*» folgende Einfälle:

«Ermüdung, Erwürgen ... Towabuhu, Tohuwabohu ...»

Dann zum Reizwort «*toter Mann, toter Mann, toter Mann*»: «Turu-
baub, Azafang, Esipang, Arafang, me-pu, me-hu, ai, ai, ai, aquabasi ...»
Dann fügt er selbst hinzu: «Es scheint was los zu sein! Eine Frau» –
setzt er fort – «*hat sich erinnert auf die Erlebnisse ihrer Vorfahren, und sie
spürte eine Vergewaltigung ... Warum bist du X*» – da erwähnt er den
Namen seiner früheren Analytikerin – «so keusch? Dulufang, Lewang,
Eskolop ...»

In den Traumassoziationen (Nr. 25) wird wiederholt der Satz expo-
niert: «*Die Dinge müssen gezählt werden.*» Darauf erfolgt die Reaktion:
Ding, Ding, Ding, bum, bum, bum ... Glöcklein, Koitus, Eisenbahn-
spiel, ping, ping, ping ...»

Kurz nach diesem Anfall von Neologisierung erzählt er von dem
Vetter des Vaters, der seinen Spielfreund erschossen hat. Im Laufe
dieser Traumauslegung hat er die schon erwähnte Aura mit Verwirrt-
heit auf der Couch erlebt.

Auf das Reizwort «*Leiche*»: Leiche, läuten, redebumm, furibang,
huitang, cezu, cezu ... zansibar, zansibar, sexupang, Unsinn.» Er lacht,
fährt dennoch fort: «Höchste Lust, bum, bum, bum ... koitus ... sum,
sum, sum, Biene ... hui, hui, aszang ...»

Weitere neologistische Reaktion auf das hammerschlagartig expo-
nierte Reizwort «*Verbrechen*» aus dem Traum Nr. 39: «Karabiri, pu-
ribum, krampambuli, tui, tui, tui ... esufang, eskalop, jegkamin, du
Lump, du Saubub, sang, ai jai, jai, tapp ... dreinschlagen wie ver-
rückt, die Axt hochheben, fang! ... in Wald, zurupuru, assifanta, ech!»

Diese Neologismen wurden nun – nachdem der Patient sie u. E. ge-
nügend oft und affektiv stark, mit Trommeln, Schreien und Brüllen,
auf der Couch erlebt hatte – einer analytischen Deutung unterworfen.
Wir exponierten bestimmte Worte von diesen Neologismenketten auf
Grund unseres Protokolls wieder dem Patienten und forderten ihn auf,
seine Einfälle dazu uns mitzuteilen. Hier genügen folgende Beispiele:

«*Buruburuburu*»: Urin, Urwald, peng, zischt, wühlen im Urwald,
Schamhaare ... *Inzest*.

«*Radabum*»: Die Trommel einschlagen, hereindringen, peng ... *De-
floration*.

«*Furibang*»: furibund, Teufel, Wirbel, es zieht mich hinein, ich höre,
wie jemand im Wald auf sein Opfer mit einer Keule einschlägt.

«*Exebunti*»: Sarapuntin, *Geschlechtsakt*.

«*Rudibunti*»: dasselbe, aber rudimentär.

«*Rudi*»: Fudi, Anus ... ein Lachen in mir, große Lust; *es ist gelungen, ein Mädchen zu nehmen und am Hals zu würgen, Blutspuren am Hals*.

«*Esvanpari*»: Wamp, Vampir, *Blutsauger*.

«*Querulanti*»: Querulant, Querschläger, Querbett, Quelle, Brunnenvergifter, Jauchemist ... Scheusal, du, sagt etwas in mir, Quasta, Quasta, basta, basta, genug!

«*Sadibum*»: *Sadismus*.

«*Padi*»: Ein Stock, mit dem ein Mann einem Mädchen *einen Schlag gibt*.

«*Erzlaus*»: Laus, tibi, Christi, lauf, Teufel, oder ich fresse dich. Und so fort.

Patient lebte somit in Form dieser Neologismen auf der Couch einen schizophrenen Schub mit *Bewußtsein* aus. Wir ließen ihn in der Stunde vorübergehend «verrückt» werden, und erst als wir die latente Schizophrenie-Anlage für genügend «erlebt» erachteten, entschlossen wir uns zu einer offenen Konfrontierung des Patienten mit seiner latenten *schizophrenen Anlage*.

Durch diese besondere Art der Analyse von *schizophrenen Einbrüchen* ist uns die psychische Schocktherapie gelungen.

Erstens haben wir dem Patienten *seine latenten schizophrenen Ahnen* gezeigt. *Die Neologismen traten stets dann auf, wenn in ihm der schizophrene Onkel oder der schizophrene Vater sich manifestieren wollte.*

Zweitens konnten wir ihm zeigen, daß diese schizophrenen Ahnen im familiären Ubw stets *eine Triebgefahr von Inzestwunsch, Analsadismus und Lustmord repräsentieren. Die schizoformen Neologismen wirken demnach als Abwehrreaktionen gegen diese verpönten Triebansprüche.*

Drittens gelang es ihm, alle diese verpönten Ansprüche als infantile Phantasien *bewußtseinsfähig* zu machen und ihnen gegenüber nicht die Verdrängung, sondern den *Verzicht* als Abwehrart zu gebrauchen. Die Angst, daß er selbst – wie sein Vater und sein Onkel – schizophren werden könnte, wurde völlig abgetragen, und die Neologismen verschwanden endgültig aus den Assoziationen.

Wir betonen hier nochmals das Ausschlaggebende in der Psychochock-Therapie:

I. Die Möglichkeit des Erlebens von geisteskranken Ahnen auf der Couch.

II. Die Zerlegung dieser Erbanlage in Triebgefahren und Abwehrmechanismen, auf die der Patient in der Zukunft nun verzichten oder aber sie sublimieren kann.

Damit haben wir nun die erste und wichtigste Phase der Psychoschock-Therapie – *das Erlebenlassen der latenten Abnen* – ad oculos demonstriert. Die Schockwirkung war bei diesem Mann so groß, daß er in den folgenden Stunden nur über seine Schizophrenieerlebnisse sprach. Erst jetzt konnte er mir mitteilen, daß er schon *vor der Analyse* des öfteren «Stimmen» gehört habe, die er aber immer wieder vergessen hat. Er stellte mir schriftlich die chronologische Liste seiner «schizoformen» Erlebnisse in der Vergangenheit zusammen.

«Aufzeichnungen über den religiösen Fanatiker»

9. Okt. 1947. «Meine Idee, eine ‚Gebetszelle‘ zu gründen.»

11. Nov. 1947. «Ich ahne immer mehr, daß Gott mir einen Auftrag geben will.»

22. Nov. 1947. «Kampf gegen die satanischen Geister. Hatte religiöse Ekstasen erlebt.»

16./17. Jan. 1948. «Ich höre nachts einen Gesang: O komme bald, Herr Jesu.»

8. März 1948. Eine Stimme: «Das tat ich für dich, was tust du für mich?»

13. Juni 1948. Stimme: «Ich will dich unterweisen.»

8./9. Juli 1948. Ich sehe im Traum eine aufgeschlagene Bibel mit dem goldenen Text: «Ich werde dich durch alle Trübsal hindurchführen.»

3. Sept. 1948. Ich lese über den Apostel Paulus. Da sagt eine Stimme in mir: «Du wirst noch größer als er!»

25. April 1949. Die Stimme: «Du wirst mit einer Persönlichkeit zusammengeführt werden. Halte fest an Jesus, halte fest. Dann wirst du groß werden im Himmelreich.»

20. Mai 1949. Inspiration, einen Pfingstartikel zu schreiben.

10. Juni 1949. Die Stimme fordert mich um 2 Uhr nachts auf, für meinen Vater zu beten.

August 1950. Die Stimme: «Du wirst berühmt.»

Nach dieser gelungenen Psychoschockwirkung gaben wir dem Patienten die Aufgabe, seinen Stammbaum zusammenzustellen. Dies tat er mit einer Gewissenhaftigkeit und Unermüdlichkeit, die einem Genealogen vom Fach zur Ehre gereichen könnten.

Die genotropistischen Daten seiner ersten Wahlpartnerin, der 60-jährigen paranoiden Hysterikerin, haben wir selbst durchgeführt. So gelangten wir zu der *zweiten* Phase der Schocktherapie:

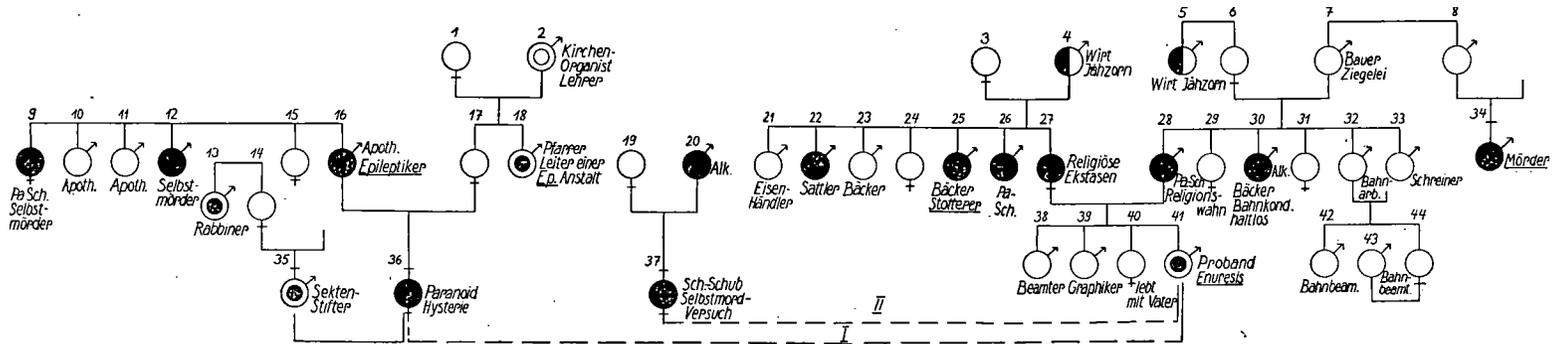


Abb. 4.

II. DIE KONFRONTIERUNG DES PATIENTEN

MIT SEINEN KRANKEN AHNEN UND

WAHLEN AUF GRUND DES GENOTROPISTISCHEN STAMMBAUMES

Die Zahl der vom Probanden erfaßten Familienmitglieder beträgt 260. Einen Auszug aus diesem Stammbaum gibt die Abb. 4.

I. Die genotypisch wichtigsten Daten.

1. *Vater* des Probanden (Nr. 28) stammt aus einer Bauernfamilie. Eine häufige Todesursache paroxysmaler Natur in der Familie des Vaters und seiner Genverwandtschaft war der *Tod durch Unfall* (Sportunfälle, Sturz vom Heuboden, vom Velo), ferner durch Schlaganfall. Unter den Berufswahlen dominierten aggressive, paroxysmale Professionen, wie Lokomotivführer, Eisenbahner, Ackerbau, Schreiner usw.

Der Vater selbst war Bahnangestellter. *Er hatte fünf Jahre vor der Geburt des Patienten eine paranoid-schizophrene Erkrankung und war anderthalb Jahre interniert.* Ein sehr traumatisches Inzesterlebnis mit seiner Schwester konnte der Vater nicht aufarbeiten und verfiel im «Kampf mit dem Teufel» einem Religionswahn. Nach dem Tode seiner Frau lebte er dann mit seiner ledigen Tochter (Nr. 40) zusammen.

Ein Vetter des Vaters (Nr. 34) hat – wie wir schon erwähnten – «im Spiel» seinen Freund erschossen. *Jähzornig* waren der Vater selbst – er wollte in einem Wutanfall die Tochter töten –, ferner der Vater des Vaters (Nr. 7) und der Bruder der Mutter des Vaters (Nr. 5).

Die Mutter des Probanden (Nr. 27) stammt aus einer *Sektiererfamilie* (Wiedertäufer), in der der Beruf Bäcker und Konditor sehr häufig vorkam. Sie selbst war angstvoll von der Idee besessen, daß Christus wiederkehren und sie und ihre Kinder zur Erlösung noch nicht bereit sein könnten. Sektenpfarrer gingen ein und aus in ihrem Haus, und sie selbst erlebte oft große religiöse Ekstasen. Vorübergehend entwickelte sie auch Vergiftungsideen.

Der eine *Bruder der Mutter* (Nr. 26) war der erwähnte «Heilige» der Familie, Onkel D., ein asketisch-keuscher Sektierer, der in seinem Religionswahn vor der Schwester und ihren Kindern die größten religiösen Entzückungen vorführte. Vorher hatte er *Verfolgungsideen* und verlor seine Stelle durch einen *Anklagebrief* gegen seinen Vorgesetzten. Der Religionswahn erschien somit nach einer Phase von Verfolgungs- und Querulantenwahn. Er hat *nie* mit Frauen zu tun gehabt und wirkte in seiner asketischen Haltung als Vorbild für unseren Probanden. Ein anderer Bruder der Mutter (Nr. 25) war *Stotterer*. Proband selbst *Enuretiker*.

Auf Grund dieser genealogischen Angaben müssen wir den Probanden als *Doppelkonduktor von paroxysmal-epileptiformen und paranoid schizoformen Anlagen* erachten.

II. Die *genotropistischen Daten* des Stammbaumes (Abb. 4) bestätigen die obige Feststellung.

Das erste Wahlobjekt in der Liebe, die 60jährige Frau (Nr. 36), war selbst eine *hysteriforme paranoide* Persönlichkeit. Sie gab mir bei einer Besprechung an, daß sie früher eine Begegnung mit einem Mann gehabt habe, dem sie restlos verfiel. Sie behauptete, der Mann hätte sie hypnotisiert. Sie erhielt «Ströme» von ihm, war deshalb «halbverrückt». Immer übertrieb sie alles, machte mystische, okkulte Behauptungen und tyrannisierte den Mann, den Sohn und später den Probanden. Nun war aber diese erste Geliebte des Patienten – wie er selber – ebenfalls eine Doppelkonduktorin von Epilepsie und Paranoid. Ihr Vater (Nr. 16), ein Apotheker, war seit der Jugend ein *genuiner Epileptiker* und starb so, daß er in einem Anfall in eine Maschine stürzte.

Ihre Tante väterlicherseits (Nr. 9) war wegen einer paranoiden Schizophrenie interniert und nahm sich mit Gift das Leben. Ein Onkel von ihr (Nr. 12), ebenfalls ein Apotheker, hat sich auch vergiftet.

Die Beziehung dieser ersten Liebe zur Religion ist sehr merkwürdig. Ein Onkel mütterlicherseits, ein *Pfarrer* (Nr. 18), war *Leiter einer Anstalt für Epileptiker*. Ihr Großvater (Nr. 2) war *Kirchenorganist*. Ihr Mann (Nr. 35), ein konvertierter Jude, hat eine christliche Sekte gegründet und lebte als *Wanderprediger*. Der Onkel dieses Mannes war *Rabbiner* (Nr. 13).

Die Bekanntschaft des Probanden mit seiner späteren Geliebten beginnt mit einem Besuch, den er dem Sektenstifter, also ihrem Mann, erstattete. Er verliebte sich auf den ersten Blick in diese 60jährige Frau, und nachdem sie von ihrem Mann verlassen wurde, zog er zu ihr, und so lebten sie zwei Jahre in einer illegitimen Ehe, die der Proband aber stets legitimieren wollte. Nach der gewaltsamen Abtrennung von dieser Mutterfigur wurde er – wie wir es schon erwähnten – impotent.

Die junge Frau (Nr. 37), die er schon zu Beginn der Sch-A gewählt hatte, stammt aus einer Trinkerfamilie. Sie selbst hatte vorher einen paranoid-schizoformen depressiven Schub erlebt und wurde elektrochockiert. Sie hatte auch versucht, sich das Leben zu nehmen. In der Liebe zu unserem Probanden war sie aufgeblüht, und erst nachdem er ins Ausland fuhr, hatte sie wieder Selbstmordgedanken.

Die *dritte* Phase der Psychoschockwirkung war:

III. DIE KONFRONTIERUNG DES PATIENTEN
MIT DEN ERGEBNISSEN DES TRIEBTESTES

Proband ist Mitglied der Klassen

$$\frac{\text{Schp}^+}{5} : \frac{\text{Cm}^+}{5} : \frac{\text{Ss}^-}{4} : \frac{\text{Pe}^-}{1}$$

Triebgefahren

in Form von triäqualen Gefahren.

Das sagt uns also folgendes: *Die größten Gefahren* in seinem familiären Ubw sind: 1. die *paranoid-schizophrene Besessenheit* von religiösen oder anderen Ideen (Schp⁺-Klasse); 2. die krankhafte Anklammerung an eine Mutterfigur (Cm⁺-Klasse); 3. die krankhafte, masochistische Hingabe sowohl in der Liebe wie in der Religion (Ss⁻-Klasse).

Als *Ventil* aus diesen dreifachen Gefahrzonen bleibt ihm allein der Ausweg Kains (Pe⁻-Klasse), also das Schicksal des Enuretikers, des Jähzornigen, des Affektmörders – oder sublimiert das Schicksal eines Gelehrten der Religionswissenschaft.

Somit haben wir den Patienten in der Psychoschocktherapie auf drei verschiedenen Wegen mit seinen paranoid-schizophrenen und paroxysmal-epileptiformen Ahnen schockartig konfrontiert. Als nun die Schockwirkungen völlig abgeebbt waren, gaben wir ihm folgende Zusammenfassung seines Schicksals:

1. Er muß sich dessen ständig bewußt sein, daß er in sich die Anlage zu einer *paroxysmalen Schizophrenie* trägt.
2. Solange er diese Anlage unterdrückt oder wieder und wieder verdrängt, ist er sowohl in seiner seelischen Gesundheit wie in seiner Liebeswahlhandlung in der Tat ernst gefährdet.
3. Falls er sich willenlos dem kranken Erbe hingibt, kann er genau so religionswahnsinnig werden wie sein Vater und sein Onkel mütterlicherseits. *Er muß aber nicht unbedingt geisteskrank werden. Er kann auch diese Anlage mit der Stärke des Ichs und mit der Macht des Geistes sublimieren, und zwar eben in der Richtung Religionswissenschaft.*

Der Kampf des Ichs mit dem Erbe dauerte beim Patienten sehr lange, und er war sehr heftig. Endlich siegte doch der Geist. Er kommt eines Tages mit dem Entschluß, er werde demnächst ins Ausland gehen und

sich in seinen Mußestunden ausschließlich mit der Geschichte, Philosophie und Psychologie der *Religion* beschäftigen. Dieser Entschluß zur Sublimierung fällt schon in die letzte Phase seiner Sch-A, in die

C. PHASE DER ICH-ANALYSE

In dieser Phase mußte der Kranke erlernen, wie er die Kraft zum Sein, also die mitgebrachte Macht, unter den machtgierigen inneren und äußeren Faktoren richtig verteilen soll. Gibt er jegliche Macht seinem Erbe und identifiziert er sich mit dem schizophrenen Vater und Onkel, dann wiederholt er ein Schicksal des familiären Erbwanges. Überträgt er die Seinskraft auf die inzestuösen und prägenitalen Triebe, so wird sein Schicksal ihn zwanghaft zu alten Frauen führen, oder er muß einer Inversion und Perversion verfallen. Überträgt er seine genuine Macht auf die Umwelt und den Intellekt, so wird er als ein materialistisch eingestellter, von der Umwelt völlig abhängiger, unfreier Mensch leben.

Allmählich führten wir ihn zu der Überzeugung, daß er die Hauptkräfte des Ichs dem Geist geben und von der höchsten Instanz die Aufgabe übernehmen müsse, sich ein persönliches Wahlschicksal schrittweise aufzubauen. Nur dann wird es ihm möglich sein, aus der mitgebrachten epileptiformen und paranoiden Anlage zum Religionswahn fortan ein wissenschaftliches Interesse für die Religion – als Privatgelehrter – aufzubauen. Nachdem eine Reihe der darauffolgenden Träume *ichanalytisch* ausgelegt wurden, schrieb er mir folgendes über seine Verwandlung:

«Die Versöhnung mit den inneren Gegensätzen:

1. Der Mensch hat nicht nur helle, sondern auch dunkle Seiten. Das gilt für jeden ohne Ausnahme. Jeder trägt in sich den Kain, wenn auch dessen Stärke und Aktualität variieren mag. Diesem Kain steht aber auch ein Abel gegenüber, dem Teufel ein Engel. Der Abel ist das Licht, der Kain der Schatten. Das wird wohl gemeint sein, oder *auch* gemeint sein mit dem Ausspruch: ‚Kein Licht ohne Schatten.‘ Übrigens: wir können das Wort ‚Engel‘ gar nicht denken ohne die Gegensätzlichkeit. Dieser Denknöwendigkeit steht eine seelische Wirklichkeit gegenüber, und hier stellt sich das Problem: Geht mit jeder Denknöwendigkeit eine psychische Realität einher?

2. Das gilt auch für mich. Ich erschrak, als ich das erstmal so richtig mit dem Kain in mir konfrontiert wurde. Es gibt ihn auch in

mir in allen Abstufungen: als Mörder, Totschläger, Räuber, Hinterlistiger, Doppelzüngiger, Gauner und Teufel, und in der Sexualität als Analsadist, Perverser, Süchtiger, Vergewaltiger, Ehebrecher und Kindsmörder. Irgendwo ,im Wartesaal der Ahnen‘ stehen sie alle und könnten einmal Aktualität erlangen. Daher gilt es, sich mit ihnen abzufinden, und nicht nur das, sondern: sie nicht zu hassen, wie überhaupt alles seelische, auch wenn wir es ethisch und sozial ,verdammten‘ möchten. Ich glaube, diejenigen haben recht, die sagen, der Schatten in uns sei der wahrhaft Nächste, den man ,lieben‘ soll. Denn von innen heraus muß die ,charité‘ kommen; wer mit diesem Nächsten sich ausgesöhnt hat, söhnt sich auch mit dem Nächsten der realen Welt aus. Von innen herauskommen will heißen: den Kain in sich erkennen, anerkennen und ihn duldsam achten, wissend, daß ihm ein Engel gegenübersteht, gewissermaßen: *daß beide nicht ohne einander existieren können*. Dies ist auch, was unter der Versöhnung mit der eigenen Gegensätzlichkeit zu verstehen ist, die, wenn einmal erreicht, auch die Versöhnung mit der Menschheit bringt.»

Den Traum Nr. 117, in dem er von Grabstein und Friedhof, von Brand und Schmied träumte, legt der Patient wörtlich wie folgt aus:

«Es ist mir klargeworden, daß ich meinen Onkel D. in diesem Traum endgültig begraben habe. Die Strömungen, die dieser religionswahnsinnige Onkel mir aus dem familiären Ubw zuströmte, sind nun überwunden. Auch das väterliche epileptiforme Erbe (Totschläger, Hölle, Feuer) und auch die Kastrationsangst sind nun machtlos geworden. Früher hatte ich Neologismen produziert, um den verrückten Onkel und Vater abzuwehren. So versuchte ich sie beide zuzudecken. Beide sind nun begraben!»

Zu Traum Nr. 135 faßt der Kranke seine religiösen Abirrungen nochmals chronologisch zusammen und sagt: «Mit solchen Problemen bin ich nun herumgelaufen und war nahe daran, in einen Wahn herunterzusinken. Erst jetzt sehe ich ein, wie mein Ich von diesem Religionswahn verdunkelt wurde. *Jetzt aber bin ich frei*. Ich wähle statt den Wahn die Wissenschaft der Religion. ... Ich muß auch heiraten und den Geist auf die Erde steigen lassen und sie so mit seiner Hilfe bauen ... »

Im Traum Nr. 142 trifft er Nietzsche im Park und setzt sich mit dem Philosophen auseinander. Die Begegnung mit dem Philosophen im Traum beeindruckt ihn, und er behauptet, *er sei durch diesen Traum anders geworden*: «Jetzt kommen schon Integrationsprobleme,

Probleme der Humanisierung, und ich freue mich ungemein und will ein herzlicher Mensch werden, der das Denken mit dem Fühlen ergänzt ... »

Somit erreicht der Patient die Phase der autogenen und allogenen Partizipation. *Er ist nun mit sich und mit den Mitmenschen eins geworden.*

Seit der Beendigung seiner Sch-A ist ein Jahr vergangen. Nach seiner schriftlichen Mitteilung, die er mir vor kurzem aus dem Ausland zusandte, ist er völlig diejenige integrierte und humanisierte Persönlichkeit geworden, die er in den letzten Stunden seiner Analyse als Ichideal aufgestellt hatte.

In der Zusammenfassung der «Heilwege der Tiefenpsychologie» werden wir die Grundfragen beantworten, die wir in der Einleitung zur Vergleichung der verschiedenen Heilwege mit dem der Psychoanalyse aufgestellt haben. Hier müssen wir noch zur Entstehungsgeschichte der Psychoschocktherapie folgendes mitteilen.

Die Psychoschock-Therapie verdankt ihre Entstehung den unbehaglichen Empfindungen, die wir als Arzt in einer Anstalt Tag für Tag bei den Behandlungen mit Elektroschock erlebt haben.

Auf Grund dieser unbehaglichen Erlebnisse habe ich mir 1945 die Frage gestellt, ob man diese seelisch Kranken durch eine überpeinliche, massive, rigoros durchgeführte, dennoch aber menschlichere Art von seelischer Konfrontierung auf der Couch bei unversehrtem Bewusstsein nicht genau so erschüttern (schockieren) und demzufolge zu einer seelischen Umdrehung zwingen könnte, wie dies bisher nur im bewußtlosen Zustand mit dem elektrischen Strom oder mit der Cardiazol- oder Insulin-Spritze bewerkstelligt wurde? So entstand die Psychoschock-Therapie.

Zu dieser Zeit war ich wissenschaftlicher Mitarbeiter einer Privatklinik und Heil- und Pflegeanstalt. Hier habe ich die ersten Versuche mit der hier zuerst beschriebenen Psychoschocktherapie an süchtigen Psychopathen, paranoiden und katatonoiden Schizophrenen durchgeführt. Die Ergebnisse dieser Vorversuche zur Psychoschock-Therapie, die ich in dieser Anstalt dreizehn Monate hindurch täglich in acht Stunden ausgeübt habe, waren ermutigend. *Dann übertrug ich die gleiche Methode der psychischen Schockbehandlung auf nicht geisteskranke Psycho- und Charakterneurotiker, die Konduktoren irgendeiner erblichen Geisteskrankheit waren.*

Ich kann nun hier über die Ergebnisse meiner 10jährigen Erfahrungen kurz folgendes sagen:

1. Die Psychoschock-Therapie hat sich bei den neurotischen Konduktoren geisteskranker Ahnen als eine heilende Methode – ohne jeglichen Schaden – bewährt.

2. Für Präpsychotiker und junge Schizophrene ist diese Methode gut anwendbar, aber *nur in einer Anstalt*.

3. Bei den chronischen Querulanten und intellektuell Beschränkten kommt die Psychoschock-Therapie nicht in Frage.

4. Die Methode ist durch Lehranalyse von Psychiatern und Psychologen erlernbar und *ohne Gefahr* ausübbar. Die Vorbedingung ist die, daß sich der Analytiker mit *seinen eigenen* seelisch kranken Ahnen schon völlig versöhnt und ihre Ansprüche im Beruf restlos sublimiert hat.

5. Die heftigsten Gegner der Schicksalsanalyse fanden wir bei denjenigen Psychiatern und Psychologen, die Abkömmlinge seelisch kranker Ahnen sind oder die selbst – episodisch – geisteskrank waren. Dies ist *menschlich* leicht zu verstehen. Denn die Sch-A behauptet ja, daß sie den Beruf eines Psychiaters oder Psychologen auf Grund ihrer Konduktornatur gewählt haben. Dies einzusehen ist aber für sie zu peinlich. Unsere schicksalsanalytischen Erfahrungen, die ins Jahr 1937 zurückgehen, haben unwiderruflich bewiesen, daß die Konduktornatur irgendeiner Erbpsychose für den Psychiater keine «peinliche Angelegenheit», sondern im Gegenteil ein Zeichen und eine Vorbedingung seiner besonderen Berufung und seines Auserwähltseins für diesen Beruf darstellt.

LITERATURVERZEICHNIS

- SZONDI, L.: *Contributions to Fate Analysis. Analysis of Marriages. An attempt at a theory of choice in love.* Acta Psychologica. Vol. III. Nr. 1. The Hague, Martinus Nijhoff 1937.
- *Schicksalsanalyse.* Wahl in Liebe, Freundschaft, Beruf, Krankheit und Tod. Benno Schwabe, Bascl. I. Aufl. 1944, II. Aufl. 1948.
- *Experimentelle Triebdiagnostik.* Bd. I, Textbuch. Bd. II, Testbuch. Hans Huber, Bern, 1947.
- Französisch: *Diagnostic expérimental des pulsions.* Presses Universitaires de France, Paris, 1952.
- Englisch: *Experimental Diagnostics of Drives.* Grune and Stratton, New York 1952.
- *Trieb-Analyse. Triebpathologie. Bd. I,* H. Huber, Bern und Stuttgart 1952.
- *Ich-Analyse.* Die Grundlage zur Vereinigung der Tiefenpsychologie. Bd. II der Triebpathologie. H. Huber, Bern und Stuttgart 1956.
- *Mensch und Schicksal.* Wissenschaft und Weltbild. Jg. 7. Heft 1/2. Wien und München.
- F. SOTO YÁRRITU: *El destino humano como problema científico.* Navarra 1953.
- SUSAN DÉRI: *Introduction to the Szondi Test.* Grune and Stratton, New York 1949.
- P. H. ESSER: *Karakterkennis en Neurosenleer.* J. H. Kok N. V. Kampen 1952.
- U. MOSER: *Psychologie der Arbeitswahl und der Arbeitsstörungen.* H. Huber, Bern und Stuttgart 1953.

- H. WALDER: Triebstruktur und Kriminalität. Abhandl. zur experimentellen Triebforschung und Schicksalspsychologie. Nr. 1. H. Huber, Bern und Stuttgart 1952.
- E. STUMPER: Triebstruktur und Geisteskrankheit. Abhandlung zur experimentellen Triebforschung und Schicksalspsychologie. Nr. 2. H. Huber, Bern und Stuttgart 1956.
- Szondiana I.* Hgb. L. Szondi. Huber, Bern und Stuttgart 1953.
- Szondiana II.* Hgb. L. Szondi. Huber, Bern und Stuttgart 1955.

IV. DER HEILWEG DER INDIVIDUAL- PSYCHOLOGIE ALFRED ADLERS

VON A. MÜLLER, ZÜRICH

I. DAS MENSCHENBILD DER INDIVIDUALPSYCHOLOGIE

«Das Einmalige des Individuums läßt sich nicht in eine kurze Formel fassen, und allgemeine Regeln, wie sie auch die von mir geschaffene Individualpsychologie aufstellt, sollen nicht mehr sein als Hilfsmittel, um vorläufig ein Gesichtsfeld zu beleuchten, auf dem das einzelne Individuum gefunden – oder vermißt werden kann¹.»

Diese Worte ADLERS zeigen eindeutig, daß er sich dessen wohl bewußt war, wie weit wir davon entfernt sind, das menschliche Individuum² klar definieren oder auch beschreiben zu können. Er war auch nie der Meinung, daß es der Individualpsychologie gelang, ein umfassendes oder gar erschöpfendes Menschenbild zu zeichnen. Vielleicht ist die Auffassung des holländischen Autors DE WILDE richtig, der die verschiedenen Aspekte der menschlichen Person gleichsam als Meridiane sieht, die wir bis in die Nähe des Nordpols ziehen, ohne ihn ganz zu erreichen. So sind auch die Aspekte der Individualpsychologie zu einem Menschenbild nur Beiträge, die nach ständiger Weiterforschung drängen.

Die einzelnen Aspekte des individualpsychologischen Menschenbildes sind nun an sich weniger psychologische Feststellungen, vielmehr *anthropologische* Thesen, die von einer zukünftigen, umfassenden philosophischen Anthropologie geprüft werden sollen und entweder in sie aufgenommen oder von ihr abgelehnt werden.

Um aber die Bedeutung der ADLERSchen Beiträge zu einer philosophischen Anthropologie richtig einschätzen zu können, muß man gerechterweise an die Zeit ihres Entstehens zurückdenken. Bis heute ist vieles selbstverständlich geworden, was damals nicht nur als neu, sondern auch als unwissenschaftlich, ja bedenklich galt.

I. Eine der ersten und bedeutsamsten Aspekte der Menschenauffassung ADLERS ist außer Zweifel die Annahme der Einheitlichkeit im

¹ A. ADLER: Der Sinn des Lebens, S. 7.

² «Individuum, oder besser: Person.» O. BRACHFELD: Minderwertigkeitsgefühle, S. 45.

Seelischen. «Jedes seelische Phänomen kann deshalb nur als Teiler-scheinung eines *einheitlichen Lebensplanes* verstanden werden¹.» Noch eine klare Formulierung möge zitiert werden: «Damit sagen wir zu-gleich, daß jede Bewegung der Gesamtpersönlichkeit entspringt und ihren Lebensstil in sich trägt, daß jede Ausdrucksweise der *Einheit der Persönlichkeit* entstammt, in der es keine Widersprüche gegen sie, keine Ambivalenz, keine zwei Seelen gibt².»

Schon aus diesen zwei Zitaten geht deutlich hervor, daß ADLER den tieferen Grund dieser Einheitlichkeit nicht exakt angibt. Das eine Mal sieht er hinter den Ausdrucksbewegungen den einheitlichen *Lebensplan*, das andere Mal die Einheit der *Persönlichkeit*. An einer anderen Stelle schreibt er dem *Ich* die vereinheitlichende Funktion zu³. Später spricht ADLER immer entschiedener von seiner Überzeugung «von der freien *schöpferischen Kraft* des Individuums in der ersten Kindheit und seiner gebundenen Kraft später im Leben, sobald das Kind sich ein festes Bewegungsgesetz für sein Leben gegeben hat» (Sinn des Lebens, S. 7).

Mit den angeführten Stellen soll nur gezeigt werden, daß ADLER zwar ein überzeugter Vertreter der Einheitlichkeit im Seelischen ist, sich aber nicht eindeutig festlegt bezüglich der letzten Gründe für diese «Einheitlichkeit der Persönlichkeit».

Wir wissen aber, daß auch heutige Autoren noch schwanken in be-zug auf den sog. «Kern der menschlichen Persönlichkeit»⁴.

II. Ebenso entschieden wie die Einheitlichkeit des Seelenlebens ver-tritt ADLER auch die *Zielstrebigkeit alles Seelischen*, ja alles Biologischen. Dieses Thema stand immer im Vordergrund der individualpsycho-logischen Literatur, und betreffs näherer Einzelheiten müssen wir auf sie verweisen⁵. Es mögen hier zwei Zitate von ADLER genügen. «Wir sind nicht in der Lage zu denken, zu fühlen, zu wollen, zu handeln,

¹ A. ADLER: Praxis u. Theorie der Individualpsychologie, IV. Aufl. S. 51.

² A. ADLER: Der Sinn des Lebens, S. 61.

³ «Man mag von der Einheit des Ichs noch so wenig wissen, man wird sie nicht los. Man kann das einheitliche Seelenleben nach verschiedenen ... Gesichtspunkten zergliedern, um das einheitliche Ich zu begreifen ... – Zum Schlusse wird man nicht umhin können, es wie-der, wie den Reiter auf dem Roß, in seine allumfassende Wirksamkeit einsetzen zu müssen ... Das ‚Ich‘ hat in der modernen Psychologie seine Würde durchgesetzt.» ADLER: Sinn des Lebens, S. 133.

⁴ ADLER steht mit seiner Auffassung in den 20er Jahren noch ziemlich allein. Vgl. die Fußnote S. 161 in Pr. u. Th.: «Die Analogie mit der späteren Gestaltpsychologie, wohl der einzigen Richtung, die der Ganzheitsbetrachtung der Individualpsychologie nahe-kommt, dürfte altbekannt sein.»

⁵ Siehe insbesondere: E. WEXBERG, Individualpsychologie, Kapitel 1, «Persönlichkeit als zielgerichtete Einheit».

ohne daß uns ein Ziel vorschwebt» (P. u. Th., S. 2). «Jede seelische Erscheinung kann, wenn sie uns das Verständnis einer Person ergeben soll, nur als Vorbereitung für ein Ziel erfaßt und verstanden werden» (P. u. Th., S. 3).

III. Die Auffassungen ADLERS über die Einheitlichkeit und Zielstrebigkeit der Person sind über die engeren Fachkreise hinaus bekannt. Weniger verbreitet ist seine Auffassung über die wichtige Rolle, die die «*Meinung*» im Leben des Menschen spielt. In seinem letzten großen Werk, im «Sinn des Lebens», trägt das I. Kapitel den Titel «Die Meinung von sich und über die Welt». Er beendet das Kapitel mit dem Satz: «In jedem Falle ist es klar, daß die ‚Meinung‘ dem Weltbilde eines Menschen zugrunde liegt und sein Denken, Fühlen, Wollen und Handeln bestimmt» (S. 19). Wir sehen daraus, daß ADLER unter «Meinung» etwas versteht, das sogar noch dem Weltbilde zugrunde liegt, also tiefer ist als dieses. Weiter sagt ADLER: «Die Meinung des Individuums vom Sinn des Lebens ist keine müßige Angelegenheit. Denn sie ist in letzter Linie die Richtschnur für sein Denken, Wollen und Handeln» (S. d. L., S. 20). Was ADLER mit dem Ausdruck «Meinung» bezeichnet, ist vielleicht nichts anderes als die Grundeinstellung eines Menschen zu sich und zum Leben, seine tiefste Philosophie, ob er sie formulieren kann oder nicht. Jedenfalls identisch damit, was er für den *Sinn des Lebens* hält¹.

IV. ADLER betrachtet das Menschenkind in der Gestaltung seiner Meinung und seines Bewegungsgesetzes als weitgehend *frei*. Er spricht von der «nahezu willkürlich schaffenden Kraft des Kindes in der Gestaltung seines Bewegungsgesetzes». Die Einflüsse der angeborenen Fähigkeiten sowie die Einflüsse der Umgebung und Erziehung betrachtet ADLER als «Bausteine, aus denen das Kind in spielerischer Kunst seinen Lebensstil aufbaut»².

ADLER zieht aus dieser weitgehenden Freiheit des Menschen keine moralischen Schlüsse, weil er auch die mitbeeinflussenden Faktoren deutlich sieht. Die Individualpsychologie verurteilt nicht, sondern

¹ A. ADLER, Sinn des Lebens: «Wir kommen zu dem Schlusse, daß jeder eine Meinung von sich und den Aufgaben des Lebens in sich trägt, eine Lebenslinie und ein Bewegungsgesetz.» Ähnliche Gedanken entwickelt B. CROCE in seinem Essay über Shakespeare. Ausgeführt im Kap. VI dieser Arbeit.

² Ausführlicher formuliert im S. d. L., S. 16: «Die Richtung und die gerichtete Ausnutzung von Instinkten, Trieben, Eindrücken der Außenwelt und der Erziehung ist das künstlerische Werk des Kindes, das nicht ‚besitzpsychologisch‘, sondern ‚gebrauchpsychologisch‘ verstanden werden kann.»

trachtet zu bessern, «weil sie die Schuld von dem Einzelnen abnimmt und sie den Mängeln unserer Kultur zuweist, an deren Mangelhaftigkeit alle andern mitschuldig sind, und auffordert, an deren Behebung mitzuarbeiten» (S. d. L., S. 69). Für die Therapie hat aber diese, wenn auch relative Freiheit des Menschen wichtige Konsequenzen, durch sie erst ist ja «die Tugend lehrbar».

V. ADLER war der Auffassung, daß ein isoliertes und restlos allein stehendes Individuum nur eine Denkmöglichkeit ist, aber keine Realität. «Der Mensch ist ein Teil des Ganzen.» Er sieht den Menschen ständig «in seiner Bezogenheit zur menschlichen Gesellschaft, zu den kosmischen Faktoren und zum anderen Geschlecht» (S. d. L., S. 9).

Die Hauptaspekte der ADLERSchen Menschenauffassung wären demnach: *Einheit und Zielstrebigkeit der Persönlichkeit, die entscheidende Rolle der Meinung im menschlichen Verhalten, die weitgehende Freiheit in der Bildung der Meinung und des Lebensstils, die Betrachtung des Menschen als eines Gemeinschaftswesens.*

Es wäre wichtig, zu untersuchen, inwieweit diese kurz angedeuteten Aspekte mit der personalistischen Auffassung des Menschen in den modernen philosophischen Anthropologien parallel gehen. Das Eingehen auf dieses Thema würde aber den Rahmen unserer Arbeit überschreiten.

Es scheint uns dagegen unerläßlich, ADLERS Stellungnahme zu einzelnen sehr verbreiteten anthropologischen Auffassungen seiner Epoche kurz anzugeben.

ADLERS STELLUNGNAHME ZUR ANLAGETHEORIE, ZUR TRIEBLEHRE UND ZUR LEHRE VOM UNBEWUSSTEN

ADLERS Standpunkt zur Hereditätslehre und Anlagetheorie ist dahin zu formulieren, daß er als Arzt die Vererbung körperlicher Eigenschaften selbstverständlich zugab, da er selbst das Vorhandensein familiärer Organminderwertigkeiten feststellte; er lehnte aber entschieden ab, jede Art seelischer Funktion als durch Vererbung und Anlage bedingt zu erklären¹. Die Zeiten liegen noch nicht weit zu-

¹ A. ADLER, Sinn des Lebens, S. 122: «Es gibt *Besitzpsychologien*, die sich damit befassen, festzustellen, was ein Mensch auf die Welt mitbringt und besitzt, die aus diesem Besitz alles Seelische ableiten wollen. – Es gibt andere Richtungen der Psychologie, die man als *Gebrauchpsychologien* betrachten müßte. Die Individualpsychologie, die die Stellungnahme eines Menschen zu den Lebensfragen berücksichtigt, um ihn zu verstehen, berücksichtigt den Gebrauch.»

rück, in denen *jede* Art und besonders Unart eines Kindes dadurch erklärt wurde, daß jemand unter den Eltern und Großeltern, unter Onkeln und Tanten ausfindig gemacht wurde, von dem das Kind die entsprechende Eigenschaft geerbt haben sollte oder mußte. ADLER sah in Charakterzügen vielmehr geprägte Verhaltensweisen, die das Kind selbst gestaltet hat, allerdings unter dem Gebrauch von Anlage- und Umweltfaktoren als Bausteine seines Lebensstils.

Eindeutig ist ADLERS ablehnende Haltung gegenüber der Auffassung des Menschen als eines ausschließlichen oder auch nur überwiegenden Triebwesens. Wohl sah er die Triebe und Dränge im Menschen als etwas Gegebenes, doch betrachtete er sie gleichzeitig als etwas Aufgegebenes. Natürlich drängen die Triebe und Bedürfnisse den Menschen, aber die Art und Weise der Befriedigung ist nicht eindeutig festgelegt. Die Triebe drängen den Menschen, aber sie zwingen ihn nicht, er kann zu ihnen sogar *nein* sagen¹.

Sollte es mit der Zeit möglich sein, die ursprüngliche Art und Stärke der Triebe beim Individuum exakt festzustellen und zu messen, so ist dagegen vom individualpsychologischen Standpunkt aus nichts einzuwenden. Man wird aber nicht umhin können zuzugeben, daß in den Charakterzügen nicht nur Triebkomponente enthalten sind. Die andere Schwierigkeit wird bleiben die ungeheure Anzahl menschlicher Verhaltensweisen, die man als triebhaft oder instinktiv bezeichnen kann².

Eine andere Frage ist es, ob wir die sogenannten Charakterteste in der psychologischen, insbesondere in der individualpsychologischen Praxis gebrauchen können. Zu diesem Punkte möchten wir die Auffassung des individualpsychologischen Autors OLIVER BRACHFELD zitieren: «Im Gegensatz zu SZONDIS Theorien scheint der Test selbst für den praktischen Gebrauch gut geeignet zu sein, selbst wenn man den Glauben des Verfassers an die Möglichkeit einer ‚Trieb-Diagnostik‘ nicht teilt. Jedenfalls ist es ein sehr guter Charaktertest. Der Test ist leicht durchführbar und ermöglicht es ohne Schwierigkeit, in die tieferen Charakterschichten vorzustoßen. Er geht von Ideal und Gegenideal aus, den beiden Faktoren, die einen überragenden Einfluß auf das Selbstwertniveau eines jeden ausüben. Damit ist eine Me-

¹ Vgl. MAX SCHELER: «Mit dem Tiere verglichen, ist der Mensch der Neinsagenkönner.»

² Siehe die Fußnote in LEWIS WAYS Buch: A. Adler, Psychologie und Philosophie, S. 295: «In einer Art Kuriositätensammlung berichtet L. L. BERNHARD (Instinkt 1928), daß in den Arbeiten von einigen hundert Autoren 14046 menschliche Verhaltensweisen als instinktiv bezeichnet werden.»

thode gegeben, die einmal, wenn sie erst einmal vervollkommen ist, uns dem Ziel einer absolut objektiven und wissenschaftlichen Diagnose vom Minderwertigkeitsgefühl bei Kindern wie bei Erwachsenen, bei Normalen wie bei Abnormen merklich näher bringt» (O. BRACHFELD: Minderwertigkeitsgefühle, S. 236).

Im engen Zusammenhang mit der Stellung ADLERS zu der Hereditätslehre und Trieblehre steht seine Auffassung über das Begabungsproblem als ein Teil der Anlagetheorie. Sieht man alle Funktionen des Menschen als direkte und ausschließliche Folge von angeborenen Fähigkeiten, so liegt es auf der Hand, nicht nur, was der Mensch kann, auf angeborene Begabung zurückzuführen, sondern auch alles, was er nicht kann, mit mangelndem Talent zu begründen. ADLER sah auch die Unterschiede bezüglich mitgebrachter Fähigkeiten und Möglichkeiten unter den einzelnen Individuen, und nichts war für ihn selbstverständlicher, als hinter jeder Leistung auch die ursprüngliche Möglichkeit oder Begabung dazu anzunehmen und zuzugeben. Was er energisch bekämpfte und besonders aus der Pädagogik verbannen wollte, war die immer wieder kurzschlußartig angewandte These: wenn jemand, ein Kind oder Erwachsener, etwas nicht kann oder nicht erlernen kann, so liegt das an seiner mangelnden oder fehlenden Begabung. Nie ist ADLER müde geworden aufzuzeigen, wie viele verschiedene Faktoren eine positive Entfaltung vorhandener Möglichkeiten unterbinden können. Und einer der verheerendsten unter diesen Faktoren war seiner Meinung nach gerade die allzuoft ungenügend begründete Beurteilung eines Kindes als partiell oder total unbegabt und unfähig.

ADLERS Stellung zum Unbewußten, einem der wichtigsten Begriffe der modernen Psychologie, ist zunächst nicht deutlich. Das Bestehen unbewußter seelischer Vorgänge gibt er eindeutig zu, und er gebraucht in seinen Werken auch ständig das Wort «unbewußt». Später sagt er lieber: «unverstanden, unklar». Im Kapitel zur Rolle des Unbewußten (Pr. u. Th.) versucht er zu zeigen, daß die Unbewußtheit eines Strebens als ein Kunstgriff der Psyche zustande kommt, wenn das Persönlichkeitsgefühl durch das Bewußtwerden jenes Strebens bedroht werde. Aber das Individuum selbst «beherrscht den Umfang des Bewußten wie des Unbewußten». Das Unbewußte also ist bei ADLER kein ichfremder Teil im Seelenleben des Menschen, und die Unbewußtheit einzelner seelischer Vorgänge beruht auf einem Nichtwissenwollen oder -dürfen des Individuums selbst, ist also durch dessen eigene Aktivität bedingt.

SCHULTZ-HENKE fand in einem Vortrag (Stuttgart 1952) den übermäßigen Gebrauch von Substantiva in der Psychologie für bedauerlich. Er fand u. a., daß das Feststellen unbewußter seelischer Vorgänge uns noch nicht berechtigt, «das Unbewußte» anzunehmen¹.

Es möge dahingestellt bleiben, wieweit ADLER das Vorhandensein eines Unbewußten in der Seele annahm oder zugab, sicherlich sprach er ihm aber eine Unabhängigkeit vom Ich ab. Noch weniger zulässig erschien ihm die Annahme, daß das Unbewußte seinerseits ständig das Ich bedrängte, und zwar mit allem menschlich Negativen, dessen Quelle und Sammelstelle es ja sein sollte².

II. DYNAMIK DES SEELENLEBENS

ADLER sieht das Seelische als ständige Bewegung, als einen eminent dynamischen Prozeß.

Über die richtunggebenden Faktoren dieser Dynamik schreibt er 1920: «Die Bewegungslinie des menschlichen Strebens entspringt einer Mischung von Gemeinschaftsgefühl und Streben nach persönlicher Überlegenheit» (Pr. u. Th. Vorwort).

Es erscheint uns sehr bedeutsam, daß ADLER in seinem Spätwerk den einen Faktor «Streben nach persönlicher Überlegenheit» ersetzt und statt dessen von Minderwertigkeitsgefühl und Streben nach Überwindung spricht³. Er sieht nun das Seelische in den umfassenden Lebensstrom eingebettet, ist doch für ihn «Überwindung» das Grundgesetz des Lebens (S. d. L., S. 47)⁴.

Wir müssen noch etwas näher betrachten, was ADLER unter Überwindung versteht. Zu diesem Zwecke mögen noch zwei seiner Formulierungen zitiert werden: «Menschsein heißt ein Minderwertigkeitsgefühl zu besitzen, das ständig nach Überwindung drängt» (S. d. L., S. 48), und «das Ziel der menschlichen Seele ist Überwindung, Vollkommenheit, Sicherheit, Überlegenheit» (S. d. L., S. 97).

¹ Wenn ADLER vom Unbewußten spricht, so meint er meistens unbewußte Prozesse, z. B. im Satz: «Die gegen den Bruder gerichtete Entwertungstendenz arbeitet also verdeckt, sozusagen im Unbewußten» (Pr. u. Th., S. 160).

² Sinn des Lebens: «... die Schrecken der Hölle im Unbewußten.»

³ «Minderwertigkeitsgefühle, Streben nach Überwindung und Gemeinschaftsgefühl sind aus der Betrachtung eines Individuums oder einer Masse nicht wegzudenken» (S. d. L., S. 24).

⁴ Siehe auch S. d. L., S. 64: «Einmal in Bewegung gesetzt, war die lebende Materie stets darauf aus, von einer Minussituation in eine Plussituation zu gelangen.»

Ist mit Streben nach Überwindung nicht all das gemeint, was im allgemeinen Sprachgebrauch mit dem Ausdruck Selbsterhaltungstrieb, Existenzsicherung, Selbstbehauptungstendenz u. a. m. bezeichnet wird?

Wenn diese Schlußfolgerung erlaubt ist, so ist nach ADLER der eine bewegende Faktor in der seelischen Dynamik des Menschen: Die Sorge um sich, und zwar in dem doppelten Sinne des Wortes, als Besorgtheit um sich und als ein Sorgen für sich.

Es ist nun tatsächlich eine ständige und unerläßliche Aufgabe des Menschen, für die Erhaltung und Sicherung seiner Existenz Sorge zu tragen. «Seine Organe und sein Geist arbeiten stets auf Überwindung und Sicherung», sonst müßte er «dem Ansturme der Naturkräfte erliegen» (S. d. L., S. 65).

Gerade «seine größere Kenntnis der Gefahren, sein Wissen vom Tode» drängen den Menschen nach Sicherungen, und wir können nicht umhin anzuerkennen, daß die Sorge des Menschen um sich ein legitimer, ja unerläßlicher Faktor in seinem Leben ist¹.

Es wäre demnach kaum zu verwundern, wenn ein solches Lebewesen, das um sein Ausgeliefertsein weiß, ständig mit sich und mit seiner eigenen Sicherstellung beschäftigt wäre. Dem ist aber nicht so. Das ist das Eigenartige des Menschseins, daß dieses ständig bedrohte Wesen imstande ist, sich selbst zu vergessen, über sich selbst hinauszugelangen.

ADLER nannte diese Fähigkeit des Menschen, sich anderem und anderen zuzuwenden, *Gemeinschaftsgefühl*. Es ist nun leicht festzustellen, daß dieser Begriff im Laufe seiner Forschungen eine deutliche Wandlung durchmachte. Am Anfang war er mehr biologisch gedacht, dem Herdeninstinkt der Tiere im großen und ganzen analog, auch betreffend seiner Vorteile für die einzelnen Glieder einer Gemeinschaft. Immer deutlicher betonte ADLER in seinen späteren Publikationen die geistige Wurzel des Gemeinschaftsgefühls, als eine Entscheidung und Haltung des Menschen sub specie aeternitatis. Vielleicht wäre die Bezeichnung Hingabefähigkeit an Stelle von Gemeinschaftsgefühl eindeutiger gewesen.

Jedenfalls sah ADLER sehr frühzeitig, daß der Mensch nicht dazu verurteilt ist, ständig und ausschließlich für sich zu sorgen, sondern

¹ Vgl. S. d. L., S. 65: «Wer kann ernstlich daran zweifeln, daß dem von der Natur so stiefmütterlich bedachten menschlichen Individuum als Segen ein starkes Minderwertigkeitsgefühl mitgegeben ist, das nach einer Plussituation drängt, nach Sicherung, nach Überwindung.»

daß er auch imstande sei, sich zu transzendieren und sich, seine Kräfte und Fähigkeiten einzusetzen für andere und für anderes.

Vielleicht wäre deutlicher gewesen, wenn ADLER statt Streben nach persönlicher Überlegenheit und Gemeinschaftsgefühl andere Ausdrücke gebraucht hätte, um die Hauptfaktoren in der seelischen Dynamik zu bezeichnen. Selbstbehauptungstendenz und Hingabefähigkeit z. B. scheinen eindeutiger und allgemeinverständlicher zu sein¹.

Festzustellen ist jedenfalls, daß ADLER mit seiner Auffassung der alten Menschenschau sehr nahe steht, die den Menschen auch unter diesem doppelten Aspekt sieht: «Wer ist für mich, wenn ich nicht für mich bin? – Wer aber bin ich, wenn ich nur für mich bin?»

III. INDIVIDUALPSYCHOLOGISCHE GRUNDBEGRIFFE

Den Psychologen wird besonders häufig vorgeworfen, daß sie mit unklaren Begriffen arbeiten. Man könnte natürlich die Begriffe einer Psychologie sehr klar und eindeutig definieren, dies wäre aber der sichere Weg, sich von der Realität zu entfernen. Wir dürfen nie vergessen, daß es in der Wirklichkeit keine Gesundheit, keinen Mut, keine Neurose, keine Liebe gibt, sondern gesunde, mutige, neurotische oder liebende Menschen. Alle psychologischen Begriffe sind Abstraktionen, mit denen wir Erscheinungen am lebenden Menschen nur andeuten oder bezeichnen können, unsere Hauptverpflichtung muß aber bleiben, nachzuzeichnen und zu beschreiben, was wir am Lebenden sehen, und nicht mit Definitionen ein Gedankenspiel zu treiben.

So wollen auch die individualpsychologischen Grundbegriffe nichts anderes sein als Bezeichnungen von gewissen allgemein menschlichen Zügen sowie von Haupteigenschaften neurotischer Menschen – mit all der Nuancierung, Vielfältigkeit und unscharfen Begrenzung, die das Lebendige charakterisieren.

Wir können im Rahmen dieser Arbeit nur die wichtigsten Grundbegriffe der Individualpsychologie in Betracht ziehen und auch auf diese nur cursorisch eingehen. Man kann ja über die meisten eine Monographie schreiben.

¹ KLAGES gebraucht diese Ausdrücke.

Gemäß der Individualpsychologie spielen Minderwertigkeitsgefühle im menschlichen Leben eine überragende Rolle. Dieser seelische Zug gehört auch zu denjenigen, die man scharf definieren mag, die aber in der Wirklichkeit von ähnlichen, doch nuanciert verschiedenen Eigenschaften, Charakterzügen sich nur unscharf abheben. (Vgl. Gefühl der Unzulänglichkeit, Unsicherheit, des Bedrohtseins, des Ausgeliefertseins, mangelndes Selbstvertrauen, mangelndes Selbstwertgefühl, Zweifel am Bestehen, am Sichdurchsetzenkönnen.)

Wesentlich scheint uns zu sein, daß eine tatsächlich vorhandene Minderwertigkeit oder Unzulänglichkeit nicht automatisch zu Minderwertigkeitsgefühl führen muß. Man kann einer Aufgabe gegenüberstehen oder sich in einer Situation befinden, der man nicht genügend gewachsen ist, oder weniger als andere – ohne dadurch sich minderwertig zu fühlen. ... Jemand kann sich für einen vollwertigen Menschen halten, obwohl er weiß, daß er nicht *alle* Lebenssituationen, -schwierigkeiten und -gefahren meistern kann und daß er auch nicht der schönste, stärkste, klügste, tüchtigste, beste usw. unter den Menschen ist.

Damit hängt auch eine andere wichtige Frage zusammen; muß man nicht zwischen allgemein-menschlichen und *verstärkten* Minderwertigkeitsgefühlen unterscheiden?

Die Tatsache, daß der Mensch der Natur und dem Schicksal gegenüber am Ende machtlos ist, kann in ihm das Gefühl der Ohnmacht oder des Ausgeliefertseins erwecken. Ist das schon Minderwertigkeitsgefühl?

Oder auch die Tatsache, daß wir bezüglich allgemeinen menschlichen Möglichkeiten und Fähigkeiten nicht nur den anderen gegenüber oft zurückstehen, sondern auch unsere eigene beste Form bei weitem nicht erreichen – ist dieses Bewußtsein schon Minderwertigkeitsgefühl?

Man mag all diese Bewußtseinszustände und Stimmungen (Seelenzustände) mit verschiedenen Namen bezeichnen, sicherlich sie auch allgemein-menschliche Minderwertigkeitsgefühle nennen. Doch muß man im letzteren Falle die Bezeichnung verstärktes Minderwertigkeitsgefühl einführen, wie es auch ADLER getan hat. ADLER war der Meinung, daß alle Kinder im Laufe ihrer Entwicklung Minderwertigkeitsgefühle haben, da sie alle unter einem gewissen Druck aufwachsen, und zwar infolge ihrer Schwäche, Kleinheit und Hilfebedürftig-

keit. Es gibt aber gewisse Faktoren und Situationen, die einen *erhöhten* Druck für die Kinder bedeuten. Dieser erhöhte Druck kann die Minderwertigkeitsgefühle verstärken und dem Kinde die Entwicklung seiner Möglichkeiten sowie die Einordnung in seine Umwelt erschweren. Vielleicht sollten wir von verstärkten Minderwertigkeitsgefühlen oder von Minderwertigkeitsgefühlen im engeren Sinne dann sprechen, wenn jemand *andauernd* seine Kräfte und sein Können zu gering, dagegen die Lebensaufgaben und -schwierigkeiten zu hoch einschätzt. Diese Form der Minderwertigkeitsgefühle wäre nichts anderes als die Furcht: im Leben nicht bestehen zu können, dem Leben nicht gewachsen zu sein. Allerdings klingt in dieser Formulierung schon ein Seelenzustand mit, der in der Individualpsychologie als Entmutigung bezeichnet wird.

Es wäre eine andere Form von Minderwertigkeitsgefühlen, die dann entstehen, wenn wir unsere Möglichkeiten und Fähigkeiten geringer achten als diejenigen anderer, mit denen wir uns vergleichen. Wir können uns also nicht nur den Forderungen des Lebens gegenüber absolut, sondern im Vergleich zu anderen relativ minderwertig fühlen.

Für die Individualpsychologie ist es nun das Entscheidende, wie das Individuum sich zu seinen tatsächlichen oder vermeintlichen Schwächen verhält. Das Gefühl der Unzulänglichkeit und Unsicherheit stört das seelische Gleichgewicht und drängt nach Ausgleich.

2. KOMPENSATION

Gestörtes Gleichgewicht herzustellen, mangelhafte Zustände wieder auszugleichen, ist eine der Funktionen des lebenden Organismus und wird in der Biologie als *Kompensation* bezeichnet. ADLER hat diesen Terminus in die Psychologie übernommen und versteht unter seelischer Kompensation jedes Streben des Individuums, ebenso Schwäche wie das Gefühl der Schwäche auszugleichen. Man kann jedes körperliche, charakterliche oder intellektuelle Training eines Kindes oder Erwachsenen als Streben nach Ausgleich, als Kompensation auffassen. Kompensation in diesem Sinne wird in der Individualpsychologie als eine positive, ja unerläßliche seelische Erscheinung betrachtet.

Es gibt aber negative Kompensationsformen:

1. Tatsächliche oder vermeintliche Schwäche kann das Individuum dazu verleiten, ständig bei anderen Hilfe zu suchen. «Statt die Unzulänglichkeit zu überwinden, wird sie ein Mittel, um andere in den Dienst zu stellen. Nicht Selbständigkeit im Leben wird nunmehr er-

strebt, sondern Hilfe durch andere» (O. BRACHFELD nennt diese Form *Unterkompensation*).

2. Die zweite negative Form ist der ersten in gewissem Sinne entgegengesetzt. Absolute und relative Unsicherheiten können im Individuum das Streben erwecken, all seine Kräfte darauf zu richten, allem und jedem überlegen zu sein. Es wird nicht mehr danach gestrebt und darauf trainiert, im Leben bestehen zu können, sondern das Ziel wird etwas Irreales, Fiktives: alles zu sein, alles zu können. Dieses Streben nach Überlegenheit möglichst in allem und jedem gegenüber nennt die Individualpsychologie *Überkompensation*.

3. Die dritte Art negativer Kompensation wird in der Individualpsychologie als *Funktionieren auf Nebenkriegsschauplätzen* bezeichnet. Beurteilt man seine Chancen auf gewissen Gebieten des Lebens ungünstig oder gewisse Fähigkeiten als unzureichend, so kann man nach Ausgleich streben, indem man diese Gebiete und Fähigkeiten vernachlässigt und andere forciert. Das Negative liegt in solchen Fällen im Versäumen von lebenswichtigen Vorbereitungen und Funktionen.

3. SICHERUNGSTENDENZ

Alle diese und ähnliche Kompensationsstrebungen sind nichts anderes als Bemühungen des Individuums, seine Schwäche auszugleichen und dadurch sich größere Sicherheit zu verschaffen. Demgemäß meint auch die Individualpsychologie, daß diese Verhaltensweisen die Folgen einer intensiven *Sicherungstendenz* sind, d. h. eines verstärkten Strebens nach Sicherheit infolge verstärkter Minderwertigkeitsgefühle. Eine gewisse Analogie der individualpsychologischen Begriffe: Sicherungstendenz und Kompensationsstreben – läßt sich nicht verkennen.

Andererseits steht Überkompensation mit Geltungs- und Machtstreben im Zusammenhang.

4. GELTUNGSSTREBEN

Das Geltungsstreben ist eine Bezeichnung, die zusammen mit dem «Minderwertigkeitsgefühl» in den allgemeinen Sprachgebrauch aufgenommen wurde, allerdings mit einem sehr unklaren und schwankenden Bedeutungsinhalt. Die Bezeichnung «Geltungsstreben» selbst wird oft durch ähnliche andere ersetzt, wie durch «Geltungstrieb», «Geltungsdrang», oder auch kurzweg durch «Ehrgeiz».

Gemäß der Individualpsychologie wurzelt das Geltungsstreben im *Streben nach Selbstbehauptung* (Überwindung) und ist dessen überspannte und fehlgegangene Form. Zum normalen Selbsterhaltungstrieb und zum Drang zur Selbstbehauptung gehört auch das Streben nach den Mitteln, mit denen wir unsere Existenz erhalten und uns selbst durchsetzen können. Zu diesen Mitteln gehört gewiß auch Leistungsfähigkeit und Tüchtigkeit aller Art. Nennt man Streben nach Können: Ehrgeiz, so ist dieser Ehrgeiz nicht nur zulässig, sondern auch unerlässlich. ADLER betonte immer, daß man Kinder, die keinen Ehrgeiz hätten, die nichts erstrebten, kaum zu erziehen vermöchte. Ein Ehrgeiz, der uns vorwärtstreibt und fördert, ist legitim; negativ ist der Ehrgeiz, der uns im Wege steht und uns hindert. Es zeigt sich in diesem Zusammenhang, daß nicht verschiedene seelische Züge an sich schon positiv oder negativ sind, sondern ihre Auswirkung hängt davon ab, welchen Gebrauch man von ihnen macht, zu welchem Zwecke sie eingesetzt werden.

Den Ehrgeiz, der uns vorwärtsdrängt und zu wirklicher Leistungsfähigkeit führt, sieht die Individualpsychologie positiv. Was ist nun das Negative des Geltungsstrebens? Dasselbe wie der überspannten «Sicherungstendenz». Beide sind weniger auf die Realität gerichtet, vielmehr auf das subjektive Gefühl, auf den Schein. Bei hochgradiger Unsicherheit strebt der Betreffende weniger nach realen Mitteln, durch die sein Bestand tatsächlich mehr gesichert ist, vielmehr nach dem subjektiven Gefühl der Sicherheit, das er mit verschiedenen Praktiken sozusagen erschleicht. Ganz ähnlich geschieht es beim Geltungsstreben, daß der Betreffende nicht mit wirklichem Können, Leistung oder Besitz u. ä. sich Geltung verschaffen will, sondern die Geltung an sich ist für ihn Selbstzweck. Er will z. B. seine Tüchtigkeit nicht mit Leistungen beweisen, sondern es genügt ihm, daß er als tüchtig gilt, d. h. der Schein der Tüchtigkeit. *Geltungsstreben ist der Wille nach «oben», ohne den Willen zur Leistung.*

Was die Ausdrücke Geltungstrieb, Geltungsdrang betrifft, so werden sie von der Individualpsychologie aus demselben Grund gemieden wie die Bezeichnung «Aggressionstrieb». ADLER sieht im Geltungsstreben eine Verhaltensweise, zu der man nicht triebhaft gedrängt wird, sondern die auf Grund einer Stellungnahme gewählt wird, kein primärer Drang also, sondern eine sekundäre Tendenz, eine Antwort des Betreffenden, die er auf Grund seiner «Meinung von sich und von der Welt» gibt.

5. MACHTSTREBEN

Über den wichtigen individualpsychologischen Begriff *Machtstreben* wollen wir in diesem Zusammenhang auch einiges bemerken. Wenn Macht im Sinne von «ich vermag etwas», «ich bin imstande» verstanden wird (lat. posse – potestas; franz. pouvoir – le pouvoir), dann gehört es wohl zum menschlichen Streben nach Überwindung, daß man stark und mächtig genug sein will, um die verschiedensten Situationen meistern zu können. Demgemäß wird auch Streben nach Stärke, nach Können und Wissen u. ä. m. von der Individualpsychologie als positives Mittel zu einer relativ menschlichen Sicherheit gesehen. Negativ wird dieses Streben, wenn es nicht dem Leben dienen will, sondern dem Gefühl der Überlegenheit, oder wenn es in Herrschsucht über andere entartet.

Es soll in diesem Zusammenhang noch erwähnt werden, daß ADLERS Auffassung oft in dem Sinne mißverstanden wird, wie wenn er das Machtstreben an sich bejahen würde.

Demgegenüber ist zu bemerken, daß ADLER das Streben nach Überlegenheit, Machtstreben sowie Herrschsucht immer wieder als die am meisten störenden Faktoren des menschlichen Zusammenlebens beschrieben hat. «Meine Kritiker verwechseln meine Psychologie mit der Psychologie meiner Patienten», äußerte er sich öfters.

6. ENTWERTUNGSTENDENZ

Die *Entwertungstendenz* könnte man als die passive Form des Überlegenheitsstrebens bezeichnen. Es läßt sich wohl kaum bewerkstelligen, alle anderen auch nur in der nächsten Umgebung in jeder Hinsicht zu überflügeln. Bei hochgradigen Formen des Geltungsstrebens kann sich aber der Betreffende schwer damit abfinden, ein anderer sei begabter, tüchtiger, überlegener, d. h. «wertvoller» als er. Da es ihm gleichzeitig an Vertrauen mangelt, den anderen einholen zu können, gebraucht er einen Kunstgriff: er setzt den anderen herab, alle seine Fähigkeiten, Leistungen, Vorzüge, alles, was für ihn als Wert gilt.

Diese Tendenz zur Entwertung und Herabsetzung der anderen spielt in der menschlichen Gesellschaft eine viel bedeutsamere Rolle, als man gewöhnlich annimmt. Machen Menschen mit Aggression und Herrschsucht anderen das Leben schwer, so bewirkt Entwertung und Herabsetzung unendlich viel Leid und Bitterkeit im menschlichen Zusammenleben, und zwar nicht nur im Leben einzelner, sondern

auch der verschiedensten Bevölkerungsschichten, seien sie soziale Klassen, nationale, konfessionelle und rassische Minderheiten.

Zum Problem *Gemeinschaftsgefühl* verweisen wir auf die Kapitel «Seelische Dynamik» und «Lebensaufgaben». Hier soll nur hervorgehoben werden, daß ADLER das Gemeinschaftsgefühl in verschiedenen Ebenen beschreibt (s. hauptsächlich «Sinn des Lebens»). Erstens als einen *psychischen* Faktor, der zum seelischen Gleichgewicht des Individuums unerläßlich ist: mangelndes Gemeinschaftsgefühl führt seiner Meinung nach zur neurotischen Haltung. Zweitens beschreibt er das Gemeinschaftsgefühl als *sozialen* Faktor, welcher im menschlichen Zusammenleben nicht zu missen ist: Ohne Gemeinschaftsgefühl kann der individuelle Egoismus bestenfalls in Gruppenegoismus verwandelt werden, aber auf diese Weise keine wirkliche Gemeinschaft bestehen. Diese zwei Funktionen sind die psychologischen bzw. soziologischen Aspekte des Gemeinschaftsgefühls. Nach ADLER ist aber das Gemeinschaftsgefühl nicht nur unerläßliches Mittel des menschlichen Lebens, sondern auch sein *Sinn*. Die Antworten auf die Frage nach dem Sinn des Lebens sind vielfältig; sie gründen ja weniger auf Erkenntnis, vielmehr auf Bekenntnis.

ADLER bekennt sich nun eindeutig zum Gemeinschaftsgefühl, zur Brüderlichkeit als Sinn des Lebens. Dieses Bekenntnis hat aber eine Erkenntnis, eine Einsicht zur Grundlage. Eine Einsicht, die ihre eindeutigste Formulierung durch PESTALOZZI gefunden hat: «Des Menschen beste Kräfte ersterben, wenn er seinen Bruder nicht liebt.»

IV. DIE ANWENDUNG

DER INDIVIDUALPSYCHOLOGIE ALS THERAPIE DIE LEBENSAUFGABEN

«La réalité, ce sont des idées, par lesquels
l'homme vit.» N. BERDJAJEW

In den folgenden Ausführungen soll das Prinzip der individualpsychologischen Psychotherapie aufgezeigt werden, ohne auf ihre Methodik oder Technik näher einzugehen.

Im «Sinn des Lebens» schreibt ADLER: «Wir kommen zum Schluß, daß jeder eine Meinung von sich und den Aufgaben des Lebens in sich trägt» (S. 16). – «Die Meinung des Individuums vom Sinn des Lebens ist keine müßige Angelegenheit. Denn sie ist in letzter Linie die Richtschnur für sein Denken, Fühlen und Handeln» (S. 20).

Das Menschenbild, das einer Psychologie zugrunde liegt, beeinflußt auch entscheidend die aus ihr entwickelte psychotherapeutische Richtung. Wie ADLER in seiner Theorie den Menschen als ein Wesen sieht, dessen «Verhalten aus seiner Meinung entspringt», so wendet er sich auch in der Praxis an die Einsicht des Menschen. «Die Heilung und Umwandlung solcher Personen kann nur auf dem Wege des Geistes, durch die wachsende Überzeugung von den Fehlern im Aufbau des Lebensstiles gelingen» (S. 102)¹.

Wir dürfen nicht übersehen, daß *Sinn* und *Aufgabe* der Psychotherapie ein eigenes schwerwiegendes Problem ist. Nicht nur die Grundbegriffe der Psychologie werden heutzutage einer grundlegenden Revision unterzogen, sondern auch die Fragen bezüglich Möglichkeiten, Kompetenzen, Grenzen u. ä. m. der Psychotherapie. ADLER selbst sah die Aufgabe der Psychotherapie darin, *Menschen zu helfen, die in der Lösung der Lebensfragen aus seelischen Gründen scheitern*. Was er mit seiner individual-psychologischen Therapie leisten zu können glaubte, war: *Den Menschen frei zu machen zu seinen Fähigkeiten und Möglichkeiten*. Nicht mehr und nicht weniger.

Er hat nie angenommen, daß er das menschliche Individuum in allen seinen Höhen und Tiefen restlos erfassen kann. Er sah aber, daß das Leben von uns allen wenigstens einen Minimalbeitrag auf bestimmten Gebieten fordert, den wir nur bei richtiger Einstellung und Haltung erfüllen können. Die Nichterfüllung dieser Forderungen führt aber seiner Meinung nach unweigerlich zur Neurose.

Oft hat man der Individualpsychologie vorgeworfen, daß sie die Aufgaben des menschlichen Lebens in zu engem Rahmen sieht. Dem ist nicht so. «Nach einem Sinn des Lebens zu fragen hat nur Wert und Bedeutung, wenn man das Bezugssystem Mensch-Kosmos im Auge hat.» Mit diesem Satze ADLERS soll gezeigt werden, daß er den Menschen in seiner kosmischen Verbundenheit gesehen hat, und daß er diese Verbundenheit des Menschen für unerläßlich hielt, wenn sein Leben einen Sinn haben soll.

Die von ADLER immer wieder beschriebenen *Lebensaufgaben* sind eben diejenigen, deren Erfüllung unerläßlich ist und vom Leben kategorisch gefordert wird. Er schreibt darüber: «Drei Fragen sind jedem unwiderruflich aufgegeben: *die Stellungnahme zu den Mitmenschen, der Beruf, die Liebe*. Alle drei, untereinander durch die erste verknüpft, sind

¹ Siehe auch «Sinn des Lebens», S. 118: «Die Heilung kann *nur auf intellektuellem Wege* durch wachsende Einsicht des Patienten in seinen Irrtum und durch die Entwicklung seines Gemeinschaftsgefühls zustande kommen.»

nicht zufällige Fragen, sondern unentrinnbar. Sie erwachsen aus der Bezogenheit des Menschen zur menschlichen Gesellschaft, zu den kosmischen Faktoren und zum anderen Geschlecht» (S. d. L., S. 9).

Wichtig ist nun ADLERS Auffassung, daß keiner von uns im Besitze der absoluten Wahrheit ist, daß im Weltbilde und Lebensstil eines jeden Individuums Irrtümer und Fehler enthalten sind. Aber: «Je größer der Fehler, desto mehr Verwicklungen drohen dem Träger eines fehlerhaften Lebensstils» (S. d. L., S. 9).

ADLER war sich dessen immer bewußt, daß wir nicht die Wahrheit jemandem vermitteln können, er meinte aber, daß es möglich ist, größere Irrtümer in einer Lebenshaltung durch kleinere ersetzen zu lassen. Durch kleinere, die eben weniger zu Konflikten führen als größere.

Worin besteht nun ADLERS eigene psychotherapeutische Methode?

Es wird gezeigt, daß wir weniger gemäß der Wirklichkeit uns verhalten, vielmehr gemäß unserer Meinung von der Wirklichkeit. Es wird auf die weitgehend entscheidende Rolle der Meinung hingewiesen und auf die nur relative Bedeutung der Vererbung, Anlagen, Triebe, Erziehung sowie sozialer und sonstiger Umweltfaktoren. Gemeinsam mit dem Patienten wird dessen Grundeinstellung und Lebensstil herausgestellt.

Um eine Einsicht in den Lebensstil des Patienten zu erhalten, hält ADLER folgendes Fragenschema für wertvoll:

1. Welches sind Ihre Klagen?
2. In welcher Situation waren Sie, als Sie Ihre Symptome wahrnahmen?
3. In welcher Situation leben Sie jetzt?
4. Welches ist Ihr Beruf?
5. Schildern Sie mir Ihre Eltern in bezug auf Charakter, Gesundheit, eventuell Todeskrankheit, und in Beziehung zu Ihnen.
6. Wie viele Geschwister haben Sie, an welcher Stelle stehen Sie, wie verhielten sich Ihre Geschwister zu Ihnen, wie stehen die anderen im Leben, sind sie auch leidend?
7. Wer war der Liebling des Vaters, der Mutter? Wie war die Erziehung?
8. Fragen nach Zeichen der Verwöhnung in der Kindheit (ängstlich, schüchtern, Schwierigkeiten in der Anknüpfung von Freundschaften, unordentlich usw.).
9. Erkrankungen und Verhalten zu Krankheiten in der Kindheit.
10. Älteste Kindheits Erinnerungen?
11. Was fürchteten Sie oder fürchteten Sie am meisten?
12. Wie stehen Sie zum anderen Geschlecht, seit der Kindheit und später?
13. Welcher Beruf hätte Sie am meisten interessiert und, falls Sie ihn nicht ergriffen haben, warum nicht?
14. Ehrgeiz, empfindlich, zu Zornesausbrüchen geneigt, pedantisch, herrschsüchtig, schüchtern, ungeduldig?
15. Wie sind die Personen Ihrer jetzigen Umgebung? Ungeduldig? Zornig? Liebevoll?
16. Wie schlafen Sie?
17. Träume? (vom Fallen, Fliegen, wiederkehrende Träume, prophetische, von Prüfungen, Versäumen eines Zuges usw.).
18. Krankheiten im Stammbaum.

«Der Sinn des Lebens», S. 204

Das Wesentliche ist, herauszubekommen, welche Faktoren, Momente, Erlebnisse den Patienten zu seiner Einstellung gebracht haben. Dann erst kann und soll gezeigt werden, daß der Patient durch alle diese Momente zu seinem Lebensstil kommen konnte, aber nicht mußte. Daß er zu seinem Lebensstil verleitet werden konnte, daß er aber nicht verurteilt ist zu ihm. Es muß ihm gezeigt werden, daß er aus bestimmten Situationen und Erlebnissen kurzschlußartige Konsequenzen gezogen hat, die jetzt als Irrtümer in seinem Weltbilde seine Beziehungen zum Leben und besonders zu seinen Mitmenschen stören¹.

Das Entscheidende ist nun folgendes: Wir dürfen keine bestimmten Meinungen dem Patienten aufdrängen wollen, wir mögen nur fragen, ob die seinen als die einzig richtigen gelten müssen. Das Kritische ist ja bei den Nervösen nicht nur, daß sie oft allzu falsche Meinungen «von sich und von der Welt» haben, sondern daß sie an ihren Auffassungen viel starrer festhalten als die «Normalen» an den ihren. ADLER hat dieses Problem sehr frühzeitig gesehen und über «*die verstärkte Fiktion als neurotisches Prinzip*» schon im «Nervösen Charakter» geschrieben. Welche Rolle Ideen im menschlichen Leben spielen, ist eine bedeutsame Problematik. Die Ideen des Neurotikers sind aber gleichzeitig auch seine Sicherungen, die aufzugeben oft mehr Mut erfordert, als er zunächst besitzt.

Wir können nicht weiter auf nähere Einzelheiten der individualpsychologischen Psychotherapie eingehen, weder inhaltlich noch methodisch.

Das Prinzipielle darin aber ist, daß *wir versuchen, dem Patienten seinen grundlegenden Irrtum aufzuzeigen*: In seiner Mutlosigkeit wählt er zwischen Leben und Sicherheit – die Sicherheit. Leben ist aber wesentlich mit Unsicherheit und Risiko verbunden.

Was die Methode betrifft, so ist die individualpsychologische Therapie *ein Gespräch von Mensch zu Mensch*. War doch ADLER davon überzeugt, daß erfolgreiche Behandlung und Heilung nicht als Erfolg des Beraters, sondern als der des Beratenen zu werten ist. «Der Berater kann nur die Irrtümer zeigen, der Patient muß die Wahrheit lebendig machen» (S. d. L., S. 193).

Dürfen wir in der Psychotherapie von Heilung oder von Wandlung des Patienten oder Klienten sprechen? Ist es genug, wenn der Betref-

¹ Vgl. KARL JASPERS: «Die Verwahrlosung des Menschenbildes führt zur Verwahrlosung des Menschen selber. Denn das Bild des Menschen, das wir für wahr halten, wird selbst ein Faktor unseres Lebens. Es entscheidet über die Weisen unseres Umgangs mit uns selbst und mit den Mitmenschen, über Lebensstimmung und Wahl der Aufgaben» («Der philosophische Glaube», S. 56).

fende seine Mittel und Ziele im Leben ändert? Soll er als Mensch, als Person sich wandeln? Das sind heute, wie schon erwähnt, vieldiskutierte Fragen der Psychologen. KÜNKELEL meint, wir müssen uns zunächst damit bescheiden, den Betreffenden wieder «in Fahrt zu setzen».

VERZEICHNIS DER WICHTIGSTEN DEUTSCHSPRACHIGEN
PUBLIKATIONEN DER INDIVIDUALPSYCHOLOGIE

- ADLER, A.: Studie über Organminderwertigkeit von Organen.
– Über den nervösen Charakter.
– Praxis und Theorie der Individualpsychologie.
– Menschenkenntnis.
– Individualpsychologie in der Schule.
– Das Problem der Homosexualität.
– Der Sinn des Lebens.
- ADLER, FURTMÜLLER und WEXBERG: Heilen und Bilden.
- ALLERS, R.: Das Werden der sittlichen Person.
- BIRNBAUM, F.: Die seelischen Gefahren des Kindes.
- BRACHFELD, O.: Minderwertigkeitsgefühle beim Einzelnen und in der Gemeinschaft.
- DREIKURS, R.: Einführung in die Individualpsychologie.
– Seelische Impotenz.
- FREUDENBERG, S.: Erziehungs- und heilpädagogische Beratungsstellen.
- GUREWICZ, S.: Beurteilung freier Schulaufsätze.
- HOLUB, A.: Die Lehre von der Organminderwertigkeit.
- KAUS, O.: Pestalozzi und wir.
- KRONFELD, A.: Psychotherapie.
- KÜNKELEL, F.: Einführung in die Charakterkunde.
– Jugendcharakterkunde.
– Die Arbeit am Charakter.
- LAZARUSFELD, S.: Technik der Erziehung.
– Wie die Frau den Mann erlebt.
– Die Ehe von heute und morgen.
- NEUER, A.: Mut und Entmutigung.
- NEUMANN, J.: Leben ohne Angst.
- RATTNER, L.: Individualpsychologische Berufsberatung.
- RÜHLE, O.: Die Seele des proletarischen Kindes.
- RÜHLE-GERSTEL, A.: Der Weg zum Wir.
- SEELMANN, K.: Kind, Sexualität und Erziehung.
- SEIF, L.: Individualpsychologie.
- SPIEL, O.: Am Schaltbrett der Erziehung.
- WEXBERG, E.: Sorgenkinder.
– Individualpsychologie.
– Handbuch der Individualpsychologie.

V. DER HEILWEG DER GRUPPENPSYCHOTHERAPIE IN DER HEIL- UND PFLEGEANSTALT¹

VON HELLFRIED VON SCHROETTER, OETWIL AM SEE

I. ALLGEMEINES ÜBER DIE GRUPPENBILDUNG

SZONDI hat mich aufgefordert, ein Referat über die Gruppenpsychotherapie zu halten, wie sie im Rahmen einer Heil- und Pflegeanstalt möglich ist. Ich werde mich bemühen, Ihnen in möglichster Kürze einen Überblick über dieselbe zu geben, wobei ich von vornherein um Ihre Nachsicht bitten muß, wenn ich gewisse Selbstverständlichkeiten vorbringe, die jedoch zum Thema dazugehören, und wenn ich gleichzeitig auf gewisse tiefenpsychologische Details nicht eingehe, die Sie vielleicht gerade erwarten. Ein Eingehen darauf würde aber den Rahmen dieses Referates überschreiten. Zunächst einmal möchte ich damit beginnen, Ihnen in Kürze das Patientengut zu schildern, das für eine solche Gruppentherapie in Frage kommt. Sie werden daraus sogleich ersehen, daß wir innerhalb der Psychiatrie wesentlich andere Voraussetzungen haben als unsere Kollegen, die sich der Neurosen-therapie widmen, und daß deshalb auch die Gruppentherapie im Rahmen einer psychiatrischen Anstaltsbehandlung zum Teil andere Wege gehen muß, als es sonst üblich ist. Aus den vorhergehenden Referaten haben Sie ersehen, daß gerade Geisteskranke, speziell Schizophrene, aber auch Depressive, durch FREUD von der analytischen Behandlung ausgeschlossen wurden. Auch die Schicksalstherapie SZONDIS schließt manifest Geisteskranke, Schwachsinnige und Psychopathen von der Therapie im allgemeinen aus. Das sind nun aber gerade die Fälle, mit denen wir es in der Psychiatrie in erster Linie zu tun haben. Schizophrene aller Schattierungen, akute und chronische, halluzinierende, erregte, stuporöse, läppisch-hebephrene und affektiv schwer veränderte Defektschizophrene. Ferner Depressive, und zwar vorwiegend endogener Art, Involutionmelancholien, klimakterische Depressionen, Depressionen im Rahmen des manisch-depressiven Irreseins, aber auch schizophrene Depressionen und depressive Neurosen. Ferner Epilep-

¹ Aus der privaten Nervenheilanstalt Schlöbli, Oetwila. See. Direktor: Dr. Max Hinderer.

tiker, obwohl diese in unserer Anstalt weitaus in der Minderzahl sind, Psychopathen aller Art, vorwiegend haltlose, süchtige, reizbare u. s. f. Auch Schwachsinnige, bei uns vorwiegend debile, und Pfropfschizophrenie, ferner Alkoholiker, Alterskranke sowie vereinzelt Angst- und Zwangsneurotiker.

Wenn wir uns nun fragen, warum wir bei dem geschilderten Patientengut überhaupt Psychotherapie treiben, so lassen sich auf diese Frage mehrere Antworten geben. Zunächst müssen wir dazu unterscheiden zwischen akut Erkrankten und chronischen Anstaltspatienten. Bei den *akut Erkrankten* sind es oft aktuelle Konfliktsituationen, die den psychotischen Schub ausgelöst haben, oder es liegt psychogenes Material vor, pathoplastische Faktoren im Sinne BIRNBAUMS, die die Färbung der Psychose ausmachen und in ihr zum Vorschein kommen. Solche Inhalte müssen besprochen, ihre Hintergründe und Zusammenhänge geklärt werden, womit allein schon oftmals viel erreicht werden kann. Daß unter Umständen Psychotherapie allein akute Schizophrenien wirksam beeinflussen kann, geht schon aus der Monographie von SCHULTZ-HENCKE hervor: «Das Problem der Schizophrenie» (Georg Thieme, Stuttgart 1952). SCHULTZ-HENCKE ist ja überhaupt der Auffassung, Schizophrenie sei eine Neurosenvariante, und seine Patientin, die er im oben angeführten Buch beschrieben hat, ist durch eine rein psychotherapeutische Behandlung sowohl im medizinischen wie auch im sozialen Sinne geheilt worden. Ich möchte die Frage, ob SCHULTZ-HENCKE mit seiner Theorie recht hat oder nicht, hier nicht entscheiden, sondern offen lassen. Sicher ist, daß akute psychotische Zustandsbilder rein psychogener Natur sein können, was STÄHELIN seinerzeit zu der Aufstellung des Begriffes der Emotionspsychose geführt hat. Das sind psychotische Zustandsbilder, die meist rasch remittieren und jedenfalls ohne Defekt abheilen. Ich kann leider an dieser Stelle nicht näher darauf eingehen, weil das zu weit führen würde. Erinnern möchte ich nur in diesem Zusammenhang noch an die bahnbrechende Arbeit von Madame SÉCHEHAYE, die durch ihren psychotherapeutischen Einsatz und ihre wunderbare Intuitionsgabe nicht nur eine eindeutig schizophrene Patientin geheilt hat, sondern die zugleich damit in ihrer «Réalisation symbolique» auch ganz neue Therapiemöglichkeiten erschlossen hat. Ich erinnere ferner an die Arbeiten von ROSEN in Amerika und an die unseres Kollegen BENEDETTI in Zürich, um nur diese wenigen Namen zu nennen.

Was nun aber die *chronischen Anstaltspatienten* anbetrifft, so sind gerade hier die psychotherapeutischen Bemühungen von einer oft aus-

schlaggebenden Wichtigkeit. Es handelt sich dabei weniger um das Beheben aktueller Konfliktsituationen als vielmehr um das Verhüten von Sekundärschädigungen, den sog. Anstaltsartefakten, also von zusätzlichen Schädigungen, welche die Psyche unserer Patienten, die oft jahrelang in Anstalten zu leben gezwungen sind und dadurch unter ganz unnatürlichen Bedingungen der Restriktion, der physischen und seelischen Abgeschlossenheit leben, verändern. Denken Sie nur an das unselige Bild, welches chronische Krankenabteilungen in den großen Anstalten darbieten, wo Patienten auf langen Bänken hocken oder in den Ecken herumstehen, Bilder, die allerdings heute mehr und mehr verschwunden sind, vor allem seit den bahnbrechenden Arbeiten von SIMON. In seiner Schrift über «Die aktivere Krankenbehandlung in der Irrenanstalt» hat SIMON den Satz ausgesprochen: «Alle Therapie ist Umweltgestaltung», und er hat auch als erster begonnen, durch eine systematische Beschäftigung und sinnvolle Milieugestaltung chronisch Geisteskranke aus ihrer Isolierung und Apathie herauszureißen. Ich möchte dahingestellt lassen, ob der zitierte Satz eine absolute Gültigkeit hat, sicher ist jedoch, daß durch eine gezielte Umweltgestaltung Wesentliches zur Besserung chronischer Anstaltspatienten erreicht werden kann, was in Frankreich vor allem BARUK mit seiner «Psychiatrie morale» gewollt hat, und was in der Schweiz vor allem von Prof. KLAESI immer wieder betont und in Einzelfällen demonstriert worden ist.

Ich komme nun zu einer weiteren Frage, und das ist die, warum wir neben der individuellen Psychotherapie und der gezielten Milieugestaltung noch eine besondere Gruppenpsychotherapie betreiben. Dafür gibt es vor allem drei wichtige Gründe. Der *erste* Grund ist, daß Psychotherapie viel Zeit erfordert. Prof. M. BLEULER hat einmal ausgerechnet, wieviel Stunden heute pro Tag unter den üblichen Bedingungen ein Anstaltsarzt benötigt, um den an ihn gestellten Anforderungen gerecht zu werden, und ist dabei für sich auf 1890 und für seine Mitarbeiter auf 120 Arbeitsstunden pro Tag gekommen. Sie können sich vorstellen, wieviel Zeit bei normalen Arbeitsbedingungen für eine individuelle Psychotherapie übrigbleibt. Fassen wir aber mehrere Patienten zu Gruppen zusammen, sparen wir Zeit und haben einige Aussicht, halbwegs den dringendsten Aufgaben, die an uns gestellt werden, gerecht zu werden.

Ein *zweiter* wichtiger Gesichtspunkt ist rein therapeutischer Natur. Unsere Patienten leiden ja alle mehr oder weniger unter Kontaktschwierigkeiten, inneren und äußeren Disharmonien, sie leiden unter

Anpassungsschwierigkeiten an die Familie, den Beruf, die Umwelt im allgemeinen oder sind überhaupt sozial entgleist. Hier ist die Herstellung einer Gruppensituation oftmals ein viel wirksamerer Boden für eine psychotherapeutische Führung als die individuelle Therapiesitzung. Die Patienten lernen dabei erkennen, daß andere die gleichen Schwierigkeiten haben wie sie, sie merken, daß sie ernst genommen werden, und daß man über die Dinge, die sie angehen, offen miteinander diskutieren kann. Ferner wird damit innerhalb der Anstalt so etwas wie eine Normalsituation geschaffen, in der sie sich als Menschen unter anderen und nicht als Patienten fühlen können, als «Menschen wie du und ich», wie es MAUZ einmal so trefflich formuliert hat. Wichtig ist natürlich, daß der teilnehmende Arzt nicht etwa im weißen Kittel erscheint, sondern im Straßen- oder Gesellschaftsanzug, je nach der Situation. Über die Gestaltung der Gruppensitzungen im einzelnen wollen wir später noch eingehender sprechen.

Der *dritte* Gesichtspunkt ist ein diagnostischer. Es ist außerordentlich interessant, die Patienten in ihrem Verhalten in der Gruppe zu beobachten. Es kommen dabei auch Nuancen zum Vorschein, die bei der Visite oder auch im Einzelgespräch ganz verborgen bleiben. Wenn wir in einzelnen Fällen nicht genau wissen, ob ein Patient entlassungsreif ist, so kann eine solche Gruppendiskussion uns zeigen, wie weit der Betreffende sozial angepaßt ist und woran wir mit ihm sind. Ebenso können schwierigere differentialdiagnostische Fragen oftmals in einer einzigen Gruppenstunde geklärt werden, je nachdem, wie die Patienten sich am gemeinsamen Gespräch beteiligen, und wie sie auf andere eingehen können, wie sie auf die aufgeworfenen Fragen reagieren und anderes mehr.

Als nächste Frage wäre zu besprechen, was wir überhaupt unter einer «Gruppe» zu verstehen haben. Um im eigentlichen Sinn von einer Gruppe sprechen zu können, müssen gewisse Minimalbedingungen erfüllt sein. Und dazu gehört in erster Linie, daß eine gewisse *Struktur* und eine gewisse *Atmosphäre* erkennbar sind. Die allgemeinste, primär gegebene Gruppe in der Anstalt ist die Abteilung. Diese darf daher nicht zu groß sein. 20 bis 30 Patienten dürfte das zulässige Maximum sein, wenn man überhaupt so etwas wie eine Gruppenstruktur beziehungsweise Gruppenatmosphäre schaffen will. Beobachtet man nun Krankenabteilungen auf ihre Struktur hin, so lassen sich da sehr interessante Details erkennen, über die demnächst eine Arbeit von KLUGE und SCHIGUTT aus unserer Anstalt in der Zeitschrift für Psychothera-

pie erscheinen wird. Es lassen sich Strukturen, z. B. in der Gestaltung der Rangordnung, finden, worauf unter anderem auch schon TEIRICH hingewiesen hat. Bei uns ließen sich Strukturen erkennen, die von KLUGE und SCHIGUTT als Subordinations- und Koordinationsgruppen beschrieben worden sind. Subordinationsgruppen sind solche, in denen Anordnungen autoritativ vertreten und dementsprechend durchgeführt werden. Als Koordinationsgruppen kann man solche Abteilungen bezeichnen, in denen an Stelle der Autorität eine größere, man möchte fast sagen demokratische Freiheit waltet, was handgreifliche Vorteile, aber auch ebensolche Nachteile mit sich bringt, z. B. in der Befolgung von ärztlichen Anordnungen oder in der Durchführung von allgemeinen Maßnahmen. KLUGE und SCHIGUTT haben neben der Struktur der Gruppe auch die jeweilige Tendenz und das Thema derselben beobachtet und sehr interessante, diesbezügliche Untersuchungen mitgeteilt, auf die ich aber hier nicht näher eingehen kann.

Die Atmosphäre der Gruppe wird bedingt zum größten Teil durch die Persönlichkeit des Abteilungspflegers sowie ferner des pflegerischen Teams überhaupt. Bereits SIMON hat ja ausgeführt, daß das sog. psychische Klima auf der Abteilung nur zum geringeren Teil durch den Arzt, zum größeren Teil jedoch durch das Pflegepersonal geschaffen wird. Es ist daher von größter Wichtigkeit, daß eine gewisse Konstanz des Personals erhalten bleibt und daß dieses in den Therapieplan des Arztes mit einbezogen wird. Es hat sich deshalb als günstig erwiesen, regelmäßige Besprechungen zwischen Abteilungsarzt und Pflegepersonal zu halten, also auch hier gewissermaßen eine Gruppe zu bilden, innerhalb deren eine vertrauensvolle Zusammenarbeit erstrebt wird. Aufgabe des Arztes in diesem Zusammenhang ist es, die allgemeinen therapeutischen Zielsetzungen darzustellen und Verständnis dafür zu erwecken sowie auch gemachte Fehler in aller Offenheit zu besprechen. Von seiten des Pflegepersonals können hier ebenfalls oft sehr wichtige Beobachtungen mitgeteilt werden sowie Kritik am Verhalten des Arztes selber oder an dessen Maßnahmen geübt werden. Eine völlig freie, gegenseitige Aussprache ist absolute Voraussetzung und wirkt sich dann auf die gemeinsame Arbeit an den Patienten auch außerordentlich fruchtbringend aus. Vor allem gilt es, Verständnis für die primären Bedürfnisse und für die psychologische Situation der Patienten ganz allgemein zu schaffen. Zum Beispiel muß darauf hingewiesen werden, daß diese gar nicht so sehr als Kranke behandelt werden wollen, zumal sie ja oftmals auch gar keine Krankheitseinsicht besitzen, sondern vielmehr ganz einfach als Menschen, die Schutz

suchen, die sich aussprechen wollen, die viel Verständnis und vor allem sehr viel Liebe brauchen. Optimal hat sich die Pflege eines familiären Geistes auf den Abteilungen erwiesen. Auf den Frauenabteilungen z. B. muß die Abteilungsschwester eine Mutterrolle übernehmen können, der Arzt hat dann die Rolle des Vaters zu spielen, womit die Patienten von selber in ein geschwisterliches Verhältnis zueinander treten. Umgekehrt hat sich auf den Männerabteilungen gezeigt, daß, wenn der Abteilung ein geeigneter Pfleger vorsteht, dieser dann meist die Vaterrolle übernimmt und sowohl Patienten wie dessen Angehörige viel lieber mit ihm als mit dem Arzt verkehren. Der Arzt bleibt dann zumeist mehr außerhalb der Gruppe und wird oft direkt als Fremder empfunden. Steht einer solchen Abteilung aber eine mütterliche Pflegerin vor, so kann das wieder die Familienschablone erzeugen und eine außerordentlich fruchtbare Zusammenarbeit zwischen Arzt, Pflegerin und Patienten ergeben. Es soll damit nicht gesagt sein, daß das eine unbedingte Notwendigkeit ist, jedoch kann durch eine solche Maßnahme eine psychologisch günstige Situation geschaffen werden. Wichtig für die Atmosphäre einer solchen Gruppe auf den Abteilungen ist natürlich die Gemeinsamkeit der Mahlzeiten, gemeinsames Singen, gemeinsame Spiele, Ausflüge, Besuch von Veranstaltungen, ein gewisses Aufnahme- und Entlassungszeremoniell, das Feiern von Geburtstagen und anderes mehr, was allgemein zum Leben einer Familie auch sonst dazugehört. Für die Therapie wichtig ist, daß die Patienten zum vornherein in eine für sie geeignete Gruppe kommen, es also nicht gleichgültig ist, auf welche Station sie gelegt werden. Auch hat sich immer wieder herausgestellt, daß Versetzungen von einer Abteilung in eine andere schwerwiegende Nachteile mit sich bringen können, so daß wir entgegen der üblichen Praxis oft Patienten auf einer geschlossenen Abteilung bis zu ihrer Anstaltsentlassung behalten haben, weil sie sich dort eingewöhnt und so in die Gruppenstruktur eingepaßt haben, daß die Versetzung auf eine andere, selbst auf eine offene Abteilung, sich für sie ungünstig auswirken würde.

Bei der Zusammenstellung für besondere psychotherapeutische Ziele ist aber eine solche Gruppe immer noch zu groß. Denn für die Durchführung einer gezielten Gruppenarbeit beträgt die optimale Zahl erfahrungsgemäß zwischen acht bis zwölf Patienten. Geschlossene Gruppen, wie sie in der Neurosenbehandlung vorkommen, haben wir in der Anstalt niemals, da dort immer neue Patienten dazukommen und andere wieder gehen, obwohl natürlich auch chronische Pa-

tienten bei solchen Gruppen dabei sein können. Gerade diese sind aber dann meist nicht geeignet, die Konstanz und den Zusammenhalt von solchen Gruppen zu fördern, sondern erweisen sich im Gegenteil eher als eine gewisse zusätzliche Belastung.

Bei der Zusammenstellung von solchen Therapiegruppen müssen wir grundsätzlich zweierlei unterscheiden: Wir haben unter unserem Patientengut Patienten, mit denen man reden kann, und ferner solche, mit denen man nicht reden kann. Nicht reden kann man mit Stuporösen, Katatonen, mit zerfahrenen Defektschizophrenen, schwer Depressiven oder schwereren Organikern. Diese sind aber bei uns in der Minderzahl. Ungeeignet für die Gruppenarbeit sind ferner manisch Erregte und dysphorische Querulanten. Erstere, weil sie dauernd die Diskussion an sich reißen und ideenflüchtig daherreden, so daß ein eigentliches Gespräch ganz unmöglich ist, die anderen, weil sie mit ihrer Querulanz eine zersetzende Atmosphäre verbreiten, die allen anderen die Lust nimmt, sich zu äußern. Da wir die Gruppen aus praktischen und naheliegenden psychologischen Gründen immer abteilungsweise zusammenfassen, haben wir im allgemeinen getrennte Frauen- und Männergruppen. Nur auf der offenen Privatabteilung, wo Herren und Damen zusammenwohnen, haben wir eine gemischte Gruppe.

II. SPEZIELLE GRUPPENTHERAPIE

Ich komme jetzt auf die *spezielle Gestaltung von Therapiegruppen* zu sprechen.

1. Beginnen wir mit den Patienten, mit denen man im oben erwähnten Sinn *nicht* reden kann. Hier handelt es sich darum, gesunde Reste von Normalverhalten zu aktivieren bzw. die bereits erwähnten iatrogenen Noxen oder Anstaltsartefakte gar nicht erst aufkommen zu lassen oder nach Möglichkeit wieder rückgängig zu machen. Da man mit den Patienten, mit chronischen Katatonien, schweren Halluzinosen, hebephrenen Defekten und so weiter, nicht diskutieren kann, haben wir sie zu Spielgruppen zusammengefaßt. Dabei kommen vor allem zwei Spieltypen in Frage, eine nach dem Muster des Ballspiels, die andere nach dem Muster des Tauziehens. Bei dem *Ballspiel* handelt es sich darum, Patienten, die jeder in einer Welt für sich leben, zu einer Gemeinschaft zusammenzufassen, sie dazu zu bringen, voneinander Notiz zu nehmen, sie zu adäquaten Reaktionsweisen zu veranlassen und sie von sich selber abzulenken. Daß das in erstaunlichem Maße ge-

lingen kann, haben wir immer wieder zu beobachten Gelegenheit gehabt. Stuporöse Patienten z.B., die in eine Ecke starrten oder vor sich hin murmelten, ließen den auf sie zufliegenden Ball vielleicht zuerst fallen, auch ein zweites Mal, beim dritten Mal griffen sie zu und warfen ihn zurück, und damit war die Isolierung bereits gesprengt, und sie machten mit. Etwas gewagter, aber auch möglich ist das Hereinnehmen von einzelnen Kranken in eine Kette. Bei Bauarbeiten z. B. kann man sie, selbstverständlich mit den nötigen Kautelen, Ziegelsteine einander zuwerfen oder bei Gartenarbeiten Wassereimer in einer Kette reichen lassen. Dabei wird die Spieltherapie unversehens in die eigentliche, sinnvolle Arbeitstherapie übergeleitet, womit nicht nur ein adäquates Verhalten, sondern auch eine gewisse soziale Wiederanpassung erreicht werden kann, wie es in ähnlicher Weise auch SIVADON in Frankreich beobachtet hat. Die dem *Tauziehen* und anderen ähnlichen Spielen zugrunde liegende Dynamik ist ebenfalls einfach zu deuten. Es handelt sich dabei um zwei ganz verschiedene Dinge. Einmal um das Bilden von Gruppen, die in ganz wörtlichem Sinne «an einem Strick ziehen», die sich gegenseitig unterstützen müssen und ein gemeinsames, sie verbindendes Interesse haben, nämlich den Gegner zu Fall zu bringen. Dieses «Am-gleichen-Strick-Ziehen» mobilisiert soziale Verhaltensweisen, die unter Umständen bis zu einem gewissen Grade erhalten bleiben und sich dann auch im weiteren Leben auf der Abteilung günstig auswirken. Das andere, was mit dem Spiel erreicht werden kann, ist die Möglichkeit, latente aggressive Tendenzen abzureagieren. Auch das wirkt sich erfahrungsgemäß günstig auf das Abteilungsleben aus, wie überhaupt den Patienten immer wieder die Möglichkeit gegeben werden muß, ihre inneren Spannungen in irgendeiner Form zu kanalisieren, wobei Gruppenspiele die harmloseste Form darstellen. Selbstverständlich dürfen diese und ähnliche Maßnahmen in ihrer Bedeutung nicht überbewertet werden, jedoch haben sie erfahrungsgemäß durchaus ihren praktischen Wert.

2. Ferner kommen auch *einfache Gesellschaftsspiele* in Frage, über die ich aber nicht weiter sprechen will. Der Wert von solchen Spielen liegt in der Hauptsache in der Herstellung von Normalsituationen und dem Aktivieren von gesunden Resten der Persönlichkeit. Eine Beobachtung, die man nun immer wieder machen kann, ist die, daß für alle Patienten die Zeit, die vor ihrer Erkrankung liegt, also die Jugend und vor allem die Kindheit, von einer besonderen Bedeutung ist. Wenn der Patient sich als Kind genommen weiß, sich kindlich geben darf, fühlt er sich in einer Situation, in der er mit dem gesunden Rest seiner Seele

lebt, wenn man das so ausdrücken will. Das Zurückgehen in die Kinderzeit, das Herstellen kindlicher Situationen eröffnet somit auch einen therapeutischen Zugang zu sonst unzugänglichen Patienten. Es handelt sich nur darum, den Grad dieser Regression zu erkennen, der ja bei einzelnen Patienten ganz verschieden ist, und von dem Punkt aus, bis zu dem der Patient regrediert ist, die Behandlung aufzunehmen. In beispielhafter Weise finden wir das in der Arbeit von Madame SÉCHEHAYE dargestellt.

3. Aus solchen und ähnlichen Erwägungen heraus haben wir nun unter anderem das *Märchenlesen* und *Märchenspielen* in unsere Therapiebestrebungen einbezogen. Wir können dazu sowohl Patienten, mit denen man in obigem Sinne reden kann, wie solchen, mit denen man nicht reden kann, heranziehen. Wir gehen dabei so vor, daß ein möglichst einfaches Märchen, am besten eines der Brüder Grimm, vorgelesen wird. Angefangen haben wir damit gerade auf der Abteilung Schwerverkrankter, also auf der geschlossenen, unruhigen Frauenabteilung. Alle Patienten, die nicht gerade bettlägerig oder akut erregt sind, nehmen daran teil. Es zeigt sich, daß die Patienten sehr gerne zuhören. Hinterher sprechen wir den Inhalt des Märchens durch, in einer dem Niveau der Patienten angemessenen Weise, und jeder darf sich eine Rolle aussuchen, darf als ein Baum oder als Feuer, als ein Brunnen oder als ein Königssohn mitspielen. Depressive wählen mit Vorliebe negativ bewertete Rollen, wie die der Hexe oder der bösen Stiefmutter. Steife, autistisch abgekapselte Patienten bekommen Rollen von Gegenständen, sind also ein Baum, ein Haus, ein Tor, ein Brunnen usw. In einer nächsten Stunde spielen wir dann das Märchen, wobei jeder Mitspieler irgendein Kostüm oder einen symbolischen Gegenstand in einfachster Form erhält. Wir haben dafür meist einfarbiges Krepppapier gewählt, das mit einer Kordel um die Hüfte zusammengehalten wird. Die Farbe des Papiers deutet den Charakter der Rolle an, die der Patient zu spielen hat. Die Bäume erhalten also grünes Papier, der Brunnen blaues, der Königssohn gelbes, das Haus ein braunes, die böse Stiefmutter ein graues usw. Um nun zunächst einmal eine Gruppenstruktur zu erzielen, lassen wir die Patienten wie bei den mittelalterlichen Mysterienspielen im Kreise herumgehen, wobei eine Patientin, die eine goldene Sonne an einem Stabe trägt, den Umgang eröffnet. Dann stellen sich alle im Kreise auf, und jeder Mitspieler stellt sich mit einem einfachen Vers als das vor, was er spielt. Das Spiel selber wickelt sich in der einfachsten Form ab als pantomimische Darstellung, wobei der Spielleiter den Text einfach vorliest. Je nachdem

können auch einzelne Patienten Textstellen frei erfinden oder aus der Erinnerung sprechen. Alles wird ganz locker gehandhabt und der jeweiligen Situation sowie dem Zustand und dem intellektuellen und affektiven Niveau der Mitspieler angepaßt.

Lassen Sie mich das Gesagte kurz an einem Beispiel erläutern. Wir hatten in unserer Anstalt eine Katatone, die unter häufigen Erregungszuständen litt, in denen sie außerordentlich aggressiv war, so daß sie fast immer isoliert gehalten werden mußte und die Schwestern sich häufig nur zu viert oder fünft in die Zelle trauten. Diese wählte sich bei einer solchen Märchenstunde die Rolle des Rehleins aus dem Märchen «Brüderchen und Schwesterchen». Ich muß hinzufügen, daß es sich um eine körperbaulich untersetzte, eher breit gebaute Dysplastica handelte. Ich fragte sie dann einmal, warum sie sich diese Rolle ausgesucht habe, und da gestand sie mir, daß sie eigentlich immer eine zarte Gestalt haben wollte, daß sie unter ihrer Statur und ihrem oft groben und lauten Wesen schon immer gelitten habe. Es zeigte sich also, daß ganz im Gegensatz zu dem Erscheinungsbild und dem Verhalten der Patientin auf der Abteilung eine tiefe Sehnsucht in ihr saß nach dem Gegenteil dessen, was sie dem Anschein nach war. Dieses Idealbild fand sie in der Figur des Rehleins gegeben. Dabei kommt noch hinzu, daß dieses Rehlein ein verzauberter Knabe war, der mit seiner Schwester in den Wald, d. h. in die Einsamkeit, hinausgestoßen war. Ferner, daß er nicht von dem Quellwasser trinken durfte, nach dem ihn dürstete, und daß er nicht bei Hörnerklang und -schall hinaus in den Wald durfte und sich austoben, wie er es so gerne gewollt hätte. Es sind das alles Motive, die zu den seelischen Eigentümlichkeiten, also der psychischen Struktur dieser Patientin paßten, was sich im Anschluß an die Spieltherapie in vielen Einzelgesprächen erheben ließ. Sie spielte ihre Rolle zwar sehr ungeschickt, aber mit viel Hingabe und, was auch wichtig ist, sie gewann zum Arzt ein ganz neues Vertrauensverhältnis. Während bisher der Arzt immer derjenige gewesen war, der Spritzen und Elektroschocks oder Isolierung verordnet hatte, war er jetzt ein Freund, der ihr die Geheimnisse der eigenen Seele erschloß, der sie verstand, der Geduld mit ihr hatte und sie durch den Wald hindurch führte auf irgendein Schloß zu, wo die Entzauberung ihrer harrte. Von dem Moment an war das Verhalten der Patientin ganz anders, sie konnte von der geschlossenen Abteilung herausgenommen werden und ist seit 2 Jahren auf einer offenen Station untergebracht, von wo aus sie ihre Verwandten besuchen kann, zeitweise noch schwierig wird, aber im großen ganzen innerhalb der Anstalt als

einigermaßen angepaßt gelten kann. Ähnliche Fälle haben sich wiederholt, und sie zeigen, daß dieser Art von Therapie eine erhebliche dynamische Wirkung zukommt. Es gibt dann noch andere Möglichkeiten, wie z. B. im Stile von MORENO, die Patienten ihre eigenen Probleme spielen zu lassen. Damit haben wir aber keine eigenen Erfahrungen gewinnen können, weil es uns bis jetzt nicht gelungen ist, die Patienten dazu zu bringen, sich selber zu spielen. Etwas anderes haben wir aber immerhin erreichen können, und zwar auf dem Umweg über das *Kasperltheater*, daß Patienten andere Mitpatienten oder die Schwestern oder auch gelegentlich den Arzt auftreten und sich entsprechend lächerlich oder ungeschickt benehmen lassen, was immer wieder großen Eindruck macht und von allen Beteiligten mit größtem Vergnügen aufgenommen wird.

4. Ich möchte dann noch auf eine andere Form von Gruppentherapie zu sprechen kommen, zu der wir namentlich leichtere Depressionen, Patienten des schizophrenen Formenkreises, Neurotiker sowie gewisse Formen von Psychopathie hinzuziehen können, das ist die *Bewegungstherapie*. Wir sind dabei von der KRETSCHMERSCHEN Beobachtung ausgegangen, daß innere und äußere Haltung des Menschen sich gegenseitig zu induzieren und zu beeinflussen vermögen. Denken Sie an die Formel: «Brust raus, Bauch rein», wie sie beim preußischen Militär üblich war, womit zugleich eine typische seelische Haltung angesprochen ist, und denken Sie umgekehrt dazu an die entspannte Haltung des Japaners mit herabhängenden Schultern und gelockerten Gelenken, die auf eine ganz andere seelische Grundhaltung hinweist, ein Gegensatz, auf den vor allem Graf DÜRCKHEIM aufmerksam gemacht hat. Daß besondere Stellungen auch sonst einen Einfluß auf die Erlangung bestimmter psychischer Eigenschaften haben können, lehrt uns die Yoga-Schulung, auf die näher einzugehen aber nicht zu unserem Thema gehört. Daß nicht nur die äußere «Haltung» einen Einfluß auf den seelischen Zustand eines Menschen haben kann, sondern ebenso sehr oder sogar noch mehr die «Bewegung», lehrt uns ebenfalls die einfache Beobachtung. Es mangelt mir die Zeit, um auf die verschiedenen Formen von Bewegungstherapie, die aus dieser Beobachtung entstanden sind und an verschiedenen Orten geübt werden, näher einzugehen. Uns hat sich eine spezielle Form von Bewegungstherapie, nämlich die Eurhythmie, besonders bewährt. Es ist das eine Art seelischer Ausdrucksbewegung, die besonders dazu geeignet ist, auf den ganzen Menschen in körperlicher, seelischer und geistiger Hinsicht harmonisierend zu wirken.

Wir fassen auch dazu wieder mehrere Patienten zu kleineren Gruppen zusammen und üben mit ihnen ein- bis zweimal pro Woche jeweils eine Stunde lang. Es ist uns damit gelungen, auch endogen depressive Patienten nachhaltig zu beeinflussen und autistische und negativistische Schizophrene zu geordnetem Mitmachen zu bringen. Daß sich die Eurhythmie ganz besonders bei neurotischen Patienten, vor allem bei Angst- und Zwangsneurotikern bewährt, wird niemanden wundern. Das Gefühl von Gelöstheit, das Getragensein von dem Rhythmus, sei es im Nachschreiten von Versmaßen, sei es im Takt von ausgewählten Musikstücken, wirkt nachhaltig auf den ganzen Menschen und erleichtert auf der anderen Seite auch die anschließende individuelle Psychotherapie, speziell was die Ausarbeitung seelischer Strukturen und individueller Verhaltensweisen anbelangt.

5. Wenden wir uns aber nunmehr dem eigentlichen Kernstück der Gruppenpsychotherapie, der *Diskussionsgruppe*, zu und machen damit zugleich einen Sprung von der schwersten auf die leichteste Abteilung, d. h. auf die offene Privatabteilung unserer Anstalt, wo wir Angst- und Zwangsneurotiker, leichtere Depressionen, leichtere chronische Schizophrene und Alkoholiker haben. Hier kommt die Diskussionsgruppe zu ihrer eigentlichen Bedeutung. Einmal pro Woche versammeln wir uns, wobei die Zahl derjenigen, die sich beteiligen, was absolut freiwillig ist, um 15 herum liegt, also an sich zu hoch ist. Es läßt sich aber nicht gut anders machen, da sich hier Therapiegruppe und Stationsgruppe überschneiden. Bei diesen Diskussionen stellte sich zunächst einmal heraus, daß unsere Patienten im allgemeinen nicht oder nur in sehr ungenügendem Maße dazu zu bringen waren, von sich zu sprechen. Sie erzählten nichts von sich, brachten auch keine Träume, und wenn man sie aufforderte, von ihren Problemen zu reden, hörte man immer wieder: «Ja, Herr Doktor, das erzähle ich Ihnen dann einmal allein.» Wir sind dann dazu übergegangen, fingierte Krankengeschichten vorzutragen und die Gruppenteilnehmer dazu aufzufordern, ihre Stellungnahme dazu abzugeben, also etwa mit der Frage: «Wie hätten Sie sich in diesem Falle benommen?» (*Interview-Group*). Auch damit stießen wir auf großen Widerstand, vielleicht deshalb, weil bei den von mir beobachteten Anstaltspatienten die Schamschranke sehr ausgeprägt ist und jeder sich im Grunde genommen überhaupt schämt, in der Anstalt zu sein. Das Thema «Scham» rückte damit in den Vordergrund, und wir sind dann ganz von selber auf die Methode gekommen, gewisse seelische Verhaltensweisen thematisch durchzuprechen. Auch das ist uns häufig mißlungen. Die eigentlichen seelischen Probleme

der Patienten ließen sich überhaupt nur schwer direkt diskutieren. Um hier weiterzukommen, griffen wir dann wieder auf die Märchen zurück, und siehe da, mit einem Mal ging es.

Sie werden es mir nachsehen, wenn ich schon wieder von den Märchen spreche, aber ich bin der Ansicht, daß wir hier tatsächlich einen ganz wesentlichen Heilfaktor vor uns haben. Erstens, weil das Märchen schon an sich eine frühkindliche Atmosphäre mit sich bringt, so daß im Lesen und Anhören oder auch im Spielen von Märchen für die weitaus meisten unserer Patienten jene Lebenszeit anvisiert wird, in der die Persönlichkeit des Kranken noch weitgehend intakt war, gewissermaßen die Zeit vor dem individuellen Sündenfall mit seinen Verstrickungen, Schuldgefühlen, inneren und äußeren Abstürzen und seiner nachfolgenden seelischen Vereinsamung. Zweitens enthält das Märchen eine Symbolsprache, mit der sich viel mehr sagen und verstehen läßt als mit der rationalen Sprache unserer westlichen Welt. Wir brauchen nur das Lebenswerk C. G. JUNGs anzuschauen, um die Bedeutung der Märchensymbolik für die Psyche voll würdigen zu können. Drittens liegt in der Märchensymbolik als solcher eine innere Dynamik, von der eine starke, seelengesundende Kraft ausgeht, vor allem dann, wenn diese im gemeinsamen Gespräch mit den Teilnehmern erschlossen und in individueller Meditation von ihnen weiter verfolgt wird. Alle haben wir ja Seelenkräfte in uns, die in den Märchen wiederzufinden sind. Wir alle tragen in uns die böse Hexe und das arme Mädchen, den großen Zauberer und den lichten Helden. Wir alle müssen uns Verzauberungen gefallen lassen und durch weite Länder irren, bis unsere Anima, wenn ich den JUNGschen Ausdruck gebrauchen darf, entzaubert ist oder bis der Königssohn in uns aus seinem Schlaf erwacht. Solche Märchen, wie z. B. «Frau Holle», «Dornröschen», «Allerleirauh» und andere, gaben uns die Möglichkeit, Fragen der Elternbindung, des vorzeitigen Liebesentzuges, der Eifersucht, Fragen nach dem Wesen von Angst und Furcht, von Verzweiflung, aber auch die Problematik der Reifungsschritte, der Lebensbejahung, Ehekrisen u. a. ohne großen Widerstand von seiten der Patienten durchzusprechen.

Ganz besonders möchte ich an dieser Stelle noch betonen, daß die von LUDWIG BINSWANGER begründete daseinsanalytische Forschungsrichtung außerordentlich fruchtbar gerade im gruppentherapeutischen Gespräch ist. Fragen nach dem individuellen Weltentwurf, nach der Gestimmtheit, nach Räumlichkeit und Zeitigung des Daseins, nach Konsistenz und Materialität, Vertikalität und Horizontalität usw. ergeben gerade im Zusammenhang mit der geschilderten Märchenlek-

türe außerordentlich viel Anregungen. Nehmen Sie nur einmal das einfache Thema des Gehens der Kinder in den Wald, wie wir das am Anfang von vielen Märchen finden. Im Gespräch werden die Gruppenteilnehmer dann aufgefordert, ihre Deutungen zu so einem Bilde zu geben. Es kommen damit die individuellen Aspekte oft sehr klar zum Ausdruck, indem der eine das Unheimliche, der andere das Beruhigende, das Erhebende oder Bedrückende, das Endlose oder das Beengende des Waldes angibt. Es zeigen sich dadurch andeutungsweise gewisse Arten des individuellen Weltentwurfes, räumliche und zeitliche Horizonte sowie Arten des mitmenschlichen Umganges, also seelische Strukturformen, die wir kennen müssen, wenn wir den Patienten verstehen und Einblick in seine Welt gewinnen wollen, was das sine qua non einer jeden Psychotherapie ist.

III. ANTWORT AUF DIE GRUNDFRAGEN

Wenn wir nun unsere Gruppentherapie-Bestrebungen einer systematischen Untersuchung unterziehen wollen, so müssen wir die Einzelaspekte gesondert betrachten und können uns dabei mit Vorteil der von SZONDI aufgestellten Grundfragen bedienen. Die erste Frage lautet:

1. «*Was ist das Heilobjekt?*», also: was wollen wir überhaupt heilen? Unsere Antwort darauf lautet: «Den mit sich und mit der Welt zerfallenen Menschen.» Mit beidem haben wir es in ausgiebigem Maße zu tun. Also erstens mit dem Menschen, der mit sich zerfallen ist, der innerlich gespalten ist, der seine gegensätzlichen Strebungen nicht zu integrieren vermag und an dieser inneren Zerfallenheit mehr oder weniger leidet. Das Denken wird dabei häufig wie von einer ichfremden Gewalt ergriffen und gelenkt erlebt, wobei es von dem «es denkt in mir» über die leichteren Entfremdungsgefühle bis zu schweren Formen von Zwangsdanken oder völliger Zerfahrenheit kommen kann. Auch das Fühlen kann einer ichfremden Gewalt unterliegen, sei es in den Schwermutsgedanken, wie sie in der Depression auftreten, die keine direkte lebensgeschichtliche Motivierung haben oder jedenfalls nicht in ohne weiteres erkennbarem Zusammenhang mit der Lebensgeschichte stehen. Drittens kann deren Wille, losgelöst von dem Kern der Persönlichkeit, gleichsam eigene Wege gehen und das Ich von Trieb-, Wahn- oder Zwangshandlungen überwältigt werden. Es erübrigt sich, an dieser Stelle auf weitere Symptome der psychischen Desintegration einzugehen, wie die Unheimlichkeitsgefühle, die Angst-

gefühle, Beeinflussungsgefühle und anderes mehr. Sie alle müssen aber auch in unserer gruppentherapeutischen Arbeit berücksichtigt und besprochen werden. Der zweite Punkt ist das Zerfallensein mit der Welt. Hier haben wir es mit dem zu tun, daß die Menschen unter unglücklichen Familienverhältnissen leiden, sei es im Elternhaus, in der eigenen Ehe, sei es im Beruf oder in den mitmenschlichen Beziehungen ganz allgemein, wobei Triebansprüche aller Art, die durch die jeweilige Mit- und Umwelt nicht befriedigt werden, mehr oder weniger hereinspielen. Therapeutisch gilt dabei auch wieder der Satz, daß sich eine Depression zwar behandeln läßt, aber nicht die eine solche Depression auslösende oder motivgebende Schicksalssituation. Grob ausgedrückt: Eine Depression können wir wegschocken, nicht aber das Schicksal.

2. Die zweite Frage lautet: «*Wo ist der Angriffspunkt?*» Darauf möchte ich antworten: In dem gesunden Rest der Persönlichkeit, d. h. da, wo der Mensch sich noch einen Rest gesunder Erlebnisfähigkeit bewahrt hat, von dem aus sich sowohl die innerseelischen wie die mitmenschlichen Probleme sinnvoll besprechen und ordnen lassen. Einen solchen Persönlichkeitsrest finden wir eigentlich bei allen Menschen, auch bei stuporösen Katatonen. Die Frage ist nur, wo und wie er zu finden ist. Im allgemeinen kann man wohl sagen, daß der Grad der Regression hierbei ausschlaggebend ist, d. h. daß wir in der Lebensgeschichte des Patienten bis zu dem Punkt zurückgehen müssen, bis zu dem die Regression fortgeschritten ist, also in kindliche oder sogar kleinkindliche Stufen der Entwicklung, und da mit unserer Therapie ansetzen. Vielfach wird ja auch der soziale Zusammenhang, in dem der Einzelne jeweils darinnensteht, von ihm nach dem Muster puberaler oder präpuberaler Verhaltensweisen strukturiert erlebt, was naturgemäß zu stärksten Konflikten im mitmenschlichen Bereich und zu entsprechenden pathologischen Reaktionsweisen führen muß.

3. Die nächste Frage «*Wie wird geheilt?*» möchte ich der besseren Übersicht halber mit der darauffolgenden Frage

4. «*Wohin will man den Kranken führen?*» zusammen besprechen. Wenn wir die zwei Punkte berücksichtigen, die wir eingangs besprochen, nämlich die Zerfallenheit des Patienten mit sich selber und die Zerfallenheit mit der Um- und Mitwelt, so können wir sagen: Wir wollen den Kranken dahin führen, diese Zerfallenheit zu überwinden. Dazu muß aber auf dem Umweg über den gesunden Persönlichkeitsrest der Kern der Persönlichkeit angesprochen und gestärkt werden, das eigentlich strukturgebende Element, das die Welt in der einen oder anderen Form entwirft, das Ich, oder wenn wir in der Sprache der Mär-

chen reden wollen, der «innere Königssohn». Dieses Ich, diejenige innere Instanz, die SZONDI als den «pontifex oppositorum» bezeichnet hat, was mir übrigens als eine außerordentlich glückliche Formulierung erscheint, muß Herr werden über die divergierenden Strebungen der Seele, was von jedem Menschen eine individuelle Arbeit erfordert. Dafür braucht er aber, und das erscheint mir nun gerade das Wesentlichste zu sein, die Diskussion, das Für-, Mit- und Gegeneinander der Gemeinschaft, eben der jeweiligen Gruppe, zu der er schicksalsmäßig dazugehört. Daß gerade in der Freundes- und Partnerwahl ein schicksalhafter Charakter waltet, hat SZONDI uns allen nahegebracht. Auch das kann und soll gelegentlich Thema der Gruppendiskussion werden, inwiefern nämlich der Einzelne gerade durch die Gemeinschaft und die Auseinandersetzung mit anderen den Weg zu sich selber findet. Wir können das Märchen auch so auffassen, daß die einzelnen Personen, die darin vorkommen, Kräfte oder Teile oder – wenn Sie wollen – Projektionen der eigenen Seele sind. Und es ist nun unser Bestreben, die Gruppenteilnehmer dahin zu führen, daß sie diese Situation auch unter sich erkennen lernen, daß nämlich jeder Mensch, mit dem wir es zu tun haben, in irgendeiner Form Kräfte darstellt, die wir selber auch in uns tragen, und mit denen wir uns auseinandersetzen müssen. Es ist ein billiges Rezept, wenn wir einem Patienten, der an seiner Ehe leidet, sagen: «Das beste wäre, Sie ließen sich scheiden.» Das wäre in den meisten Fällen nur eine Flucht vor sich selber, vor der Auseinandersetzung mit innerseelischen Problemen, die durch eine Ehescheidung nicht gelöst, sondern nur verlagert werden. Der Hebel muß ganz woanders angesetzt werden, nämlich im Erwecken der Erkenntnis, daß der andere Mensch immer in irgendeiner Weise ein Repräsentant des eigenen unterbewußten Seelischen ist, und daß er uns gerade deshalb an die Seite gestellt ist, damit wir an ihm reifen, damit wir vielleicht gerade in der Auseinandersetzung mit ihm uns selber finden. Erstaunlicherweise lösen sich ja auch häufig äußere Lebensschwierigkeiten, wenn wir damit anfangen, in uns selber Ordnung zu schaffen. So gesehen, erscheint die Gruppentherapie sogar als einer der wesentlichsten Faktoren in dem gesamten Arsenal unserer therapeutischen Bemühungen, denn nur in der Gruppe und durch sie, also eine bestimmt strukturierte Gemeinschaft, können diese Probleme konkret erarbeitet und bewußt gemacht werden. Wohin wir also unsere Patienten führen wollen, ist 1., daß sie in der Auseinandersetzung mit der Gruppe sich selber in ihren besonderen Möglichkeiten und Notwendigkeiten immer besser erkennen und akzeptieren lernen, um schließlich nach entspre-

chenden Irrfahrten, Kämpfen mit Drachen und Dämonen der eigenen Seele, nach Abstürzen und Höhenflügen, Verzauberungen und Erweckungen den inneren Königssohn zu finden und damit die Reintegration ihrer Seelenkräfte unter dem Pontifex oppositorum zu vollziehen. 2. wollen wir den Patienten dahin führen, «Ja» zu sagen zum eigenen Schicksal. Auch hier kann uns die Gruppe viel helfen, wenn wir sehen, wie jeder Mensch im Grunde doch irgendwie unter seinem Schicksal leidet, irgendwo eben nicht dazu «Ja» sagen kann und damit im Grunde sich selber entfliehen und seine Lebensaufgabe nicht tragen will. Das Wort «Nimm dein Kreuz auf dich und folge mir nach» kann hier, abgesehen von irgendwelchen konfessionellen Schranken, eine zentrale therapeutische Bedeutung erhalten.

Noch ein Wort zur *Methodik* der Gruppendiskussion. Es ist allgemein üblich, daß der Therapeut eine möglichst passive Rolle spielt und nur die notwendigsten Hinweise gibt oder Hilfestellung leistet und selber nicht eigentlich aktiv eingreift, ein Problem, das nicht ganz leicht zu entscheiden ist. Es hat sich mir aber oft gerade als fruchtbar erwiesen, aktiv vorzugehen und selber unter Umständen auch viel zu reden, wobei mir persönlich die daseinsanalytische Methode BINSWANGERS vielfach Vorbild gewesen ist. Ich erinnere dabei an einen Aufsatz von Roland KUHN über die «Daseinsanalyse im psychotherapeutischen Gespräch», wo er unter anderem folgendes schreibt:

«In der Psychoanalyse ist unser Problem mit der Frage verknüpft, inwiefern der Analytiker selber aktiv eingreifen könne und solle. Bekanntlich geht die Tendenz gerade von FREUD selber dahin, nach Möglichkeit die Heilung und das Abreagieren der Komplexe dem Kranken zu überlassen, ohne einzugreifen.» Dann schreibt er weiter: «Wohl ist das Zuhören in jeder menschlichen Beziehung ebenso wichtig oder gar noch wichtiger als das Sprechen, und als Psychotherapeuten können wir kaum genug zuhören und müssen dies in erster Linie lernen. Viele unserer Kranken erwarten aber von uns doch noch etwas anderes, und wer sich darauf beschränken wollte, zuzuhören, der könnte manchem Kranken überhaupt nie helfen. Wir müssen sprechen und tun es auch.»

Auf alle Fälle wird man immer wieder von neuem abwägen müssen, welches Verhalten jeweils das Richtige ist, und ich glaube nicht, daß sich da allgemeingültige Regeln aufstellen lassen, doch wird man sicher auch ein aktiveres und, wenn man es so nennen will, psychagogisches Vorgehen gerade innerhalb der psychiatrischen Gruppenbehandlung nicht außer acht lassen können. Von besonderer Wichtigkeit erscheint mir auch noch methodisch, daß Gruppentherapie und Einzelsitzung sich gegenseitig ergänzen müssen, denn häufig erfährt der Therapeut in der Einzelsitzung Probleme seiner Patienten, die er dann als allgemeine Fragen in die Gruppendiskussion werfen kann und

die dann von allen Beteiligten besprochen werden können, so daß es häufig vorkommt, daß Patienten sich gegenseitig Antworten auf ihre dringendsten Lebensprobleme geben, ohne daß sie direkt voneinander wissen, und ohne daß die individuelle Schamschranke, von der wir eingangs sprachen, verletzt zu werden braucht. Umgekehrt kommen häufig in der Gruppendiskussion Probleme zur Sprache, die wiederum in der Einzelsitzung individuell fortgeführt werden können, wobei oftmals ganz neue Aspekte zum Vorschein kommen, ein Punkt, den übrigens auch Frau ADELSON in ihrer Arbeit über «Die psychotherapeutische Gruppe in der Heilanstalt» hervorgehoben hat.

Wir kommen nun zu der Besprechung der nächsten Frage:

5. «Für welche Gebiete ist die Methode am besten geeignet?» Der Wert der Gruppenpsychotherapie in der Neurosenbehandlung sowie im Rahmen der allgemeinen Sozialarbeit ist unbestritten. Innerhalb der psychiatrischen Anstaltsbehandlung ist die Gruppenpsychotherapie bei uns in Europa noch relatives Neuland, während sie in dem angelsächsischen Sprachgebiet bereits ausgedehnte Erfahrungen gezeitigt hat. Beschränken wir uns in der Beantwortung der Frage auf das uns vorliegende Krankengut, wie wir es eingangs schilderten, so lassen sich dabei nur relative Indikationen stellen, wobei wir drei verschiedene Kategorien unterscheiden müssen: *Erstens* die Gruppe der chronischen Anstaltspatienten. Hier kann die Gruppentherapie Wesentliches leisten im Verhüten von Sekundärschädigungen, wobei es darauf ankommt, die gesunden psychischen Reste zu aktivieren und Normal-situationen zu schaffen, in denen sich der Patient auf sein Menschsein besinnen und seine latenten Triebregungen in einigermaßen adäquaten Formen ausleben kann. Die Gruppentherapie verbessert auch das psychische Klima auf den Abteilungen und schafft ein neues Vertrauensverhältnis zum Arzt. *Zweitens* hat die Gruppentherapie bei leichteren Kranken, Rekonvaleszenten sowie bei einzelnen akuten Psychosen einen ganz außerordentlich großen Wert, um die Selbstfindung der Patienten und die soziale Anpassung zu fördern und in manchen Fällen überhaupt erst zu ermöglichen. *Drittens* ist von großer Wichtigkeit die Einbeziehung des Pflegepersonals in die Gruppenarbeit bzw. die Durchführung von Sondergruppen mit Pflegern und Pflegerinnen zur Schaffung eines ärztlich-pflegerischen Teamworks. Ein wichtiger Punkt wäre in diesem Zusammenhang noch die Führung von sogenannten Entlassenenklubs, «Social clubs», was uns ein stetes Anliegen ist, sich aber bis jetzt aus rein äußeren Gründen noch nicht hat durchführen lassen.

6. Die «*Grenzen der Gruppenpsychotherapie*» innerhalb der Anstalt liegen, wie bereits besprochen, bei Querulanten, maniformen Schizophrenen oder eigentlichen Manien. Schwachsinnige lassen sich zu Spielgruppen oder ähnlichem manchmal recht gut verwenden, scheiden aber für die Diskussions-Gruppen von vornherein aus. Im allgemeinen liegen die viel engeren Grenzen aber in der begrenzten Zeit des Anstaltsarztes.

7. Was die «*fundamentalen Theorien*» anbelangt, so kommen da meines Erachtens alle psychologischen Schulen in Betracht, die Wesentliches zum Verständnis psychischer Mechanismen und seelischer Strukturformen beizutragen haben, sei es nun die Psychoanalyse FREUDS im engeren Sinne, sei es die ADLERSche Individualpsychologie, die JUNGsche Tiefenpsychologie, die BINSWANGERSche Daseinsanalyse oder, last but not least, die SZONDISCHE Schicksalsanalyse. Ich möchte mich in diesem Sinne als Eklektiker bekennen, der das Gute da nimmt, wo er es findet, und der sich in erster Linie von seinen Patienten dahin führen läßt, wohin sie mit ihm gehen wollen.

Ich bin damit am Schluß meines Referates angekommen und hoffe, Ihre Zeit nicht übermäßig in Anspruch genommen zu haben. Vieles mußte leider unerwähnt bleiben, so die Gestaltung von Altersgruppen oder anderen Spezialgruppen, wie z. B. von Alkoholikern, die natürlich ihre eigene Problematik haben. Auch konnten wir die Arbeitstherapie nicht erwähnen, die einen wichtigen Platz in der Anstaltsbehandlung einnimmt, sowie die Beschäftigungstherapie, in der Patientengruppen zum Malen oder Modellieren oder zu andern mehr handwerklichen oder kunstgewerblichen Arbeiten herangezogen werden. Ich bin mir des Unzulänglichen meiner Ausführungen voll bewußt, hoffe aber doch, daß es mir einigermaßen gelungen ist, den spezifischen Charakter der Gruppenarbeit in der Heilanstalt darzustellen sowie den Unterschied dieser gegenüber der Gruppenpsychotherapie in der Neurosenbehandlung deutlich zu machen.

LITERATURVERZEICHNIS

- ADELSON, E.: Psyche 7, 463 (1953).
BARUK, H.: Psychiatrie morale, expérimentale, individuelle et sociale, Presses Univ. de France, Paris 1950.
BENEDETTI, G.: Bull. Schweiz. Akad. Med. Wiss. Vol. 11, Fasc. 1/2, 142 (1955).
BINSWANGER, L.: Ausgewählte Vorträge und Aufsätze, Francke Bern 1946.
– Grundformen und Erkenntnis menschlichen Daseins, 2. Aufl. Niehans, Zürich 1953.
BLEULER, M.: Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat. 69, 436 (1952).
JUNG, C. G.: Die Beziehungen zwischen dem Ich und dem Unbewußten, 4. Aufl. Rascher, Zürich 1945.

- Über psychische Energetik und das Wesen der Träume, Rascher, Zürich 1948.
- Symbolik des Geistes, Rascher, Zürich 1948.
- KLAESI, J.: Z. ges. Neurol. Psychiat. 78, 606 (1922).
- Mschr. Psychiat. Neurol. 124, 334 (1952).
- KLUGE und SCHIGUTT: erscheint demnächst in Z. Psychotherapie.
- KLUGE und VON SCHROETTER, H.: Mschr. Psychiat. Neurol. 127, 152 (1954).
- KRETSCHMER, E.: Nervenarzt 20, 137 (1949).
- Psychotherapeutische Studien, G. Thieme, Stuttgart 1949.
- KUHN, R.: Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat. 67, 52 (1951).
- MAUZ, F.: Dtsch. Arch. Psychiat. 181 (1948).
- MORENO, J. C.: Psychodrama, New York 1946.
- ROSEN, J. N.: Psychiat. Quart. 21, 3, 117 (1947).
- SCHULTZ-HENCKE, H.: Das Problem der Schizophrenie, G. Thieme, Stuttgart 1952.
- SÉCHEHAYE, M. A.: Rev. Suisse de Psychol. et de la Psychol. appl., Suppl. 12, Bern 1947.
- Bibl. de la Psychanal. et de la Psychol. clinique, Paris 1950.
- SIMON, H.: Aktiverer Krankenbehandlung in der Irrenanstalt, Berlin und Leipzig 1929.
- SIVADON, P.: Semaine Hôp. Paris 1950, 1389-1392.
- SLAVSON, S. R.: An Introduction to group therapy, Oxf. Univ. Press 1943.
- The practice of group therapy, Int. Univ. Press, New York 1947.
- STÄHELIN, J.: Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat. 69, 436 (1952).
- STEINER, R.: Die Eurythmie als sichtbare Sprache, Phil. anthrop. Verl. Dornach 1924.
- Die Eurythmie als sichtbarer Gesang, Phil. anthrop. Verl. Dornach 1924.
- SZONDI, L.: Schicksalsanalyse, B. Schwabe, Basel 1944.
- Experimentelle Triebdiagnostik, H. Huber, Bern 1947.
- TEIRICH, H. R.: Wien. Med. Wschr. 39-40, 51/52 (1949).
- Allg. Z. Psychiat. 124, 235 (1949).
- Z. Psychotherapie u. Med. Psychol. 1 (1951).
- Leibesübung und Leibeserziehung 1, 1 (1951).

VI. DER HEILWEG

DER RELIGIÖSEN PSYCHOTHERAPIE

VON A. MAEDER, ZÜRICH

I. ÜBER DAS HEILEN

Schon ein alter Spruch unterscheidet zwei Hauptinstanzen im Heilungsgeschehen: «Natura sanat, medicus curat.» Dies gilt für die gesamte Medizin und im besonderen für die Psychotherapie. Damals sprach man in allgemeinen Ausdrücken von den Heilkräften der Natur; dank dem Einfluß der Naturwissenschaft sind konkretere Anschauungen über einzelne Gebiete des natürlichen Heilungsvorganges gewonnen worden. Die experimentelle und theoretische Biologie (HANS DRIESCH) hat den Prozeß der Regeneration niederer Tiere und den der Regulation abgeklärt und verschiedene Formen der «Selbsttätigkeit» der Organismen festgestellt. Der pathologischen Anatomie und Physiologie verdankt man Einblicke in den Vorgang der Wundheilung, der Kompensation, der Abwehr des Organismus gegen die Infektionserreger und ihre Toxine und der Entstehung der Immunität. Alles Phänomene, die das Staunen und die Ehrfurcht des betrachtenden Geistes erregen.

Unter dem Impuls dieser dynamisch-funktionellen Denkart hat die Psychiatrie parallele Erscheinungen in der Welt des Psychischen entdeckt. Die Erfahrung lehrt, daß die Psyche, so wie der Körper, versucht, sich selbst zu helfen. Die Natur (s. l.) reagiert auf äußere Gefahren und innere Notlagen. Sie wehrt sich in ihrer Art gegen Bedrohung und eingetretene Schädigungen. Automatisch löst der Krankheitszustand eine reaktive Bewegung aus, einen Abwehrkampf zum Zweck der Wiederherstellung. Die psychische «Selbststeuerung» bezieht sich auf funktionelle Störungen und dient der Erhaltung des Gleichgewichtes, während der «Selbstheilungsversuch» sich auf strukturelle Schädigungen bezieht und nach Restitution oder nach einem passenden Ausgleich sucht¹.

Die Seele antwortet also auf eine Notlage durch einen Versuch der Selbsthilfe. Es ist notwendig, den spontanen schöpferischen «Einfall», die

¹ Es ist lehrreich, der Etymologie eines Grundwortes wie «Heilung» nachzugehen. «Heil», wie das englische *beal*, hängt mit *bale whole*, mit dem griechischen *hólos*, zusammen und heißt «ganz», unversehrt. Heil ist aber auch *Rettung*, heilen, sich erhalten, sich wieder-

«Eingebung und Inkubation», das «Spiel, die vorbereitenden, prospektiven und richtungweisenden, die kompensatorischen Träume und Tagesphantasien, nebst den mannigfaltigen Äußerungen der «Selbststeuerung» und «Selbstheilung» zu erforschen, um eine Grundlage für die Tiefenpsychotherapie zu gewinnen¹.

Die Überwindung der Maschinentheorie des Lebens, dieses typischen Erzeugnisses der positivistisch-rationalistischen Lebens- und Weltanschauung des 19. Jahrhunderts, ermöglicht eine adäquatere Erfassung des Lebens, eine synthetische Schau. An Stelle der Vorstellung einer Maschine ist diejenige des Lebewesens als *Einheit* und *Ganzheit* getreten, ein *autonomes* Gebilde, bei aller Wechselbeziehung mannigfaltiger Art zur Umwelt. Es entwickelt sich aus eigenem Antrieb zu dem, wozu es bestimmt ist. Im Fall einer Strukturschädigung sind es die ursprünglichen Aufbaukräfte (Selbstwerdung), die für den Wiederaufbau mobilisiert werden.

Neben der *Selbsthilfe* als autonome Selbsttätigkeit – *natura sanat* – gibt es das *Suchen nach einer Fremdhilfe*, die sich mit der «ärztlichen Intervention, die von außen, von einem anderen kommt, verbindet – *medicus curat*. Es ist jetzt möglich, sich eine konkretere Vorstellung des seelischen Heilungsvorganges zu bilden: Die Loslösung der infantilen Fixierungen, die einer neuen Disponibilität und Bereitschaft gleichkommt, die Überwindung der Dissoziation durch Aufhebung des Verdrängten und dessen Assimilierung, was zur Integration der Persönlichkeit beiträgt, eine progressive Bewegung der Libido, die zu einer neuen Anpassung an die Realität führt. Wesentlich ist noch die Entwicklung einer richtigen gegenseitigen Beziehung Arzt/Patient als Vorstufe und Übergang zu einer Reintegrierung des Kranken in die Gemeinschaft.

Dieses Suchen nach Fremdhilfe (Arzthilfe) ist ein spezifisch menschliches Phänomen und kommt sonst in der Natur nicht vor; das kranke Tier ist nur auf den Automatismus der Selbsthilfe, des Selbstheilungsversuches angewiesen. (Wir sehen hier vom Haustier ab, das in der menschlichen Umgebung gewisse Züge einer Humanisierung erfahren hat.) Dies Bedürfnis hängt mit unserer sozialgeistigen Struktur zusammen. Der Mensch ist in ganz spezifischer Weise auf den Mitmenschen, auf seine Zugehörigkeit zur menschlichen Sozietät angewiesen.

herstellen. Heal: to make hale or sound (französisch = *sain*). Das französische «*guérir*» kommt vom gothischen *warjan*, schützen, verteidigen, wie das hochdeutsche Wort wehren, in Sicherheit bringen. Alt französisch: *guérison* gleich *sûreté*, *sauveté*. Drei Ideen sind also deutlich zu erkennen: *ganz sein*, *wahren* (schützen und Sicherheit), *Rettung*.

¹ Siehe MAEDER: *Selbsterhaltung und Selbstheilung*, Rascher, Zürich 1949.

Als Einzelner ist er ein Kunstprodukt und eine Desintegrationserscheinung.

Die bisherige Erfahrung an den Psychoneurotikern und gewissen Psychotikern zeigt, daß ihr persönliches Verhältnis zu den Mitmenschen, zur Sozietät immer lädiert ist. Diese Verletzung rührt von der nächsten oder fernen Umgebung her. Der Kranke ist zunächst ein Opfer ungünstiger Milieuverhältnisse. Bemerkenswert aber ist es, daß es in der menschlichen Gesellschaft zu allen Zeiten und an allen Orten Medizinmänner, Priesterärzte oder Ärzte gegeben hat und gibt. Es handelt sich nicht um einen einfachen Beruf, eher um eine primäre soziale Funktion – man könnte sagen ein «Amt» im ursprünglichen Sinne. Dieser Medizinmann oder Priester hat etwas in sich, was ihn bestimmt, *Beistand zu leisten*. Es drängt ihn zu helfen, und zwar demjenigen, der die Fremdhilfe sucht. Diese Art Entsprechung drückt eine innere Struktur der Gesellschaft aus, wie das andere elementare Verhältnis vom Häuptling zum Stamm (Führer/Volk). Es ist doch bemerkenswert, daß die selbe Sozietät, von der pathogene Einflüsse auf einzelne Glieder ausgehen, eine Art Kollektivsteuerung besitzt, von der regenerierende Wirkungen ausstrahlen. Die ganzheitliche Betrachtung auf die natürliche soziale Gruppe angewendet, verspricht neuen Einblick in das menschliche Leben zu geben. Hervorgehoben muß noch werden, daß die Aufgaben des Medizinmannes und des Priesterarztes doppelter Natur sind, nämlich kollektiver und individueller Art. Beide werden für die Angelegenheiten des ganzen Stammes wie für persönlich-medizinische Zwecke beansprucht.

Man kann nicht behaupten, daß das Arztproblem im Blickpunkt des wissenschaftlichen Interesses unserer Zeit steht. Im Gegenteil, denn alles Interesse konzentriert sich auf das Sachliche, auf die Erforschung der pathologischen Erscheinungen und auf die unpersönliche Technik. Dies hat sogar für die Lehre der Übertragung und Gegenübertragung bis vor kurzem gegolten, denn die Persönlichkeit des Arztes und ihr spezifischer Einfluß auf die Heilung hat man mehr oder weniger im Schatten gelassen.

Die *Koordination der Selbsthilfe mit der Fremdhilfe* ist demnach die Hauptaufgabe, und das *Verhältnis Arzt/Patient* spielt dabei eine führende Rolle. Aber die dominierende Einstellung der modernen Medizin muß als eine objektiv-unpersönliche charakterisiert werden; es gilt sogar bis zu einem gewissen Grade für die Psychoanalyse: naturwissenschaftliche Erkenntnisse und ihre therapeutisch-technische Anwendung. Man kann direkt von einer «Entpersönlichung» der ärztlichen

Tätigkeit sprechen und behaupten, daß sie eine zunehmende Vertrauenskrise, trotz allen großen Entdeckungen, in der Öffentlichkeit ausgelöst hat, deren Folge die steigende Welle der Heiler und Naturheilkundigen und der Kurpfuscher aller Gattung ist.

H. SINGER verdankt man eine scharfe Analyse der Tätigkeit des primitiven Arztes. Er unterscheidet in ihr drei *Komponenten, die empirische, die magische und die religiöse*. Es will uns scheinen, daß je nach der Kulturstufe der Anteil der einen oder anderen Komponente verschieden entwickelt ist. Aus der ursprünglich empirischen Komponente hat sich in unserer Zeit die *wissenschaftliche* mächtig entwickelt, aber unter Vernachlässigung bis zur Verdrängung der beiden anderen. Wir sind zur Überzeugung gekommen, daß das, was zur ursprünglichen ärztlichen Tätigkeit gehörte, für alle Zeiten charakteristisch ist (selbstverständlich mutatis mutandis), also zu ihrer Wesensart gehört, und daß es für uns gilt, den beiden vernachlässigten Komponenten ihren Platz und ihre Bedeutung zurückzugeben.

Durch die kulturhistorischen, völkerpsychologischen und tiefenpsychologischen Untersuchungen ist ein Verständnis für die *Magie* gewonnen worden. Sie erscheint uns jetzt als die *Kunst der Menschenbeeinflussung*, die Kunst, ihre Suggestibilität zu benutzen, um sie suggestiv dem erwählten Ziel entgegenzuführen, also eine Technik auf der mystisch-magischen Kulturstufe: Die Intervention des Zauberers tendiert auf ein schlagartiges Wirken auf die *Einbildungskraft* des Kranken, das ihn von der Macht der Symptome befreit und neu an das Ziel der Heilung bindet, womit die *Wendung* im Krankheitsprozeß eintritt. So wird der Patient seinem Leben innerhalb des Stammes zurückgegeben.

Die Kunst der menschlichen Beeinflussung ist und bleibt ein integrierender Faktor des ärztlichen Wirkens überhaupt, und zwar auf jeder Kulturstufe. Die Schulmedizin und die Psychoanalyse hatten beide diesen Faktor vernachlässigt; es ist ihre Aufgabe, ihn wieder zu entdecken. Der Ruf nach einer «aktiven Therapie» (ebenso nach einer kurzen Psychotherapie), der sich seit längerer Zeit aus allen Lagern der Psychotherapeuten erhebt, zeigt, daß sich eine Umstellung vorbereitet. Ein Teil von dem, was sich «zwischenmenschliche Beziehung» nennt, gehört hierher – was ALEXANDER und FRENCH in ihrer «*Psychoanalytic Therapy*» als «*new patterns of behavior*» geschildert haben, hat eine verwandte Bedeutung. Die *psychagogischen* Bemühungen gehören ebenso hierher.

Wenn wir versuchen, den Unterschied zwischen dem betont suggestiven Vorgang bei primitiven Behandlungsformen und dem der

modernen Therapie zu charakterisieren, können wir sagen: die Suggestion wirkt unmittelbar auf die Gefühls-, Affekt- und Triebzentren, ohne an die Person zu appellieren. Sie erschleicht sich unbewußt ihre Wirkung; sie ist dementsprechend unkontrollierbar und für uns Moderne anfechtbar. Die Tiefenpsychotherapie lernt sich an die Person selbst wenden und erstrebt das Vertrauen und die Mitarbeit, denn sie will *Begegnung zweier Partner* sein. Hier herrscht keine Nötigung, sondern Freiwilligkeit, statt Suggestion also Vertrauen. Erstere schafft Hörigkeit, letztere Gemeinschaft. Das primäre Vertrauen des Arztes induziert das Vertrauen des Kranken zu ihm, also eine vergeistigte Form dessen, was sich im Bereich der mystisch-magischen Handlung abspielt.

Und nun die *religiöse Komponente*, die uns im säkularisierten Zeitalter weitgehend abhanden gekommen ist. In Krankheits- und Desintegrationszuständen aller Art wandte man sich früher an den Zauberer, von dem man wußte und glaubte, er stehe mit den Ahnengeistern und dem Urahnentotem in Verbindung. Dieser Arzt war zugleich auch ein Priester, und man war auf die «numinosen Kräfte» des priesterlichen Menschen angewiesen, um von den feindlichen, pathogenen Einflüssen und den verderblichen Geistern befreit zu werden und zur Integrität des individuellen und zur Ganzheit des kollektiven Lebens zurückzukehren.

In Epidaurus trat das Ärztliche zurück zugunsten der religiösen Zeremonien, die dem Heilgott Asklepios und seinem göttlichen Vater Apollo gewidmet waren. Der Kranke empfing bei der «Inkubation», im unterirdischen Abaton, die heilverkündenden Träume. In Kos hatte sich, im Gegensatz dazu, der Kult des Heilgottes ganz anders entwickelt. Hier war der Asklepiosorden entstanden, dessen Mitglieder sich für direkte Abkömmlinge des Asklepios hielten. Ärztliche Erfahrungen wurden unter günstigen Umständen gesammelt und systematisch entwickelt. Der Arzt, sein Denken und Wirken standen hier ganz im Vordergrund und nicht die religiöse Beziehung. Der bedeutendste unter ihnen war Hippokrates, dem die Griechen ein vollkommen neues «Bild des Arztes» verdanken, das die Einstellung bis zum heutigen Tag bestimmt. (Man denke unter anderem an seinen Eid.) Hippokrates hatte sich auf den Boden der empirischen Ursachen gestellt und sich entschieden der empirisch-wissenschaftlichen Komponente zugewandt, womit er der Medizin einen schöpferischen Impuls verlieh, allerdings unter Verzicht auf die beiden anderen Komponenten. Auf diesem Wege hat die Medizin eine Kenntnis der Natur-

vorgänge beim Kranksein gewonnen, aber zugleich das Verhältnis zum Heilgott Asklepios aufgegeben¹.

Mit dem Aufkommen der Psychoanalyse anfangs des 20. Jahrhunderts hat eine neue Orientierung der medizinischen Forschung eingesetzt. FREUD hat mit seiner Traumanalyse als *via regia* ins Unbewußte gezeigt, daß es gilt, in die Tiefe hinabzusteigen, um die gebannten seelischen Kräfte freizubekommen (*flectere si nequeo superos, acharonta movebo*). Er hat hauptsächlich das unterirdische Gebiet des persönlichen Unbewußten erforscht und sich allerdings im wesentlichen auf das lebensgeschichtliche Material beschränkt. JUNG ist ihm gefolgt, in weitere Tiefen eingedrungen, ins Kollektivunbewußte, ins Reich der unpersönlichen und überpersönlichen Urbilder, womit Neues und Entscheidendes für die Psychotherapie geschehen ist. Zu diesen Urbildern gehört dasjenige des *Heilbringers*, das uns schon aus der Mythologie vertraut ist und uns jetzt näher beschäftigen wird.

Der Mythos ist die erste Stufe der Bewußtwerdung des menschlichen Geistes, der sich in Bildern und Symbolen ausdrückt. Der Heilbringer stellt eine halb menschliche, halb göttliche Figur dar. Er symbolisiert mehr als nur den organischen Vorgang der Erhaltung und Regeneration, der «Heilung in der Natur», denn es haftet ihm auch etwas Persönliches an. Eine Grundeigenschaft des Lebens, sich zu erhalten und zu erneuern, verkörpert sich im Mythos in einer Gestalt, derjenigen des Heilbringers. Asklepios steht am Anfang unserer wissenschaftlichen Medizin, wenn er auch im Bewußtsein des modernen Menschen die Bedeutung eines Heilgottes oder Schutzpatrons eingebüßt hat. Doch beginnt man wieder zu verstehen, daß er als eine Dominante des Kollektivunbewußten zu allen Zeiten, unter bestimmten Umständen, *reaktiviert* wird und eine wirkliche *Funktion* ausübt.

Dies Urbild dürfte für unser Problem von zentraler Bedeutung sein. Es verhält sich nämlich so, als ob in der *Notlage beim Kranken* das Heilbringerbild in der Tiefe seiner Seele *aktualisiert* wird und auf eine geeignete *Arztperson projiziert* wird. Der Arzt erscheint dann dem Kranken als Gestalt des «*Helfers und Retters*», den er mit seinen Augen sehen, mit seinen Ohren hören, mit seinen Händen fassen kann. Für den Patienten trägt der Arzt zeitweise an sich den Widerschein des Heilbringers. Beim Hilferuf handelt es sich nicht um den einfachen Ausdruck des persönlichen Vertrauens, wie es im Laufe des früheren Le-

¹ Bekanntlich hat Hippokrates eine Ausnahme für den *Morbus sacer* gemacht – der mehr oder weniger genau unseren Psychoneurosen entsprach – und dieses Leiden weiter den Priestern überlassen.

bens im Umgang mit den Eltern, Erziehern, Freunden ... erworben worden ist, sondern um ein «überpersönliches» Vertrauen, um ein Glauben und Hoffen irrationaler Art, das durch die existentielle Not geweckt wird (Hölderlins «Wo Gefahr, wächst das Rettende auch»). Das Bitten um Hilfe ist also mit einer Erwartung und Empfänglichkeit für sie verknüpft, ein Geschehen, das in der geistigen Struktur des Menschen verwurzelt ist. Im Grunde genommen hat, zu allen Zeiten und bis zum heutigen Tag, das Wirken des Arztes etwas vom Geheimnis des *Numinosum* an sich.

Diese Projektion des unbewußten Urbildes oder Archetyps des Heilbringers auf den Arzt ist eine Sache für sich, die nicht mit der Übertragung früherer infantiler Bezugspersonen des Kranken auf den Analytiker zu verwechseln ist. Letztere hängt mit den persönlichen Erlebnissen des Neuroikers zusammen und umfaßt nur lebensgeschichtliches Material. Erstere dagegen ist eine *archetypische Projektion* von überpersönlichem und allgemeinem Charakter, die spezifisch mit dem Heilungsvorgang verknüpft ist (anagogische Übertragung – neben der kathartischen Übertragung). Der Heilbringer ist eben das Symbol der Erhaltung und Reintegrierung der Ganzheit und verkörpert es in persönlicher Gestalt.

Der *Ruf des Kranken aus existentieller Not erweckt beim Arzt* einen entsprechenden *elementaren Drang nach Beistandsleistung*, was allerdings nur unter der Voraussetzung seines ganzheitlichen Einsatzes gelingt. Der *Suchende und der Antwortende* sind aufeinander abgestimmt. Solches Geschehen hat an sich etwas «Religiöses»: *Verehrung* auf der einen Seite, *Hingabe* auf der andern. Die Ausübung des Berufes bekommt unter solchen Umständen wieder etwas vom Charakter der *Berufung*, die zum Priesterarzt selbstverständlich gehörte. Derart wirkt sich die Reaktivierung des Archetyps des Heilbringers bei den beiden Partnern der Heilhandlung aus.

Dies bedeutet die Wiederaufnahme der religiösen Komponente der Arzttätigkeit, aber es geschieht natürlich in einer zeitgemäßen Form. Aus der dramatischen Heilhandlung des Medizinmannes, aus dem geheimnisvollen Asklepioskult bei der Inkubation ist, im Zeitalter der Tiefenpsychotherapie, ein Dialog zwischen Arzt und Patient im nüchternen, aber doch persönlichen Rahmen des Sprechzimmers geworden.

FREUD hatte zwar schon auf einen gewissen Aspekt der kindlichen Einstellung zum Vater aufmerksam gemacht, der ihr einen «Allmachtcharakter» verleihen kann, und W. KEMPER fügt hinzu, «daß es sich

darin äußert, daß dem Analytiker, aller logischen Kritik zum Trotz, fast göttliche Fähigkeit und Allmacht, Allwissenheit zuerkannt werden». Die Psychoanalyse ist aber diesem Phänomen nicht gerecht geworden, indem sie es als bloßen Infantilismus entwertet hat. Die verarmende Reduktion: nichts als ..., als ob es keine andere Autorität als den persönlichen Vater gäbe. In Wirklichkeit zeigt es sich, daß im Verhältnis Patient/Arzt (wie gelegentlich auch Kleinkind/Vater) ein religiöses Element mitschwingt, wozu die Tendenz zur Idealisierung des Arztes gehört, die mit der Verehrung der Vorbilder, der Helden, der Heiligen zusammenhängt und ein *Suchen nach der Verbindung mit der Transzendenz, mit dem Überpersönlichen, mit Gott* ausdrückt.

Wir erkennen jetzt, daß dies durch die archetypische Projektion des Heilbringers induziert wird. Nur wenn das naturwissenschaftliche Denken den Arzt allein bestimmt, kommt es zur Verkennung solcher Tatsachen. Die zwischenmenschliche Beziehung läßt sich nicht naturwissenschaftlich feststellen. Diese Einsicht ließ einmal C. VON MONAKOW das Wort prägen: «Nun wandelt vielleicht Gott auch den Wissenschaftlern entgegen.» Das Urbild des Heilbringers induziert die schöpferischen Impulse der Gründer und Förderer unserer medizinischen Wissenschaft und Kunst. Diese Inspiration wiederholt sich in linderer Form im Laufe schwieriger Behandlungen, in denen etwas durch den Geist der Tiefe geschieht. Es kommt darauf an, daß der Mensch von heute aufmerksam und empfänglich dafür wird¹.

II. KASUISTISCHER BEITRAG

Zur Illustrierung des noch wenig vertrauten Themas des *Urbildes des Heilbringers* teilen wir das Bruchstück einer diesbezüglichen Traumanalyse mit. Die Träumerin ist eine junge, verheiratete Frau, die sich seit zehn Monaten in Analyse befindet.

«Ich bin auf dem X-Platz (wenige Schritte von der Wohnung des Analytikers), dann (ohne Übergang) bin ich in Tibet als Gast eines *Tibetaners*. Mit ihm und seinen Verwandten esse ich eine dicke Erbsensuppe. Wir hocken alle auf dem Boden. Er fragt mich, wie es mir schmeckt. Ich beeile mich, es zu bejahen und zu rühmen. Zwischen ihm und mir ist etwas Vertrautes ... er ist mir eine Art Meister und Freund.

¹ Siche MAEDER: *Sendung und Aufgabe des Arztes* (Rascher, Zürich 1952) und *Die zwischenmenschliche Beziehung in der Psychotherapie* (Acta Psychotherapeutica, Karger, Basel, Bd. 3, H. 1-2 [1955]).

Er beginnt zu erzählen, wie es überall, jetzt, Essenszeit ist ... die Erntearbeiter essen ihren Reis ... Es ist eine geweihte Stunde, ein rituelles Mahl ...

... Ich wasche mir Gesicht und Arme mit frischem Wasser ... sehr wohltuend ... es macht mich direkt glücklich ... eine Art Zeremonie ... später fühle ich mich wie begeistert, wie inspiriert, und ich *lobe ihre Sitten als etwas Edles ...*»

Dieser Traum machte Madeleine einen tiefen Eindruck: ... es war ein wirkliches Erlebnis ... Ohne Übergang kommt sie von der Straße, an der ihr Arzt wohnt, zum Tibetaner. Sie fühlt, irgendeine Beziehung zwischen den beiden muß vorhanden sein. Der priesterlich-exotische Charakter dieses Menschen berührt sie zutiefst. Seit Jahren steckt sie in einem schweren Konflikt mit Familie und Kirche wegen ihrer Heirat; und sie lehnt alle Zeremonien und die Geistlichkeit heftig ab ... und doch hat dieser Tibetaner einen priesterlichen Charakter. Dieses gemeinsame Mahl hat etwas von der «Agape» ... Eine Kommunion nicht nur mit den Anwesenden, sondern mit allen andern, draußen. Die extreme Individualistin wird von einem Strom der Begeisterung erfaßt und fühlt sich glücklich unter diesen Fremden. Der Erbsenbrei ist für Fleisch und Geist eine reiche Nahrung ...

Man weiß, welche tiefe Bedeutung die Menschen aus der Vorzeit der Nahrung gegeben haben, sie war ihnen eine Gabe der Götter ... Madeleine sucht unbewußt auf einem ganz neuen Weg Beziehung zum Religiösen. Der Traum zaubert uralte Riten hervor, von denen ihr Bewußtsein nichts weiß. Solchen Gestalten wie dem Tibetaner begegnet man in Träumen nicht selten; fremdartige Wesen mit mongolischen Zügen, die die andere, die östliche Hälfte der Welt vertreten. Die Tibetaner sind uns vor allem Lamas, Magier ... Madeleine deutet jetzt an, sie habe im Laufe der langen inneren Reise, die eine solche Kur darstellt, gelernt, sich einem Führer anzuvertrauen, trotzdem sie sonst scheu und betont selbständig gewesen war.

Nun kommt der Ritus der Waschung von Gesicht und Armen, dessen Wirkung noch innerlich befreiender als körperlich erfrischend für sie war. Es handelt sich um eine «Reinigung» des Gesichtes, das das Begehren ausdrückt und verrät, der Arme, die umfassen und Besitz ergreifen ... Madeleine reinigt sich von ihren sinnlichen Wünschen, die ihr ein Hindernis sind, um vom Meister geführt zu werden ... Sie gehorcht und nimmt die Führung an. Der Verzicht erfüllt sie mit großer Freude¹.

¹ Der vollständige Text des Traumes und seiner Analyse findet sich in «La Personne du Médecin, un agent psychothérapeutique» (Delachaux & Niestlé, Neuchâtel), S. 126-134.

Madeleine blieb lange unter dem Einfluß dieses großen Traumes: «Es ist, als ob ich jetzt auf einer ganz neuen Ebene leben würde. Früher hatte sich alles um meine Person gedreht ... und jetzt ist auch Platz für die andern da. Jeder hat in sich seinen Grund zu leben», sagt sie. Ein innerer Streit zwischen dem alten Narzißmus und Egoismus und diesem neuen Bedürfnis, sich unterzuordnen und seinen Platz unter den andern einzunehmen, fand eine Zeitlang in ihr statt. Sie hatte zuerst gefürchtet, die mühsam erreichte Freiheit zu verlieren, wenn sie sich an die Gemeinschaft anschließe. Aber die Entscheidung war gefallen. Es zeigte sich auch darin, daß sie die Bindung an den Analytiker weitgehend losgeworden war und einen Anschluß an die ihrigen wieder fand.

Nicht nur bewertet sie ihr Leben ganz anders als früher, sondern sie sucht ein neues Verhältnis zum Religiösen. Von selbst hat sie angefangen, die Bibel eifrig und mit großem Gewinn für ihr persönliches Leben zu studieren. Sie kann, nach Jahren der Skepsis, wieder beten.

Es kommt hier darauf an, dieses Bild des Heilbringers und seine Einwirkung auf diese Patientin im Laufe des analytisch-synthetischen Prozesses zu veranschaulichen. Der «Tibetaner» dürfte mit diesem Urbild zusammenhängen. Konstelliert wurde es in einer Zeit, in welcher eine Richtungsänderung im Seelenleben der Betreffenden angezeigt war, nachdem die lebensgeschichtlichen Übertragungen analysiert und korrigiert worden waren. Hinter der Gestalt des Arztes erscheint die des Heilbringers, die sozusagen die Nachfolge des Analytikers übernimmt und für die kommende seelische Entwicklung inspirierend wird. Ein Psychoanalytiker wird hier wahrscheinlich bloß von einer Sublimierung der Übertragung auf den Arzt sprechen. In Wirklichkeit tritt an Stelle des Arztbildes ein Bild ganz anderer, fremder Art und Beschaffenheit, eine heidnisch-priesterliche Gestalt, die zur Reintegrierung in die Sozietät auffordert und Reinigungsriten einführt, die letztere ermöglichen sollen. Man hat es hier nicht mehr mit einer konkreten Menschengestalt zu tun, sondern mit einem «Symbol» im tiefen Sinn des Wortes. Was wichtig ist, ist nicht der Preis des Verzichtes auf die Übertragung, sondern der Gewinn eines neuen Lebensgefühles, einer neuen Verbundenheit mit den Mitmenschen und mit der transzendenten Welt. Diese Umwandlung hat sich natürlich im Alltag im Sinne einer neuen Selbständigkeit, freien Verbundenheit dem Arzt gegenüber und einer neuen Zentrierung in ihr selbst ausgewirkt. Eine schwere Prüfung gab ihr bald Gelegenheit, sich im realen Leben

zu bewahren. Mit dem Eingreifen des Urbildes in ihr Leben hat eine Korrektur der gefährlichen Einseitigkeit ihrer bisherigen Einstellung (Folge des Familien- und Kirchenkonfliktes) eingesetzt und eine neue fruchtbare Orientierung begonnen. Ein kollektivpsychischer Faktor aus dem tiefsten Unbewußten korrigiert und bereichert die individualistische Haltung des Bewußtseins.

III. ARZT UND PATIENT

Das Induktionsphänomen, das vom aktivierten Archetyp des Heilbringers auf Arzt und Patient wirkt, liefert uns den unbewußten Beitrag zum Verhältnis der beiden zueinander. Wir wissen schon, daß die Begegnung der zwei Partner eine gegenseitige Beziehung und Gemeinschaft ist, die sich dialogisch ausdrückt – ein Phänomen anderer Ordnung, das die beiden als Menschen konfrontiert. «Die Sprache als Merkmal des menschlichen Miteinanderseins spielt die führende Rolle.» Die Philosophen M. BUBER, FR. EBNER und K. JASPER haben dafür den Ausdruck «existentielle Kommunikation» geprägt. L. BINSWANGER, H. TRÜB und A. MAEDER haben diese wesentliche Anregung seinerzeit (es war in den zwanziger Jahren) aufgegriffen¹. L. BINSWANGER heißt sie einen besonderen Fall des «Miteinander- und Füreinanderdaseins».

Die Not des Kranken gebiert einen Notschrei, einen Hilferuf (ausgesprochener- oder unausgesprochenerweise). Trotz aller Entmutigung bleibt beim negativsten Patienten ein Drang, sich auf einen Helfer zu stützen, sich einer Autorität unterzuordnen, ein Bedürfnis nach Vertrauen, so sehr sich dies hinter im Laufe der Entwicklung gebildeten Widerständen, hinter Ablenkungs- und Selbstbehauptungsmanövern verstecken mag. Die Überwindung dieser Hindernisse bleibt eine typische Aufgabe der analytischen Aufklärung.

Und nun die *Antwort des Arztes auf den Hilferuf*. Zunächst muß eine Bereitschaft zur Hilfeleistung da sein, die er nicht an der Hochschule lernen kann, Ausdruck einer inneren Haltung und Gesinnung, die ihren Ausgangspunkt in einer Anlage und Begabung haben dürften, durch Vorbilder und durch die eigene Lebensführung aber gestärkt werden müssen. Richtig herausgefordert werden sie aber durch die ärztliche Situation selbst, durch das Miteinandersein und Füreinanderdasein.

¹ Hier besteht ein wichtiger Anknüpfungspunkt mit L. SZONDIS Dualpartizipation.

Wenn wir diese Haltung und Gesinnung konkret ausdrücken wollen, nennen wir sie am besten: *Liebe*. Ein ominöses, weil viel mißbrauchtes und mißverständenes Wort. Die Psychoanalyse mit ihrer Tendenz zur monistischen Reduktion der psychischen Vorgänge auf Triebäußerungen hat das Wertvolle, was sie gerade in dieser Sache hervorgebracht hat, wieder gefährdet. Liebe ist nicht nur eine biologische oder soziologische Kategorie, sondern auch eine *religiöse*. Die Quelle der «Nächstenliebe» befindet sich nicht in Gefühls- und Triebregungen des Menschen, sie ist eine Gabe transzendenten Ursprunges, Folge und Geschenk des Glaubens. Sie schafft nicht nur eine persönliche Verbindung zwischen den beiden Partnern, sondern ebenfalls eine «überpersönliche». Der vom Zusammenhang abgeschnittene Kranke soll wieder in tragende Verbindung mit der Sozietät, dem Kosmos und Gott gebracht – reintegriert werden.

Die Liebe ist die Vereinsamung und Ungeborgtheit überwindende, Einheit schaffende Kraft. Das meinte schon Paracelsus, wenn er schrieb: «Die Arzneykunst wurzelt im Herzen.» Wie die Mutter das bedürftige Kind liebend umsorgt, so weckt die Not des irreführten und vertriebenen Kranken beim Arzt den Drang zu helfen. Die Liebe äußert sich durch die Anteilnahme und das aktive Mitwirken im Befreiungskampf. Die Nächstenliebe will nicht binden, sondern der Verbindung des Befreiten mit seiner Umgebung dienen. Die Verantwortung des Arztes vor der Sozietät und vor Gott tut not, um Dominationsregungen, erotische Anziehung in den Schranken zu halten. Eine Stelle von Tao te King (Kap. 27) gibt wunderbare Auskunft über die Zusammengehörigkeit der beiden Partner: «... Daher der heilige Mensch ist immer ein guter Helfer der Menschen, darum verläßt er keinen Menschen ... Darum ist der gute Mensch des nicht guten Menschen *Erzieher*, der nicht gute Mensch des guten Menschen *Schatz*. Nicht ehren seinen Erzieher, nicht lieben seinen Schatz, ist bei aller Klugheit große Verblendung.» Ein wahrhaft neuer Aspekt der sogenannten Übertragungsaufgabe auf der überpersönlichen Ebene.

Neben der Liebe muß noch die *innere Autorität* angeführt werden, die durch die Person des Arztes auf den Kranken zu wirken hat. Wir sagen *Person* und nicht *Persönlichkeit*, denn letztere hat es nur mit dem betreffenden Menschen, seinen Eigenschaften, z. B. mit seinem Wissen und Können, mit seiner Reifung zu tun. Dies wäre nur das, was man äußere Autorität nennen könnte, die mit etwas Gewichtigem verknüpft wird und mit äußerer Gebärde einhergeht und sofort Widerstand hervorruft.

Die Person drückt also keine besondere Struktur noch Eigenschaften des menschlichen Subjektes aus. Sie *existiert insofern, als sie Beziehung ist*. SEIFFERT formuliert es folgendermaßen: «Der Mensch ist Person, insofern er spreche und zu ihm und mit ihm gesprochen werden kann.»

Das Wort, welches das Personsein gründet, bezieht sich auf das Gotteswort, auf den Anruf zur Umkehr in unserem persönlichen Leben, sei es durch Krankheit, eine sonstige Krise oder durch eine schicksalhafte Begegnung mit einem Mitmenschen.

Letztlich sind der Kranke und der Arzt, beide, die Angesprochenen, der erstere durch sein Leiden (Paracelsus nannte es *flagellum*, die Geißel), aber auch durch den Helferwillen des Arztes, und der zweite durch die Klage des geprüften Patienten, aber ebenso unmittelbar durch den inneren Auftrag selbst. Im Grunde ist der Unterschied zwischen beiden nicht so groß, wie es zunächst aussieht. Beide sind eigentlich Hilfsbedürftige, beide Kreaturen. Ein jeder muß lernen, in seiner Art auf den Ruf zu antworten: der Arzt durch die Ausführung seines Auftrages, der Patient durch seine Aufnahmebereitschaft und seinen Willen, mitzugehen. Von Angesicht zu Angesicht stehen sich in der ärztlichen Situation zwei Personen gegenüber, ein jeder durch Vermittlung des andern vom gemeinsamen unsichtbaren *Dritten*, vom *göttlichen Du* angesprochen, zum Heil aufgefordert. Durch das «göttliche Dritte» wird der andere zum *menschlichen Du*, zum *Nächsten*.

Die Person ist also zugleich auf den Mitmenschen und auf die überpersönliche Instanz (das göttliche Du) bezogen, womit die Berufung, der Auftrag, das Amt und so die «*innere Autorität*» gegründet wird. Wir sagten schon, daß zur wahren Medizin von jeher ein *Numinosum* gehört. Von der inneren Autorität geht eine sanfte Macht aus, um dem Ratlosen zur Einordnung zu verhelfen, falls er selbst innerlich dazu ja sagt.

Es war schon früher vom maximalen Einsatz des Arztes und von seiner Wirkung die Rede; von einer Gefahr, die ihn begleitet, muß aber auch gesprochen werden, nämlich von der *Hybris* mit ihren Folgen. Diese ernsthafte Störung droht nicht nur von innen, sondern auch von außen, seitens des Kranken, der vom Einsatz des Arztes beeindruckt ist und ihn falsch deutet. Unerläßlich als Gegengewicht und Schutz dürfte für den Helfenden nur seine Bindung an die Transzendenz sein, die Verantwortung der göttlichen Instanz gegenüber. In dieser Abhängigkeit werden ihm jeweils die Liebe und innere Autorität verliehen – nicht ein für allemal, sondern immer wieder neu für jeden Tag, für jede Aufgabe. Solche Gaben des Glaubens können weder erworben noch Besitz der Persönlichkeit werden. Bemerken

wir noch, daß das Bedürfnis des Kranken nach Geborgenheit, Stützung und nach Einordnung der Liebe und innern Autorität des Helfers genau entsprechen.

V. v. WEIZSÄCKER erklärt: «Die Psychoanalyse hat das Subjektive in die Psychopathologie eingeführt.» Man kann einen Schritt weitergehen und sagen: die wissenschaftliche Theorie und die Methode machen nicht allein die Psychotherapie aus. Der Patient wendet sich in seiner Not nicht an die Wissenschaft, sondern an einen Mitmenschen. Die Person des Arztes selbst ist ein *autonomer psychotherapeutischer Agent*. Somit ist die Frage nach der Einstellung des Arztes zum Leben, zur Arbeit, somit die Betonung der beiden kardinalen Tugenden des Psychotherapeuten berechtigt. Also gehört die Arzt-Person selbst in die Psychotherapie.

Für den gläubigen Menschen bedeuten Gebet, Meditation der Bibel und der persönliche Austausch mit Gleichgesinnten Erhellung, Befreiung und Stärkung für sein Leben. Die persönliche Beziehung zu Gott wird durch diese *Übungen* täglich erhalten, respektive neu wiederhergestellt. Dies geistliche Leben befruchtet alle leibliche, seelische und geistige Tätigkeit; dementsprechend konstellierte es auch das ärztliche Handeln, auch da, wo aus sachlichen oder taktischen Gründen religiöse Themen in gewissen Behandlungen nicht direkt besprochen werden, oder nur zuletzt auf Anfrage des Analysanden selbst. Es soll nichts auferlegt, sondern nur «aufgedeckt» werden (nicht *via di porre*, aber *via di levare*).

Wir wissen jetzt, daß der Glaube eine zentrale Angelegenheit des Menschen ist, aber die Psychotherapie hat uns gelehrt, daß er verdrängt und durch persönliche und kollektive Konflikte entstellt sein kann. Nichtsdestoweniger beunruhigt er die Seele und versucht, seinen Ausdruck zu finden. Es ist klar, daß der religiöse Arzt anders ausgerüstet ist, um dem Patienten zu dieser Entdeckung und Entwicklung wirksam zu verhelfen.

IV. WISSENSCHAFT UND GLAUBEN

Es war unbestritten ein großes Verdienst FREUDS, durch seine Entdeckungen die falsche Sicherheit und die Heuchelei des bürgerlichen Menschen gegen das Ende der viktorianischen Epoche zu erschüttern und ihm den Weg zur Aufrichtigkeit zu sich selbst, besonders in Hinsicht auf das Trieb- und Gefühlsleben zu zeigen. Die Auseinander-

setzung mit dem Unbewußten war eine heilsame Reaktion gegen den abstrakten und starren Intellektualismus der Zeit und gab der Forschung in vielen Gebieten schöpferische Impulse.

Die heutige Zeit hat andere Nöte und Aufgaben. Gewiß hat sich das Verhältnis des modernen Menschen zur Aggressivität und Sexualität stark geändert (und zwar nicht nur in den jungen Generationen). Aber diese gewonnene Freiheit genügt nicht, weil sie noch nicht mit einer entsprechenden Verantwortung für diese Naturkräfte gepaart ist. Die zwei Weltkriege und die anschließende sozialpolitische Revolution haben eine große Unordnung und Ratlosigkeit zur Folge gehabt und eine zermürbende, fürchtbare Angst auf der ganzen Welt ausgelöst. Die wahre Ehrfurcht ist selten geworden, ein Zeichen weitgehender Desintegration. Nur der religiöse Glaube könnte helfen. Gewiß sind viele von uns nicht mit Blindheit und Haß gegen die Religion geschlagen, wie es FREUD sein ganzes Leben lang war. Wir scheinen aber noch nicht zu merken, daß es die «existentielle Frage» ist. Die Gefahr steckt nicht nur in der organisierten Gottlosenbewegung, sondern ebensosehr in der Indifferenz oder in einer gewissen inneren Entfremdung bei den meisten Menschen. Die Vereinsamung und die Angst können nur durch einen lebendigen Glauben überwunden werden. Kann die Wissenschaft noch wie vor 50 Jahren als Religionersatz verehrt werden? Dürfen die Anhänger der geistigen Führer der psychotherapeutischen Schulen an ihrer exklusiven, blindmachenden Bindung festhalten und nicht nur die Integration der Tiefenpsychotherapie verhindern, sondern ihre eigene geistige Reifung hemmen? Jede Idölbildung vergiftet die religiöse Entwicklung. Nur die entschiedene Hingabe, der ganze Einsatz in Demut können den Menschen zum lebendigen Glauben führen.

Aber das heutige Weltbild ist nicht nur finster – es sind auch viele einzelne Lichtpunkte vorhanden. Tatsache ist, daß ein *neues Bild des Menschen* im Entstehen begriffen ist, das das Bedürfnis nach Erlösung, die Verankerung im Urgrund, die Ehrfurcht vor Gott umfaßt. Wir haben gesehen, welche Bedeutung das neu verstandene Verhältnis Arzt/Patient für die Psychotherapie, fügen wir noch hinzu für die Medizin überhaupt, bekommt. Streben nach einer «humanen» Medizin, nach humanen Beziehungen zwischen Menschen überhaupt, ist die neue Parole. Echte Liebe, nicht nur Erotik! Die Fragen nach dem *Sinn der Krankheit*, die keine medizinische, sondern eine religiöse Angelegenheit ist, und nach dem Sinn des Lebens stellen sich von neuem dem heutigen Menschen.

Mit Recht will man Wissenschaft und Glauben auseinanderhalten, aber man soll klar zwischen medizinischer Wissenschaft und ärztlicher Tätigkeit unterscheiden. Erstere ist Sache des Verstandes, letztere aber des ganzen Menschen, wozu Gesinnung und Glauben gehören. Wir haben wieder gelernt, daß Wissen und Glauben im Menschen neben- und miteinander wirken können und sollen. Jahrzehntlang haben die meisten Wissenschaftler von Weltanschauung nichts wissen wollen. Sie verachteten eigentlich die Lebensphilosophie, und sie meinten reine Wissenschaft zu treiben. Die Tiefenpsychologie hat uns Einblicke in die verheerende Wirkung unbewußter (also ganz unentwickelter) Weltanschauungen vermittelt: ein Knäuel von Ressentiments und Haß, negativer Kritik, die die Resultate der Forschung verfälschen und die Weite des geistigen Horizontes, die Orientierung im geistigen Raum bedenklich stören. Ein neuer Typus von Gelehrten ist im Werden begriffen, die versuchen, den Belangen der Philosophie, des Glaubens und der Wissenschaft besser gerecht zu werden. Vielfach Menschen, die früher (in ihrer Jugend) dem Freidenkertum gehuldigt und vom Leben aber anderes gelernt haben – Menschen, die eine *Wendung* erfahren haben. Mit einem Satz möchte ich schließen, den L. SZONDI in diesem Kreis vor einiger Zeit ausgesprochen hat und dem eine gewisse programmatische Bedeutung zukommt. Er hieß: «Eigentlich sollte man den Patienten in Behandlung behalten, bis er beten kann.»

V. NACHTRAG:

ANTWORT AUF DIE GRUNDFRAGEN

WIE GEHEILT? DIE TECHNIK

Verhalten des Psychotherapeuten und Atmosphäre des Sprechzimmers. Ein natürlich-freies, freundliches Entgegenkommen (*attitude accueillante*), nicht als beruflich konventionelle Persona, sondern Ausdruck echter Gesinnung als Gefährte und *Mentor* auf der gemeinsamen Reise, die eine solche Kur bedeutet. Sie beginnt mit einer freien, ausgiebigen und fortgesetzten *Aussprache* des Patienten über seine Leiden und Klagen und wird von selbst zu einem *Dialog* durch die vom Arzt gestellten Fragen oder durch die Beantwortung der vom Kranken gestellten Fragen. Die *Aussprache* wird zum *Austausch* zwischen den beiden Gesprächspartnern. *Analytische Sondierungen*, Aufdeckungen bis zur ausgedehnten Analyse (wenn nötig) werden eingeschaltet, wozu *Traum-*

deutung mit freien Assoziationen (Einfällen), mit besonderer Berücksichtigung des *Prospektiven* und *Progressiven*, der *Lösungsversuche* des Konfliktes, gehört.

Neben dem analytischen «Angriffspunkt» des Konfliktes (bis zu den unbewußten Wurzeln) ist wesentlich der *Ansatzpunkt*, d. h. der *Anruf der Person des Patienten durch die Person des Arztes*, womit der «persönliche Kontakt» zwischen den Partnern der Heilhandlung gefördert wird. Dazu gehört das Vertrauen des Therapeuten, daß hinter der Verzerrung der Psychoneurose das wahre Bild des Menschen ruht, das der Erweckung durch den Appell bedarf. Kein Schema wie «zuerst analytisch, dann synthetisch vorgehen» hat Geltung. Der Arzt läßt sich durch das geförderte Material und die spontan erfolgenden Zeichen des Ablaufes des Prozesses leiten wie durch aufkommende Intuitionen – das Leben in seiner Einmaligkeit höher schätzen als Methode und Theorie.

Der Arzt ist nicht nur der Empfänger unbewußter Projektionen (sog. Übertragungen) des Patienten, die analytisch zu verarbeiten sind, denn die Vergangenheit ist nicht allein maßgebend, auch da nicht, wo sie sich als schwerwiegende Last auswirkt. Der Arzt ist ebenso sehr der Mentor, der anregt und stützt, der die Lebensaufgaben hinter den Schwierigkeiten und Konflikten aufspürt, wodurch Gegenwart und Zukunft des leidenden und ringenden Menschen konstellierte werden. Nicht nur, was der Arzt weiß und vermittelt, sondern auch das, was er im Lebenskampf gelernt hat – also was er selbst ist –, wirkt mit, und in dieser Behandlungszeit sucht der Kranke die «new patterns of behaviour» (wie FRENCH und ALEXANDER es ausgedrückt haben), er wählt selbst das, was seine Entfaltung fördert.

Die *Psychagogik* ist eine Erziehungskunst sui generis. Es wird kein Schema dem Zögling von außen auferlegt, auch keine Missionierung ausgeübt. Die wahre *Führung ist innerlich*, im Kranken selbst am Werk, eine *richtunggebende Selbststeuerung*, eine spezifische Art der Selbsttätigkeit – sie wird noch *verdeutlicht und unterstützt* durch den behutsam vorgehenden Psychotherapeuten. So wird die «aktive Arztfunktion» aufgefaßt. Es handelt sich also um eine *Koordination der counselling und der non-directive Psychotherapy*, wie sich die Amerikaner ausdrücken, aber mit dem Unterschied, daß wir nicht ein Entweder-Oder, sondern ein Sowohl-als-Auch darin erblicken.

WOHIN FÜHREN?
DIE PSYCHOTHERAPEUTISCHE ZIELSETZUNG

Mit der auf analytischem Wege erstrebten Loslösung und Befreiung von den infantilen Fixierungen, von der neurotischen Abhängigkeit von der Vergangenheit gehen einher die *Selbstfindung* und die *Gewinnung* einer freien Verbindung, einer neuen *Beziehung zum Mitmenschen*. Die übertragungsfrei gewordene lebendige Beziehung des Patienten zum Arzt dient als Übergang, als Vermittlung zu diesem Ziel.

Das Verhältnis zu sich selbst und zum Nächsten leitet die *Reintegration in die Sozietät* mit ihren sich erweiternden Kreisen: Familie, Arbeitsgemeinschaft, Vereinen, Kirche, Staat, Armee ... ein.

Neben dem Suchen nach *persönlichen* «*Vorbildern*» zur Entfaltung der Persönlichkeit unterscheiden wir den Drang, *ideale* Gestalten, wie den Führer, den Helden, den Heiligen – die alle etwas «Überpersönliches» an sich haben – zu *verehren*, sich mit ihnen vorübergehend zu identifizieren, um nach *Vervollkommnung*, nach Vollkommenheit zu streben. Es tut not, diese edle Begeisterung mit der sentimentalen Schwärmerei nicht zu verwechseln, denn sie gehört zur Sehnsucht nach dem *Absoluten*, zur Suche nach der *Transzendenz*, nach dem Glauben an Gott. In «*Wilhelm Meisters Wanderjahren*» (2. Buch, 4. Kap.) sagt Goethe: «... das Zeugnis, daß ein Gott da droben sei, der sich in Eltern, Lehrern, Vorgesetzten abbildet und offenbart.» Hiemit formuliert er in moderner Sprache, was Dante in der *Divina Comedia* so ausdrückt: «Gott will sich in jedem spiegeln, in so vielfacher Weise also aufgefaßt werden, als er Wesen schuf.» Schon C. VON MONAKOW vervollständigte die Liste der Instinkte und nahm das Vorhandensein eines «religiösen Instinktes» an, der die Verbindung des Menschen mit dem All und mit Gott erstrebt («die biologische Wurzel der Religion»).

Ein MAX SCHELER, der wie kaum ein zweiter das Gesamtwissen und Denken seiner Zeit aufgenommen und verarbeitet hat, stand noch nach seinem Bruch mit Kirche und christlichem Glauben zu folgenden Formulierungen (nicht wörtlich zitiert): Mit dem Erscheinen des Menschen auf dem Planeten ist etwas ganz Neues eingetreten. Er hat durch seinen Geist die Natur vergegenständlicht (auch seine eigene psychophysische Natur), er hat sie zum Gegenstand seiner Erkenntnis und Herrschaft gemacht. Er ist nicht mehr wie Pflanze und Tier ein Teil der Welt, der von ihr umschlossen wird. Hiermit ist er welt-exzentrisch geworden. So hat er *Welt- und Selbstbewußtsein* gewonnen. Aber die Entfremdung von der Natur und seine Isolierung haben ihn

getrieben, eine *Verankerung* außerhalb der Welt zu suchen. Die Verwunderung, der Erkenntnisdrang brachten ihn dazu, das *Absolute* zu erfassen und sich in es einzugliedern (Ursprung der Metaphysik). Der unbezwingliche Drang nach *Bergung* führt zur Entstehung der *Religionen*, denn der Mensch braucht *Schutz und Hilfe*. Nicht die persönliche Auffassung des deutschen Philosophen über die Entstehung der Religionen beschäftigt uns, sondern die Ansätze zu einer «philosophischen Anthropologie», die die Einseitigkeit des biologischen, psychologischen und soziologischen Standpunktes überwunden hat und die Beziehung des Menschen zu Weltall und Gott als zu seinem Wesen gehörig betrachtet.

VII. DISKUSSION ÜBER DIE HEILWEGE IN DER TIEFENPSYCHOLOGIE

VON ULRICH MOSER, ZÜRICH

I. THERAPEUTISCHE METHODIK UND GEISTIGE GRUNDHALTUNG

L. SZONDI hat in seinem einleitenden Referat diesem Vortragszyklus das Ziel einer «einheitlichen Tiefenpsychologie auf Grund der Komplementierung»¹ gesetzt. Er will aus den einzelnen therapeutischen Richtungen jenes Gut nehmen, das sich als eiserner Bestand erweist, um es in ein einheitliches Gebäude der Tiefenpsychologie einzubauen. Unser Zyklus hat gezeigt, daß man die Hoffnungen noch sehr dämpfen muß. Aber vielleicht ist das dialogische Gespräch verschiedener Gesichtspunkte eine erste Etappe, dem gegenwärtigen Entwicklungsstand unserer Wissenschaft gemäß, die gleichsam den Grund für eine spätere Integration vorbereiten hilft. Der Widerstand gegen eine Vereinigung hat seine menschlichen Gründe. Die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Schule oder das Erschaffen eigener methodischer und weltanschaulicher Gesichtspunkte entspringt ja nicht einfach einer bloßen Beschränktheit – dies hieße das Problem etwas zu einfach sehen –, sondern der persönlichen Überzeugung, daß die eigene Art und Weise des therapeutischen Wirkens die richtige und die beste für den Patienten sei. Wenn ich zum Beispiel – damit möchte ich bereits meinen eigenen Standpunkt umreißen – auf dem Boden der Psychoanalyse und der Schicksalsanalyse stehe und mich bemühe, zu einer eigenen Synthese zu kommen, so fußt dieses Bemühen auf einer ganz bestimmten Weltanschauung, die zu erkämpfen und stets wieder zu erneuern und anzupassen uns alle große Mühe kostet. Hier zeigt sich schon eine Schwierigkeit meiner Aufgabe: wenn ich mich in den zwei erwähnten Richtungen zu Hause fühle, so habe ich trotz der ausgezeichneten Referate Mühe, mich mit den andern Richtungen vollends zurechtzufinden. Wohl habe ich gelegentlich Analysanden, die vorher etwa eine JUNGSche oder eine ADLERSche Beratung durchgemacht haben und mir indirekte Einblicke in das therapeutische Arbeiten dieser Richtungen ermöglichen. Doch ergeben solche Beobachtungen

¹ Vgl. hiezu das Schlußwort des Herausgebers.

ein schiefes Bild, sind es doch mißlungene Analysen, die mir begegnen. Solche Fälle können mir gleichsam nur Material für die Frage der Begrenzung einer bestimmten therapeutischen Methodik liefern. So trete ich mit einer gewissen Einseitigkeit belastet an meine Aufgabe heran, wobei ich betonen möchte, daß diese persönliche Stellungnahme nicht der Offenheit für andere Standpunkte entbehrt.

Die Diskussion der Schulen, die wir erlebt haben, krankte, wie alle Gespräche dieser Art, an einer Vermengung anthropologischer und methodisch-psychologischer Gesichtspunkte. Die Frage des Heilens kann ja auf zwei sehr verschiedenen Ebenen gesehen und diskutiert werden. Die eine ist die Klärung der *«überpersönlichen Bedeutung»* des *Arzt/Patienten-Verhältnisses* (1), wie sie uns in überaus schöner und einprägsamer Weise A. MAEDER geboten hat. Anthropologisch nennen wir diese Sichtweise deshalb, weil es um die Sinnbestimmung des Arzt/Patienten-Verhältnisses geht und um dessen Verankerung im Überpersönlichen, Metaphysischen. Die andere Ebene möchten wir *die psychologische* (2) nennen. In ihrer Sicht geht es um die seelischen Abläufe und Prozesse im Arzt und im Patienten, im Analysanden und im Analytiker. Im Vordergrund stehen Fragen der Methodik, aber auch wieder nicht ausschließlich. Erst das Erfassen und Verstehen des hilfesuchenden Menschen führt zur Konzeption eines bestimmten Vorgehens, einer bestimmten Methodik, die bei jedem Analysanden wieder anders sein wird.

Man kann nun einwenden, daß diese Trennung der Diskussions Ebenen eine künstliche sei, daß es eben gerade darauf ankomme, zu merken, daß beide Aspekte von Anfang an miteinander verbunden sind. Das sind sie in der Praxis zweifellos, sie können aber in der theoretischen Darstellung sehr wohl auseinandergelassen werden. Die Hauptfrage betrifft doch wohl *den Übergang und das Zusammenspiel der beiden Ebenen*; d.h. wir fragen uns, wie ein bestimmtes Menschenbild, *wie eine geistige Grundhaltung auf die konkrete Situation des therapeutischen Arbeitens wirkt* und ihm seinen Stempel aufprägt. Über diese Frage haben wir außerordentlich wenig gehört, um so mehr aber aus diesem Problem erwachsende Mißverständnisse erleben müssen. So wird z. B. der Psychoanalyse vorgeworfen, sie sei ungeistig, besitze keinen Sinn für das Unpersönliche, wolle gleichsam in der Folge des positivistischen Geistes die Therapie materialisieren und technisieren. Es gehört bereits zum guten Ton der Literatur, diesen Vorwurf noch und noch auszusprechen. Selbstverständlich gibt es Analytiker, die diesem

Bild entsprechen; man kann sie finden¹. Das wahre Mißverständnis liegt aber im Schluß verborgen, daß die Vermeidung einer anthropologischen Deutung des Arzt/Patienten-Verhältnisses in der psychoanalytischen Literatur schon zeige, wes Geistes, besser Ungeistes Kind die Psychoanalyse sei. Es ist zweifelsohne wissenschaftshistorisch interessant, daß die Psychoanalytiker zumeist nur im Sinne einer Verteidigung in die anthropologische Diskussion eingreifen. Nicht aber die Verleugnung des geistigen Faktors ist die Ursache, sondern vielmehr eine gewisse Zurückhaltung, über die Funktion des Arztes und deren geistige Bedeutung zuviel Worte zu verlieren. Jeder Psychoanalytiker ist Menschenführer, und er weiß, daß seine eigene Reife den Boden bildet, auf welchem eine richtige therapeutische Methode erst gedeiht, aber er verhält sich in dieser Rolle wie ein «guru» der Yogalehre, der wohl Führer ist, sich aber grundsätzlich nie in der Selbstbesinnung darum kümmert, und der zunächst dem Schüler, der zu ihm in die Lehre kommen will, sagt: «Du wählst einen unwürdigen Lehrer», sozusagen also seine Priesterfunktion abstreift. Ein «guru» sagt selten etwas über seine Funktion, es gibt keine didaktischen Texte in der altindischen Literatur, das persönliche Schweigen ist eines der mächtigsten Mittel, im Schüler gerade jenes tiefe Verständnis zu erzeugen, das nur aus dem unbewußten Suchen entspringt. Wir meinen, etwas Ähnliches gelte für den Psychoanalytiker und seine Stellung zur anthropologischen Diskussion. Das Schweigen bedeutet nicht Mißachtung, sondern Vorsicht und enthält ein gutes Stück Weisheit in bezug auf den Umgang mit sich selbst.

Es ist darum um so erstaunlicher, daß heute die anthropologische Diskussion so gewaltig ins Kraut schießt und die psychologische Untersuchung des Heilens weit übertrifft. Was soll diese westliche Selbstbesinnung eigentlich bedeuten? Und welche geistigen Hintergründe hat sie? Woher kommt, als Kehrseite dieser geistigen Haltung, der Anspruch, allein den Menschen richtig zu erfassen, und die Verfemung aller Richtungen, die z. B. Testè oder eine naturwissenschaftliche Nomenklatur verwenden? Sicher hat die anthropologische Diskussion ihren guten Sinn. Wir verstehen ihren Ursprung besser, wenn wir bedenken, daß sich die Psychotherapie in den ersten Jahren ihrer Entstehung teilweise in einem materialistisch-positivistischen Fahr-

¹ LEWIS WAX (Adlers Place in Psychology) erzählt von einem Psychoanalytiker, welcher seiner Patientin zwanzig Jahre lang auch nie den geringsten Ratschlag für ihr Leben gegeben habe. In einer extremen passiven Haltung ein typisches Beispiel des Mißbrauchs der «Passivitätsregel». Diese unbegabten Mitläufer als Repräsentanten einer Richtung zu nehmen, führt uns nur auf ein Nebengeleise.

wasser bewegte. Aber hat sie sich nicht schon längst gewandelt, und zwar in erster Linie in den Psychotherapeuten selbst?

Es ist für einen jüngeren Therapeuten schwierig, den immensen Umfang der anthropologischen Diskussion voll zu erfassen, wird seiner Meinung nach doch allzuviel Selbstverständliches formuliert und allzuviel von einer rein «technischen» Handhabung der Analyse gewarnt. Die Sinnforschung dürfte wohl zwei Wurzeln haben:

a) die vielen Lücken des anthropologischen Menschenbildes in den Schriften FREUDS, die heute auf Grund der neuesten Erkenntnisse der Soziologie und der Anthropologie zusehends geschlossen werden;

b) die Selbstbesinnung des Therapeuten über seine eigene Arbeit, die sich immer dann intensiviert, wenn das eigene Schaffen und Wirken problematisch wird. Mit andern Worten: Die eigenen Übertragungs- und Gegenübertragungsprobleme werden auf die geistige Ebene transportiert und dort gelöst.

Der jüngere Therapeut steht nun in seiner Laufbahn noch nicht in jenen schweren Krisen seiner Berufsaufgabe, welche so leicht den Ausweg einer theoretischen Selbstbesinnung einschlagen lassen. Er neigt dazu (sofern er nicht zu den puren Technikern gehört), die geistige Besinnung wohl als unendlich wichtig anzuerkennen, sie aber der privaten und nicht eigentlich der therapeutischen Sphäre zuzuordnen. Menschliche Selbstverständlichkeit und Verpflichtung ist es für den Therapeuten, sich mit geistigen und überpersönlichen Gehalten auseinanderzusetzen und seinem Wirken einen «metapsychologischen Halt» zu geben. Das ist aber seine private Arbeit, die er in nicht viel anderer Weise auch als Nichttherapeut zu vollziehen hätte.

Ein weiterer Gesichtspunkt zwingt uns, den Boden der Psychologie als Ausgangspunkt für den Vergleich der Richtungen zu suchen: die Tatsache nämlich, daß man sich in bezug auf die letzten geistigen Grundgehalte therapeutischen Wirkens trotz großer Unterschiede der Interpretation insgeheim doch recht gut versteht. Zentraler ist hingegen die Frage, *wie* therapeutisch gearbeitet wird und wie ein Therapeut kraft seiner Persönlichkeit und seiner geistigen Grundhaltung die konkrete therapeutische Situation gestaltet. Nur allzuleicht ist man geneigt (ich habe dabei besonders die FREUD-Kritik im Auge), weltanschauliche Konzeption und persönliche Haltung in einer zwischenmenschlichen Beziehung völlig identisch zu setzen. Es ist merkwürdig, daß gerade von psychologischer Seite her hier ein völliger Mangel an Differenzierungsvermögen besteht. Doch wissen wir, daß Kritik, sofern in sie ungebändigte Aggression einfließt, zu einer ge-

wissen Plumpheit, Einseitigkeit, ja Schiefheit des Denkens führen kann. In einer Abwandlung des berühmten Ausspruchs «Angst macht dumm» können wir in Anwendung auf die Kritik sagen: «Aggressivität macht dumm.»

Warum beschäftigen wir uns so eingehend mit den beiden Betrachtungsprinzipien des Heilgeschehens? Es wäre unserer Ansicht nach für den Vortragszyklus von gutem gewesen, wenn man sich von vornherein auf eine der beiden Deutungsebenen geeinigt hätte. So wird die «Zusammenfassung» der in dieser Beziehung so unterschiedlichen Vorträge zu einer kaum lösbaren Aufgabe.

Man hat hie und da den historischen Weg eines Vergleichs versucht. Wir lehnen diese Betrachtungsweise ab, denn die Literatur zeigt, wie einseitig das Ergebnis ist. Die FREUD-Kritik arbeitet mit Anschauungsklischees, die aus den Schriften vor 1910 stammen oder gar auf die Traumdeutung zurückgehen, als ob es weder bei FREUD noch bei der Gesamtbewegung der Psychoanalyse eine Weiterentwicklung gegeben hätte. FREUDS Arbeit «Hemmung, Symptom und Angst» ist kaum bekannt, obwohl sie in verschiedenen Punkten (Angsttheorie, Ichlehre und Symptombildung) sogar grundlegende Umstellungen bringt. Die historische Betrachtungsweise begeht gerade jenen Fehler, den sie zu vermeiden trachtet und der ältesten der therapeutischen Richtungen, der Psychoanalyse, vorwirft: sie klebt am Meister, wenn auch mit umgekehrtem Vorzeichen. Ähnliches ließe sich über die Kritik anderer Richtungen sagen (ich verweise nur auf das schlechte Buch von GLOVER: FREUD or JUNG). Die Klischees, die das Gespräch zwischen den Richtungen prägen und auch in unserer Diskussion nicht ganz gefehlt haben, sind oft so ungeheuerlich und seltsam, daß man sich fragen muß, wie sie überhaupt haben zustande kommen können. Jedenfalls verhindern sie eine Annäherung, und unser erstes Gebot gilt deshalb der Beseitigung jeglicher Meinungsklischees. Man täusche sich nicht, sie sind zäh wie Leder und unausrottbar wie Unkraut. (Ein typisches Beispiel des «Klischeedenkens» finden Sie in LEWIS WAY: ADLERS Place in Psychology.) Wir wollen jedoch nicht auf die Diskussion dieser Klischees eintreten, sondern uns wieder der Hauptfrage zuwenden: *Wie ist die Beziehung zwischen therapeutischer Methodik und geistiger Grundhaltung in den einzelnen Richtungen?*

Den Weg – der oftmals eingeschlagen wurde –, nämlich die anthropologische Konzeption zu beschreiben und die konkrete therapeutische Situation als «sich selbstverständlich aus ihr ergebend» zu betrachten, müssen wir ablehnen. Es wäre besser gewesen, man hätte die konkrete

therapeutische Situation als Ausgangspunkt genommen, und zwar möglichst eine identische. Wie heilen z. B. die verschiedenen Vertreter der Richtungen eine Phobie oder eine masochistische Charakterneurose? Wie interpretieren oder lösen sie eine therapeutische Situation, die sich durch hartnäckiges Schweigen des Analysanden kennzeichnet? In welchen Fällen gar hält sie eine bestimmte Form von Therapie für zuständig oder nicht, und unter welchen Umständen wird die Art der Behandlung modifiziert? Sobald man solche konkrete Fragen ausführt, stößt man wieder auf Klischees. So wird z. B. jedermann behaupten, er behandle jeden Analysanden wiederum anders, eben gemäß dessen Persönlichkeit und dessen Haltung. Das stimmt in der Praxis einfach nicht, denn gerade für die Variabilität der Behandlungsmethodik wird die theoretische Herkunft oft zum Hemmschuh, zu einer eigenen Starrheit, in die man sich unversehens verstrickt. Und umgekehrt macht eine Gruppe von Therapeuten sich diesen Grundsatz zu einem Freibrief, um sich nirgends einer methodischen Schulung verpflichten zu müssen. Diese Therapeuten behalten sich ihre «persönliche Einstellung» vor, sie arbeiten nach FREUD, JUNG und ADLER oder auch sonstwie. Ob diese methodische Kontamination nicht die höchst menschliche Schwäche verdeckt, von Vätern nichts annehmen zu können? Es seien nur einige Beispiele methodischer Erstarrung angeführt. Zunächst ein historisches.

Sie wissen alle, daß ein Teil der Psychoanalytiker sich schon seit Jahrzehnten mit Schizophrenietherapie befaßt hat und schließlich zu Heilerfolgen auf Grund einer modifizierten Therapie kam, in welcher der Arzt sich aktiv agierend in den Wahn des Schizophrenen einschalten muß. Der Einbezug des Analytikers in den Wahn entspricht dem Einbezug des Analytikers in die Übertragungsneurose bei Neurotikern. Diese an sich simple Analogie bedingt weitgehende methodische Umstellungen. Die Hauptgruppe der Psychoanalytiker aber fand den Weg dazu nicht oder wollte ihn nicht finden, weil die methodische Erstarrung es unmöglich machte, die theoretischen Erkenntnisse der Psychosenpsychologie therapeutisch fruchtbar zu verwenden. «Da man doch den Patienten nicht auf diese bestimmte Weise behandeln kann, ist er unheilbar», galt als Devise.

Kehren wir aber in die unmittelbare Gegenwart ein und betrachten wir das Scheitern vieler Behandlungen, die wir von Analysen JUNGscher Richtung gewohnt sind. Sie wissen, daß JUNG und seine Schüler in ausgedehntem Maße mit der Amplifikationsmethode arbeiten. Diese Methode der «erweiterten Deutung des Traumes unter Herbeiziehen

mythischen Materials» kann nur aus der theoretischen Konzeption des kollektiven Unbewußten und des archetypischen Gehaltes verstanden werden. Therapeuten, welche diese beiden Prinzipien nicht anerkennen, stehen der Amplifikationsmethode grundsätzlich feindselig gegenüber. Warum behaupten wir, die Amplifikationstechnik sei schuld an vielen Mißerfolgen und unendlichen Analysen? Inflationäre Menschen haben im allgemeinen eine gute Kontaktfähigkeit mit dem Unbewußten, sie sind dafür um so schlechter auf die äußere Lebenswirklichkeit zu sprechen. Gesellt sich zur inflationären Ichhaltung noch eine passiv-masochistische Charakterhaltung, so wird die «Dualunion» mit dem Unbewußten respektive mit den zutage tretenden unbewußten Gehalten noch inniger. Die Selbstbewunderung treibt Blüten, und es kommt zu einer eigentlichen Geringschätzung all dessen, was nicht aus archaischen Tiefen stammt. Die Amplifikationsmethode kommt der Widerstandhaltung dieser Analysanden gerade zu Hilfe, sie arbeitet «inflationär», sie erhöht die Allmacht des eigenen Unbewußten, und sie aktiviert in keiner Weise die komplementären Gegenfunktionen des Ichs. Der Traum wird zuwenig in die unmittelbare Gegenwart des Menschen hineingesetzt, er wird nicht als Schlüssel zum Problem der Nichtbewältigung unmittelbar vorliegender Lebensaufgaben verwendet, sondern in kollektive unpersönliche Zusammenhänge ausgeweitet. Die Flucht vor der Realität ins Unpersönliche einerseits, ins Unbewußte andererseits wird dadurch methodisch noch verankert. So lernt der Mensch wohl alle Probleme kennen, aber er löst sie nicht auf der realen Ebene, er weiß z. B. über Männlichkeit und Weiblichkeit Bescheid, aber vermag seine Erkenntnisse nicht in das eigene Schicksalsgeschehen einzuordnen. Dies ließe sich vermeiden, wenn man nicht ein in gewissen Fällen sicher richtiges methodisches Prinzip kurzerhand zur therapeutischen Methode schlechthin erheben würde. JOSEPH HENDERSON hat übrigens meines Wissens als einziger Anhänger der JUNGschen Schule diese Gefahr erkannt und darauf hingewiesen¹. Das gleiche gilt für die Vorzugsstellung von Träumen für die therapeutische Arbeit, die wir in der JUNGschen Schule finden. Träume müssen oft zeitweise völlig beiseite gelassen werden, wenn es die spezifische Abwehr- und Widerstandshaltung des Analysanden erfordert.

Man kann aus der Diskussion dieser beschränkten Beispiele schon einige Schlüsse ziehen. Führt eine vergleichende Diskussion der theoretischen Grundlagen leicht zu Scheinlösungen oder wegen der vor-

¹ HENDERSON, JOSEPH, L.: Resolution of the Transference in the Light of C. G. Jung's Psychology (Int. Congress of Psychotherapy, Zürich 1954).

handenen Klischees zu schroffen Unverständnissen, so *sähen wir einen möglicheren Weg der Einigung in der Anerkennung des Prinzipes, daß die therapeutische Technik sich nach dem Entwicklungsstand, nach der Eigenart und nach der Widerstandsweise des Analysanden zu richten hat.* Dieses Prinzip wird in allgemeinsten Form wohl überall anerkannt, aber in der Praxis kaum verwirklicht, weil dort die theoretische Fundierung die Methodik der Therapie allzu stark von vornherein prägt und zu Erstarrungen führt. Ich fordere – wie Sie sehen – nichts anderes als ein Stück fundierte «Realitätswissenschaft», ein Studium des Objektes selbst und nicht der Prinzipien dieses Studiums. Auf diesem Wege wäre dann aus den verschiedenen Richtungen das zu nehmen, was brauchbar ist, und jenes fallen zu lassen, was sich als denkerische Voreingenommenheit oder Unrichtigkeit entpuppt.

Vielleicht wird Ihnen jetzt meine Stellungnahme zugunsten einer psychologischen Interpretation des Heilens in der Psychotherapie einleuchtender erscheinen. Wir halten eben jenes feine Geschehen von Haltungen, Einstellungen und Handlungen des Therapeuten in der Heilsituation, auch wenn es sich in Winzigkeiten äußert, für entscheidender und auch für aufschlußreicher als die Analyse grundsätzlicher Deklarationen. Und es ist gut möglich, daß uns dank solcher Einzelheiten mehr über die Grundeinstellung des Therapeuten aufgeht, als wir zunächst ahnen.

Es wäre z. B. zu fragen, warum die Psychoanalyse bei den neurotischen Menschen an der liegenden Haltung des Analysanden festhält und warum keine direkte Sichtverbindung existiert? Warum andererseits fast sämtliche außerpsychoanalytischen Richtungen Therapeut und Analysand sich gegenüber sitzen lassen? Wie kommt es – wir greifen eine weitere Frage auf –, daß außeranalytische Kontakte in der FREUDSchen Analyse wenn möglich vermieden werden, andere Richtungen (z. B. die ADLERSche) sie zum Teil geradezu begrüßen? Wie kommt es, daß die Gruppentherapie von der JUNGschen und FREUDSchen Analyse nur zögernd übernommen wird, in der ADLERSchen Individualpsychologie jedoch geradezu eine dominante Rolle spielt? Ein Katalog von Fragen taucht hier auf, deren Analyse zu zentralen Problemen führen würde. Man wird zugeben müssen, diese Art des Vorgehens bannt die Gefahr des Ausweichens in theoretische Maximen und Klischees.

Um unserm weitem Vorgehen strengern Aufbau zu geben, zentrieren wir nun den Vergleich der Richtungen auf wenige wesentliche Punkte. Wir gehen dabei von der Gestaltung der konkreten, thera-

peutischen Situation und deren Wandlungen im Verlaufe einer Psychotherapie aus. Die drei Fragenkomplexe, die wir im Auge haben, sind:

1. Die Gestaltung der therapeutischen Situation, die das Verhalten des Therapeuten in sich schließt.
2. Die Übertragungsproblematik und ihre Überwindung.
3. Die geistige Zielsetzung der Therapie.

Dieses schwierige Unterfangen kann nur gelingen, wenn uns zur Abklärung genügend Material zur Verfügung gestellt wird. Das ist aber beileibe nicht der Fall. Das Wort Übertragung ist sehr selten gefallen während der verschiedenen Vorträge. Um die wichtigsten Lücken auszufüllen, habe ich mich nochmals brieflich an die Redner unseres Zyklus gewendet. Dennoch dürfen Sie keine abschließenden Ergebnisse erwarten. Meine Aufgabe beschränkt sich ja darin, die Diskussion zu eröffnen, sie ist mehr *Fragestellung* als *Fragebeantwortung*.

II. VERGLEICH DER RICHTUNGEN

I. DIE GESTALTUNG DER THERAPEUTISCHEN SITUATION

Schon eine Äußerlichkeit der therapeutischen Situation, die Sitzrespektive Liegeordnung, hat zur Diskussion Anlaß gegeben. Die übliche Anordnung in der Psychoanalyse läßt den Patienten liegen und den Analytiker hinter dem Analysanden sitzen, so daß keine direkte Sichtverbindung besteht. Diese Anordnung wurde von der Schicksalsanalyse übernommen, von den übrigen Richtungen hingegen verlassen. Es lohnt sich, den Gründen nachzuspüren. Historisch gesehen ist die Liegeordnung ein Residuum der hypnotischen Behandlung, sie wurde von FREUD beibehalten, obwohl die psychoanalytische Arbeitsweise etwas ganz anderes als die Hypnose will. Wir sind der Meinung, daß die Sitzordnung schon vieles über die Grundhaltung des Therapeuten auszusagen hat. Warum liegt der Analysand in der psychoanalytischen Behandlung, und warum besteht keine Sichtverbindung? Wir begründen das dem Patienten gegenüber wie folgt: «Das Liegen lockert die Ichbindungen, es macht den meditativen Zugang zum Unbewußten leichter, es dient der Entspannung. Wir sehen uns nicht, weil auf diese Weise Sie und ich uns besser auf unsere unbewußten Prozesse konzentrieren können. Sie dürfen aber ruhig auch sitzen, wenn Ihnen das Liegen allzuviel Schwierigkeiten bereitet.» In der Tat wird ja die Liegeordnung in jeder Analyse zeitweise durchbrochen, etwa

dann, wenn ein passiv femininer Mann plötzlich die rivalisierende Männlichkeit zu agieren beginnt und sich mit dem Analytiker konfrontieren will. Das Liegen wird in der Psychoanalyse auch überall dort nicht beibehalten und in ein sitzendes Gegenüber verwandelt, wo die Sichtverbindung eine *conditio sine qua non* der Übertragung bedeutet, also bei jenen seelischen Störungen, wo ein immenser Hunger nach einer Dualunion mit dem Analytiker besteht, der gestillt werden *muß*. Solche Menschen müssen in Sichtverbindung sein, weil erst das Sehen für sie das konkrete Gegenwärtigsein des Partners bedeutet. Der Mensch auf der dualunionistischen Stufe braucht sinnemäßigen Kontakt zur Bestätigung seiner Sicherheit. Hat er den nicht, entstehen grauenhafte Verlassenheitsängste. Das Gegenübersitzen wird deswegen bei den Psychosen und bei schweren Verlassenheitsneurosen (also bei präödiptalen Störungen) eingehalten. Hingegen ist der Einwand nicht stichhaltig, daß bei passiv-masochistischen Menschen die liegende Stellung schädlich sei, weil sie die Passivität nur noch fördere. Natürlich wird die Passivität noch gefördert, aber dies ist ja gerade das Wesentliche der Behandlung einer passiven Charakterhaltung, daß sie, nämlich um einer Auflösung zugänglich zu sein, zunächst um ein mehreres bis zur Unerträglichkeit gesteigert werden muß. Man darf schließlich Therapie nicht als ein stetes und bloßes Korrigieren der neurotischen Fehlhaltung des Analysanden verstehen; wer so argumentiert, hat den Sinn einer Übertragungstherapie nie verstanden. Psychoanalyse wie Schicksalsanalyse arbeiten mit der Übertragung und hauptsächlich mit ihr. Und damit kommen wir auf einen zentralen Punkt: In der Psychotherapie ist die therapeutische Situation eine künstliche, lebensfremde, sie kann freier, weniger versagend sein als die reale Umwelt des Analysanden, aber unter Umständen auch viel strengere Frustrationen auferlegen. Das Ziel therapeutischen Handelns liegt aber darin, die Übertragungsneurose zunächst nach Kräften zu fördern und erst am Schluß abzubauen. Die Konflikte beginnen sich in diesem Prozeß von den Bezugsobjekten der gegenwärtigen Umwelt des neurotischen Menschen immer mehr auf den Analytiker zu verlagern. Wie ein Schicksalsfaden von einer Spule auf eine andere gewickelt wird, so werden die neurotischen Haltungen und Handlungen in das «analytische Milieu» hineingenommen und dort zur höchsten Potenz nochmals verdichtet. Der Analysand schaltet den Analytiker in seine neurotische Welt ein, wie ein Psychotiker den Therapeuten in seine Wahnwelt einbezieht. Dies kennzeichnet die erste Phase der Behandlung, die zweite dient der Lösung der Übertragungsneurose. Diese Lösung

kann nur auf der Basis eines mitmenschlichen Verstehens vor sich gehen, und hier erweist sich die Persönlichkeit und die Gesinnung des Psychotherapeuten als entscheidend darüber, ob die Übertragungsneurose gelöst oder ob daraus wieder eine ewige Neurose wird. Es scheint uns, daß die klassische analytische Gestaltung der therapeutischen Situation nur aus der Auffassung, daß das Fördern der Übertragungsneurose den ersten Schritt zur Lösung der Konflikte bedeutet, verstanden werden kann. Die in der Nichtsichtbarkeit des Analytikers implizit enthaltene Abstinenzforderung, das vermehrte «Aufsich-selbst-Angewiesensein», die Möglichkeit des Auftauchens unbewußter Gehalte und Erinnerungen bringen eine Steigerung des Unbehagens, aber auch die Möglichkeit der Entäußerung tiefster Probleme mit sich, welche oftmals zurückgehalten und nachverdrängt werden, wenn der Analytiker gesehen wird und dadurch eine direkte Kontrollmöglichkeit besteht. Die Anordnung des Gegenübersitzens hilft sehr oft mit, die Probleme zu verdecken; die Angst wird wohl gemildert, aber der Konflikt wird nicht ausgetragen, sondern zugunsten einer intensiven mitmenschlichen Beziehung zurückgehalten. Man wird jedoch mit der Zeit dazu kommen, auch die Sitzordnung neben der Liegeordnung in den je persönlich notwendigen Übertragungszusammenhang hineinzustellen. Die Psychoanalyse hat bereits begonnen, in gewissen Fällen von der liegenden Ordnung abzuweichen, und die übrigen Richtungen werden sich gewöhnen müssen, aus dem Gegenübersitzen nicht in *jedem Falle* eine grundsätzliche Weltanschauung abzuleiten.

Suchen wir nun nach der Grundanschauung des Arzt/Patienten-Verhältnisses, wie es sich in den beiden Anordnungen auskristallisiert. Der FREUDSchen Anordnung wird vorgeworfen, daß erstens die autoritäre Strukturkomponente des Arzt/Patienten-Verhältnisses hervorgehoben werde und daß zweitens der nicht sichtbare Analytiker in einer Anonymität verschwinde, welche sehr oft ein Nichtteilnehmenkönnen am Leiden des Patienten verdecke. Ja, man schiebt dem FREUDSchen Analytiker schließlich (wie dies von seiten der ADLERSchen Schule geschieht) Machtgelüste zu, die er in der therapeutischen Haltung verankert habe (Anonymität als Macht). Die Gegner der FREUDSchen Haltung betonen, der Arzt müsse den Patienten sehen, ihm gegenüber sitzen, denn nur auf diese Weise könne er Helfer sein und eine echte Du-Beziehung aufbauen, nur so gelinge ein echter Appell an den Kranken, sich zu entwickeln und neurotische Haltungen aufzugeben. Oder: Durch die FREUDSche Anordnung werde der Analysand

prinzipiell nicht als Mensch, sondern als Infantiler, Unterlegener aufgefaßt, so könne er sich aber niemals als Gleichberechtigter fühlen und entfalten. Die psychoanalytische Gestaltung der Untersuchungssituation sei gleichsam ein Überbleibsel der autoritären Vaterkultur aus der positivistisch-materialistischen Zeitepoche. Helfen könne man nur in einem echten menschlichen «Miteinander-Sein», in einer offenen Gefühlsbeziehung und direkten Konfrontation, wo keine Flucht in die Anonymität der Nichtsichtbarkeit das menschliche Engagement verhindern könne. Das Gegenübersitzen wird in dieser Stellungnahme zum Exponenten einer geistigen Weltanschauung¹.

Man hat dabei verkannt, daß die Nichtsichtbarkeit kaum streng durchgehalten wird, daß aber andererseits dieser Anonymität die sogenannte Abstinenzregel zugrunde liegt². Die Forderung FREUDS, daß die Kur in der Abstinenz durchgeführt werden müsse³, hat trotz eingehender Kommentierung zu vielfachen Mißdeutungen geführt, und dies nicht nur in außeranalytischen Kreisen. Die Abstinenzregel bezieht sich ja nicht nur auf den Patienten, sondern in erster Linie auf das zweckmäßige Verhalten des Analytikers. Zunächst soll darauf hingewiesen werden, daß nicht die sexuelle Abstinenz gemeint ist, sondern etwas viel Umfassenderes. FREUD hat schon betont, daß die Not der Zucht- und Lehrmeister der Menschen ist und daß Triebeinschränkungen in der Erziehung einfach unvermeidlich sind. Es hängt ja nicht von der Triebeinschränkung als solcher ab, ob sie Neurosen zur Folge hat oder nicht, sondern *von der Art*, in der diese Einschränkung erfolgt. Triebeinschränkungen und Versagungen sind nicht nur unvermeidlich, sondern sogar notwendig. So haben HARTMANN, KRIS und LÖWENSTEIN⁴ unlängst wieder darauf hingewiesen, daß zu Beginn jeder neuen Entwicklungsstufe eine Versagungssituation steht. Wenn es also das Ziel der Analyse ist, die versäumte Entwicklung des Menschen nachzuholen, sagt KEMPER, so ist die Forderung FREUDS, daß «die analytische Kur in der Entbehrung durchgeführt werden soll», nur die konsequente Nutzenanwendung dieses Sachverhaltes für den Patienten.

Wir betonten bereits, daß die Haltung des Analytikers durch die Anwendung der Abstinenzregel auf sich selbst bestimmt wird. Be-

¹ BASH, K. W.: Die Übertragung in der Praxis der JUNGschen analytischen Psychologie. *Psyche* VI, 15, 1952.

² KEMPER, W.: Die Abstinenzregel in der Psychoanalyse. *Psyche* VIII, 10, Januar 1955, S. 636.

³ Bemerkungen über die Übertragungsliebe, *Ges. Schr.* Bd. 6, S. 127.

⁴ *The Psychoanalytic Study of the Child*, Vol. II, 1946.

rufen wir uns für die weiteren Ausführungen wiederum auf die Arbeit KEMPERS. Der spontanen Helferbereitschaft des Analytikers müssen stets so weit Zügel angelegt werden, daß er nicht aus gutem Herzen nachgibt oder gar helfend eingreift, wo er sachlich bleiben müßte, daß er nicht da etwas vom Patienten annimmt, wo er versagen sollte, z. B. in Situationen, in denen der Patient erst aus dem Leiden an seinen neurotischen Haltungen und deren Folgen die Fähigkeit entwickeln lernt, seine Schwierigkeiten zu überwinden. Diese Abstinenz, sofern sie konsequent durchgeführt wird, vermag dem Patienten zur wahren Entwicklung zu verhelfen. Dieser Prozeß mag allerdings länger dauern und für beide Teile qualvoller sein als eine Veränderung, die dank der guten Nachhilfe des Analytikers zustande kommt, vom Patienten aber nicht eigentlich eine wirkliche Entwicklung verlangt.

Noch größere Abstinenz ist dem Analytiker durch seine Aufgabe auferlegt, sich jederzeit und vorbehaltlos den Übertragungsäußerungen seiner Patienten zur Verfügung zu stellen. Die Annahme, daß dabei der Analytiker die Funktion eines unbeteiligten Spiegels habe, ist wohl längst überwunden, und das Zerrbild des Psychoanalytikers, der sich auf der Straße umdreht, wenn er einem Analysanden begegnet, in der Annahme, ein außeranalytischer Kontakt störe seine Funktion als Projektionsschirm, gehört bald der Vergangenheit an. Der Patient projiziert niemals ins Leere. Er findet im Analytiker immer einen zutreffenden, wenn auch noch so geringen wahren Gehalt, der gleichsam als Kristallisationskern dient. An diesem «wunden» Punkt versucht er unbewußt mit oft erstaunlichem Geschick seine Verführungskünste. Hat er damit keinen Erfolg, so kann die Affektlage in Wut umschlagen und zu Angriffen auf die Person des Analytikers führen. Wenn wir auch theoretisch wissen, daß diese Affekte im Grunde genommen nicht uns gelten, sondern daß wir nur als Übertragungspersonen figurieren, so trifft uns das Gebaren des Analysanden doch, denn trotz allem sind wir verwundbare und emotional ansprechbare Menschen geblieben. Der Therapeut führt einen ständigen Kampf gegen die Versuchungen und gegen die vielen Schlingen, mit welchen der neurotische Mensch ihn in seine kindliche Welt hineinzuzwingen und -zulocken versucht. Soweit KEMPER.

Diese ständigen Verführungen haben für den Psychotherapeuten etwas Verlockendes. Sich dies nicht eingestehen zu wollen, wäre unentschuld bare Hybris. Der Analytiker muß immer wieder sein eigenes Unbewußtes so weit aufzulockern versuchen, daß er in identifikatorischer Teilhabe die Probleme des Analysanden in sich wahrnimmt,

ohne aber seiner eigenen Hilfsbereitschaft zu unterliegen oder sich vom Affektspiel des Analysanden verführen zu lassen. Damit finden wir eine neue Bedeutung der klassischen Analysesituation: Das Nichtsehen ermöglicht es dem Analytiker eher, sein Unbewußtes als wahrnehmendes Instrumentarium zu gebrauchen, er wird weniger verführt zu beobachten, sondern bleibt in jener eigentümlichen Konstellation, die FREUD «freischwebende Aufmerksamkeit» genannt hat.

Nicht daß wir andern Richtungen durchwegs die Einhaltung der Abstinenzregel absprechen. Doch wird durch die Praxis immer wieder bestätigt, daß die Tendenz, die therapeutische Haltung durch nichts von irgendeiner andern menschlichen Kommunikation des Helfens unterscheiden zu lassen, zu einer Mißachtung der Abstinenzregel führt. Wir haben in diesem Zyklus nicht viel über die Interpretation der Abstinenzregel durch die verschiedenen Schulen gehört, und meine eigene Erfahrung ist beschränkt. Doch es scheint mir, daß man außerhalb der Psychoanalyse allzufrüh mit jener Du-Kommunikation zu arbeiten beginnt, zu welcher erst ein reifer Mensch fähig ist. Es wird gleichsam verkannt, daß man es in der therapeutischen Situation nicht nur mit einem Menschen, sondern auch mit einem (in immer wieder verschiedener Hinsicht) unreifen Menschen zu tun hat. Der grundlegende Unterschied liegt – abschließend zusammengefaßt – darin, daß die Psychoanalyse in der therapeutischen Situation eine Ausnahme-situation des Kontaktes erblickt, deren Ausnahmecharakter zur Förderung der Übertragungsneurose noch betont wird. Dabei erhält die Abstinenz des Analytikers eine größere Bedeutung und führt zu jener scheinbar «harten» innern Distanz, die sich unter anderem in der Liegeordnung ausdrückt. Im Unterschied dazu wenden sich JUNGSche und ADLERSche Psychologie gegen diesen «Künstlichkeitscharakter», in der Meinung, die menschliche Hilfsbereitschaft und Anteilnahme käme zu kurz. Die therapeutische Situation wird deshalb vielmehr bewußt «entkünstelt» und auf ein natürlich freies Gespräch von Du zu Du zurückgeführt. So ist die Versuchung natürlich groß, die anthropologisch richtige Sicht des Arzt/Patienten-Verhältnisses direkt in die Tat umzusetzen, d. h. dem Patienten schon von Anfang an so zu begegnen, wie es im Grunde genommen erst am Ende einer Therapie wahrhaft möglich ist. Man setzt damit jenes reife menschliche Zwiegespräch an den Anfang der Behandlung, welches zu erarbeiten und aus dem Geflecht neurotischer und kindlicher Einstellungen herauszuschälen ja erst Aufgabe einer Psychotherapie ist. Dieser Vorgriff führt wohl zu Scheinerfolgen, nicht aber zu einem tiefgreifenden Umbau der Persönlichkeit.

Übrigens hat – möchten wir abschließend bemerken – ein amerikanischer Autor, HAROLD KELMAN¹, die Verwendung der Couch und die Gestaltung der analytischen Situation genau untersucht. Er läßt die Analysanden die Situation frei gestalten und gibt zunächst keinerlei Anweisungen bezüglich der Couch. Seine Beobachtungen faßt er zusammen in einer klaren Gegenüberstellung von Vorteilen und Nachteilen des Liegens und des Gegenübersitzens. Ohne seine Gedankengänge in extenso wiederzugeben, zitieren wir seine Schlußfolgerung. Er meint, die Frage, ob die Couch besser sei als der Stuhl, sei falsch gestellt. Die richtige Fragestellung sei folgende: «Welche Haltungen, Stellungen und Bewegungen eines bestimmten Patienten sind zu einer bestimmten Zeit am besten geeignet, seine Analyse frei zu fördern, Kraft und Zeit zu sparen und unnötiges Leiden zu verhindern?» Dies deckt sich völlig mit unserer Meinung, daß sich die Gestaltung der therapeutischen Situation dem Ablauf der therapeutischen Prozesse unterzuordnen habe und somit in erster Linie von der Übertragungssituation abhängig sei. KELMAN meint, daß mit zunehmender Sicherheit das Liegen dem Patienten eine bessere Möglichkeit biete, mit sich selbst zu sein. Die Couch eröffne auch die Chance, das fruchtbare, positive Schweigen zu erlernen, in welchem untergründig wichtige Entscheidungen heranreifen. Das Optimum der Analyse sei erreicht, wenn der Patient die positiven Erfahrungen des Liegens gemacht habe. Damit sei jeweils der Glaube an das eigene Unbewußte, an die eigene, angeborene schöpferische Kraft und an die Spontaneität seines Wesens erworben.

Was wir bis jetzt besprochen haben, betrifft die Konstellation der Einzeltherapie. In der Gruppentherapie sind Therapeut und Analysand in völlig andere mitmenschliche Zusammenhänge hineingestellt. Wo gereicht die Gruppensituation dem Menschen zum Vorteil, wo hat diese keinen Erfolg und wo verschlimmert sie gar den Konflikt? Wir wissen darüber noch recht wenig, denn letztlich ist die Frage der Auswahl der Teilnehmer an einer Gruppentherapie nicht geklärt. Es ist zu vermuten, daß sich eine ganze Gruppe von seelisch gestörten Menschen als Folge der Struktur ihres Konfliktes nicht in eine Gruppentherapie begeben werden. Dazu gehören nicht nur die Einzelkinder, die sich an Geschwister nicht gewöhnen können und wollen, sondern auch jene Men-

¹ «Über den Gebrauch der Couch in der Analyse» (The American Journal of Psychoanalysis, Vol. XIV, No. 1, 1954). Ein Referat dieser Arbeit ist erschienen in «Psyche», Heft 4, Jg. IX, S. 783. Heidelberg 1955.

schen, die wohl einen enormen Bezugshunger haben, aber vorerst nur im Sinne einer Ausschließlichkeitsbeziehung, im Sinne der Partizipation mit einem und nur einem Menschen. Der immense Vorteil der Einzeltherapie liegt ja vor allem darin, daß in der Arzt-Patienten-Beziehung immer ein Stück der ältesten Partizipationssehnsucht der Mutter-Kind-Relation mitschwingt, der Wunsch nach einer Dualunion, in welcher Arzt und Patient eins, gleich und unzertrennbar sind. In dieser Partizipation sieht SZONDI die Urkraft jeglichen Heilens und das Agens jeglicher Übertragung. J. ROSEN hat aus seinen Erfahrungen mit Schizophrenietherapie eine völlig analoge Auffassung entwickelt¹. («Transference is a natural phenomenon encountered in all human beings and is an expression of the need for care.») Es ist daher zunächst erstaunlich, daß gerade bei Schizophrenie mit der Gruppentherapie unbezweifelbare Erfolge erzielt werden konnten, obwohl in einer Gruppe nie jene Ausschließlichkeitsbeziehung der Dualunion verwirklicht werden kann. Die Theoretiker der Gruppentechnik halten dies sogar für einen Vorteil, weil dadurch die libidinösen Strebungen nicht auf den Therapeuten allein konzentriert sind, sondern auf die verschiedenen Gruppenmitglieder aufgespalten werden können. Die therapeutische Situation in der Gruppe entspricht also der Familiengruppe, so wie sie ein Kind, das unter Geschwistern aufwächst, in einem relativ späten Zeitpunkt seines Lebens erlebt. Die mitmenschlichen Beziehungen werden dabei unendlich aufgesplittert. Bei einer Gruppe von vier Kranken mit dem Arzt als Gruppenleiter und einem Assistenten als «auxiliary ego» nach der Technik von MORENO gibt es bereits dreißig mitmenschliche Beziehungen². Die Arten dieser Beziehungen sind noch wenig untersucht. Sie haben aber nicht durchwegs Übertragungscharakter im Sinne des klassisch analytischen Begriffes. MORENO spricht von «empathy», von einem sympathisierenden Fluidum, STOKVIS von affektiver Resonanz. Das heilende Agens der Gruppentherapie wird in der Familienbildung gesucht. Jede Gruppe muß so zusammengestellt werden, daß ein «affektives Familiengleichgewicht» (K. SCHINDLER) entsteht, eine «Wir-Gemeinschaft», wie es die Individualpsychologie nennt.

Wir stehen hier vor einem ungelösten Problem, das wir offensichtlich noch nicht zu durchschauen vermögen. Die gleiche Ratlosigkeit finden wir bei Versuchen, die Gruppentherapie weltanschaulich zu

¹ ROSEN, J. N., Transference, A Concept of its Origin, its Purpose and its Fate. Int. Congr. of Psychotherapy, 1954, Zürich.

² STOKVIS, B.: Das Übertragungsphänomen in der gruppenpsychotherapeutischen Behandlung psychosomatischer Patienten mittels des Psycho- und Soziodramas. Int. Kongreß für Psychotherapie, Zürich 1954.

begründen. Vielerorts wurde die Gruppentherapie aus einer Zwangslage heraus eingeführt; die Länge der klassischen Therapie und der Mangel an geschulten Analytikern machten es unmöglich, die notwendigen Behandlungen einzeln durchzuführen. Von den Autoren, die auf diesem Wege zur Gruppentherapie kamen, wird auch freimütig die Überlegenheit der individuellen Therapie auf Grund der tiefer ausschöpfbaren Möglichkeiten der Übertragungs- und Widerstandsdeutung anerkannt (STOKVIS).

Anders die Individualpsychologie, deren theoretische Konzeption der mitmenschlichen Beziehungen geradezu nach der Gruppentherapie ruft. Ein Grundaxiom ADLERScher Prägung heißt: «Der Mensch lebt nicht allein, er ist a priori auf eine Gruppe bezogen.» Die Neurose ist ein zwischenmenschlicher Konflikt und kann am besten an Ort und Stelle, das heißt in einer Gruppe, gelöst werden. Diese Konzeption der Therapie führt zu einer eigentlichen Abwertung der individuellen Therapie. Frau ROLO hat als Exponent jenen außerhalb der Individualpsychologie stehenden englischen Arzt zitiert, der konsequent jeden Wunsch seiner Patienten nach Einzelbehandlung abschlägt, weil er in diesem Wunsch auch schon ein Ausweichen vor dem «Du», eine neurotische Flucht erblickt. Die Vorteile der Gruppe sieht S. ROLO in den ungleich intensiveren Spontanreaktionen und in der Unmöglichkeit, dem Du auszuweichen. Der Mensch in der Gruppe erlebt sogleich die direkten Konsequenzen seiner Einstellung und kann daraus Schlüsse ziehen.

Wir haben hier zwei Einwände anzubringen, möchten aber zuvor betonen, daß wir durchaus von der sozialen Notwendigkeit der Gruppentherapie überzeugt sind und eine weitere Ausdehnung begrüßen.

Der erste Einwand ist theoretischer Art und betrifft die individualpsychologische Begründung. Die Auffassung BUBERS, nach welcher das Ich nur im Du werden kann, ist wohl Allgemeingut jeglicher Psychotherapie. Wir bezweifeln aber, daß bei schwer neurotischen Menschen, die sehr weit aus der Familiengemeinschaft herausgefallen sind, die Beziehung zum Du auf dem Weg der Beziehung zum Wir erwachsen kann. Man hat doch den Eindruck, daß Du und Wir als mitmenschliche Beziehungsformen von der ADLERSchen Therapie zu wenig einandergehalten werden.

Der zweite Einwand betrifft die Praxis; wir wissen noch nichts über die Indikation zur Gruppentherapie in jenen Fällen, wo nicht die Unmöglichkeit einer klassischen Einzeltherapie zum vornherein die Gruppentherapie als einzig gangbaren Weg nahelegt.

2. DIE ÜBERTRAGUNGSPROBLEMATIK

Wir versuchen nun, die Problematik des Heilens in der Psychotherapie von der *Übertragung* her zu beleuchten. WERNER KEMPER hat in seinem ausgezeichneten Artikel¹ den heutigen Stand der Diskussion über diese Frage dargestellt. Nach ihm ist die Übertragung keineswegs an die psychoanalytische Arbeitsweise gebunden. Was sich in der Übertragung mit besonders deutlicher Intensität zeigt, ist eine normalpsychologische Reaktionsweise des Menschen. Sie hat den Charakter eines dem Menschen – gesund oder krank – eigenen, ihm nicht bewußten *psychischen Vollzugszwanges projektiver Art*, welche uns veranlaßt, in die Personen und Situationen unserer augenblicklichen Umwelt automatisch nicht nur unsere gesamten bisherigen Erfahrungsniederschläge, sondern außerdem noch unsere jeweilige Gestimmtheit hineinzuprojizieren, also zu «übertragen». KEMPER gliedert die Übertragungspänomene weiter auf in:

I. Übertragung als ubiquitärer, normal-psychologischer Vollzugszwang des Menschen (Übertragung im allgemeinsten Sinne des Wortes).

II. Spezielle Übertragung des Analysanden während der Durchführung einer Analyse (Übertragung im engern Sinne des Wortes):

- a) auf beliebige Situationen und Personen seiner derzeitigen Umwelt, somit auch auf
- b) den Analytiker bzw. auf die analytische Situation als solche. Dabei können wir unterscheiden zwischen:
 1. einem adäquaten strukturgerechten Übertragungsanteil; und
 2. den nicht adäquaten, nur durch die besondere analytische Situation ermöglichten Übertragungsäußerungen des Patienten (Übertragung im spezifisch analytischen Sinne).

Der ursprüngliche FREUDsche Fund der erotisch sexuellen Übertragungsliebe hat somit eine außerordentlich weitreichende Differenzierung erfahren. Wir greifen nur einige Punkte heraus. Neben der *Ubiquität der Übertragung* erstreckt sich der psychische Vollzugszwang auf *sämtliche unbewußten Strebungen*, ja es werden – worauf LAGACHE² hingewiesen hat – in nicht minderem Maße auch Abwehrhaltungen des Ichs «übertragen». FREUD kam in seinen «Bemerkungen zur Übertragungsliebe»³ bereits zum Schluß, daß sich die Übertragungsliebe

¹ Psyche VII, 10, S. 593 ff.

² LAGACHE, H.: La doctrine Freudienne et la théorie du transfert. Int. Kongr. für Psychotherapie, Zürich 1954.

³ Band X, Imago, London.

im Grunde genommen nur schwer von der Liebe unterscheiden läßt, daß wir in beiden solch unbewußte Vollzugszwänge und Anlehnungen an frühkindliche Vorbilder erkennen können. Das Wesentliche der Übertragung sah er in der durch die analytische Situation provozierten Verdichtung, in der katalytischen Wirkung des Widerstandes, in der mangelnden Rücksichtnahme auf die Realität, in der gesteigerten Verblendung und Verklärung des geliebten Objektes. Die anthropologische Kritik hat dieses Mißlingen FREUDS in der Erfassung des wahren Wesens der Übertragung gespürt. Sie sieht das Phänomen der Übertragung in der Psychotherapie doppelschichtig, worauf MAEDER in unmißverständlich klarer Weise hingewiesen hat. Die Übertragung im engern Sinne umfaßt die Wiederholung biographischen Materials aus der frühen Kindheitszeit. Sie ist aber nicht zu verwechseln mit der «archetypischen» oder «anagogischen» Übertragung, welche ein überpersönliches Arzt/Patienten-Verhältnis begründet und fundiert. Der wahre Kern der therapeutischen Übertragung ist in einer existentiellen Kommunikation zu suchen, die im Überpersönlichen ihre Verwurzelung findet. Diese Einsicht hat sich, ausgesprochen oder unausgesprochen, doch überall durchgesetzt. Die therapeutische Beziehung ist im Kern eben eine mitmenschliche Beziehung, trotz ihrer Einzigartigkeit und Künstlichkeit oder gerade wegen ihr, und diese Beziehung wird durch die Nächstenliebe getragen. Anders gewendet: Die intensiv geförderte Übertragungstherapie der Psychoanalyse z. B. kann nur dann ihre volle Wirkung entfalten, wenn der tragende Grund eine echte menschliche Du-Beziehung ist.

JUNG kritisiert an dieser These das «Hereinnehmen» des neurotischen Konfliktes¹ und glaubt, daß FREUD und die Psychoanalytiker sich hier etwas zuviel auf das eigene Konto setzten. Die Übertragung wird nach JUNG längst nicht immer vom Arzt hervorgebracht. Oft sei sie in voller Stärke da, bevor er überhaupt den Mund aufgetan habe. Man könne also nicht von einer neugeschaffenen oder umgeschaffenen, gleichsam artifiziellen Neurose sprechen. In der Übertragung erscheine dieselbe alte Neurose, die einzige Neuigkeit sei, daß der Arzt in sie einbezogen werde. Der Arzt sei mehr ihr Opfer als Erzeuger. Daran ist sicher etwas Richtiges, das aber in gewaltsamer Weise verabsolutiert wird. Die Übertragungsbereitschaft ist sicher von Anfang an da, sofern der Analytiker sich auch nur eine Spur als Bezugsperson für das Geflecht kindlicher Wünsche und Befürchtungen eignet. Sie konkretisiert sich aber keineswegs immer, wie das JUNG

¹ JUNG, C. G.: Die Psychologie der Übertragung, 1946.

annimmt. Hereinnehmen der Neurose heißt daher Konkretisierung der Übertragungsbereitschaft, und zwar sämtlicher Übertragungsaspekte, sowohl der analysefördernden wie auch der analysehindernden. In vielen Fällen gelingt das nicht. Beobachtet man den Verlauf der Analyse genau, so sieht man, daß das wechselnde Übertragungsgeschehen an Bezugspersonen ablaufen kann, die völlig außerhalb der Analyse stehen. Diese Nebenübertragung bringt wohl nicht die Analyse zum Scheitern, aber sie führt zu einer Verschleppung, weil sie schwer zu durchschauen und noch schwerer zu handhaben ist. Und endlich geht es ja darum, jene Übertragungsformen fruchtbar zu machen, die vom Analysanden abgewehrt und durch andere Übertragungshaltungen «verdeckt» werden. Hingegen haben wir gesehen, daß auch in der Psychoanalyse der ubiquitäre Charakter der Übertragung schon längst erkannt worden ist. Es stimmt auch nicht, daß – wie JUNG ausführt – die Technik der Gegenübertragung darauf hin tendiere, die ärztliche Person möglichst aus der Reichweite der Übertragungswirkung zu halten und daß die psychoanalytische Liegeordnung gerade diesem Zwecke diene. Handhabung der Gegenübertragung heißt nicht Vermeidung, denn gibt es eine von Anfang an vorhandene Übertragungsbereitschaft seitens des Analysanden, so umgekehrt eine Gegenübertragungsbereitschaft seitens des Analytikers. Die Existenz einer persönlichen Übertragung wird nicht verneint, sie wird aber für relativ unwichtig¹ gehalten, ihre Steigerung oft auch für schädlich.

HENDERSON² kommt mit seiner klaren Bejahung der Wichtigkeit einer persönlichen Übertragung der psychoanalytischen Auffassung am nächsten. Er formuliert mit Prägnanz auch den hauptsächlichsten Unterschied: die Vorstellung des Auflösungsprozesses der Übertragung. Die persönliche Übertragung muß nach JUNGscher Auffassung in eine überpersönliche archetypische übergeführt werden. Der Analytiker als Träger der persönlichen Übertragung wird abgelöst durch die archetypische Arztpriester-Figur, die künftig wegleitend wirkt. Auch hier sind die Auffassungen nicht so sehr verschieden, sofern wir die theoretische Diskussion der Archetypenfrage weglassen. Im Sinne der FREUDSchen Auffassung wird die Übertragungsneurose im Laufe der Therapie zusehends schwächer, löst sich schließlich ganz auf, dann nämlich, wenn der Analysand zu autonomem Handeln fähig

¹ BASH, K. W.: Die Übertragungsproblematik in der Praxis der Jung'schen analytischen Psychologie. *Psyche* VI, 5, 1952.

² HENDERSON, J. L.: Resolution of Transference in the Light of C. G. Jung's Psychology. *Int. Kongr. für Psychotherapie, Zürich 1954.*

geworden ist. Die spezielle therapeutische Übertragung fällt somit wieder in die allgemeine Art der Übertragung zurück. Letztere hat sich inzwischen gewandelt, hat nicht mehr das Gesicht eines tragischen kindlichen Vollzugszwanges, sondern wird steuerbar und vermag sich auf reife Objektbeziehungen zu richten.

Die Entdeckung der Ubiquität der Übertragung als eines unbewußten psychischen Vollzugszwanges von Erfahrungsniederschlägen macht es einigermaßen unverständlich, wenn die Existenz einer Übertragung in der Individualpsychologie ADLERS geleugnet wird.

Die Übertragungsneurose hat überhaupt nur dann einen Sinn, wenn dem Analysanden an Stelle der wiederholten frühkindlichen Bezugssituation eine reifere geboten wird, aber ohne jeglichen Appell, gleichsam nur als latente Möglichkeit, die ergriffen werden kann.

Der große Grundgedanke der Psychoanalyse ist wohl der: *Hereinnahme des neurotischen Konfliktes in die Übertragung, Ausbildung der Übertragungsneurose und Agieren und Auflösen auf der Basis einer reifen mitmenschlichen Beziehung.*

«Was die FREUDIANER Übertragung nennen», so sagt ADLER (soweit wir dies frei von sexuellen Implikationen diskutieren können), «ist bloßes soziales Fühlen. Das Gemeinschaftsgefühl, welches in einem bestimmten Grade immer präsent ist, findet seine bestmögliche Ausdrucksweise in der Beziehung zum Psychologen¹.»

Das Nichtanerkennen der Existenz der Übertragung ergibt sich natürlich zwangsläufig, es ist nur ein Derivat der Ablehnung des Vorhandenseins von unterdrückten kindlichen Wünschen. ADLER glaubt auch nicht an die Möglichkeit der Wiederbelebung vergangener Gefühle. Es braucht wohl nicht weiter ausgeführt zu werden, daß empirische Beobachtung diese allzu einfache Auffassung der Arzt/Patienten-Beziehung längst widerlegt hat.

Der Grundsatz also «Ohne Handhabung der Übertragung keine Heilung» scheint mir zum Allgemeingut der Psychotherapie werden zu müssen. Die theoretische Negierung der Übertragung verhindert nicht, daß diese in der praktisch therapeutischen Arbeit doch vorhanden ist. Hier finden wir einen Weg zur Befreiung des Therapeuten aus der methodischen Erstarrung. Die Arbeit mit der Übertragung stellt den Menschen und nicht die Theorie in den Mittelpunkt, es folgt daraus von selbst, daß sich der Analytiker auf jeden Analysanden neu einzustellen und gemäß dessen Problemen immer wieder anders zu arbeiten hat. Es wäre daher auch an der Zeit, das Vorstellungsklischee der

¹ Probleme der Neurosen.

psychoanalytischen «Passivität» aufzugeben. Der extremste Vertreter der Passivität in der Psychoanalyse, K. LANDAUER, war in seiner passiven Haltung wiederum so originell und – man ist versucht zu sagen – aktiv, daß von einer Gleichsetzung von Passivität mit Inaktivität nicht die Rede sein kann.

In neuester Zeit erschienen Übertragungsdeutungen, die berufen sind, die ganze Übertragungslehre auf eine neue Basis zu stellen. Ich nenne W. KEMPER, J. N. ROSEN und L. SZONDI. KEMPER hat in seiner bereits erwähnten Arbeit das Urmodell jeglicher Übertragung in der Mutter/Kind-Beziehung gesehen. Nach seiner Auffassung besteht von Anfang an die Urpolarität der Einstellung: Wunsch nach Hingabe – mißtrauische Zurückhaltung. Er tönt hier etwas an, was ROSEN und SZONDI mit noch kräftigeren Strichen zeichnen: *Die Kraftquelle der Übertragung liegt in der Partizipation* (SZONDI), in einem «need to be cared for» (ROSEN)¹.

SZONDI² sieht in der Partizipation eine wichtige Ichfunktion, die danach strebt, Menschen zu binden und in Beziehung zu bringen. Die Partizipation strebt nach Einheit, Gleichheit und Verschmelzung, nach einer innigen Legierung zweier Wesen. Ihr Urbild ist wiederum die Mutter/Kind-Beziehung, die Dualunion. Es kann kein Zweifel sein, daß die Partizipation das eigentliche und tiefste Wesen der Übertragung ausmacht, durch das, was wir Übertragung nennen, erst möglich ist. Damit eröffnet sich eine neue Perspektive: jeder gesunde Mensch hat ein mittleres Maß an Partizipationskraft zur Verfügung. Es gibt Menschen, bei denen dieses Partizipationsbedürfnis zu gering ist, und andere – ich denke an die Psychotiker –, bei welchen es in abnorm hoher Dosis vorhanden ist. Was wir jeweils unter guter, negativer und ambivalenter Übertragung verstehen, sind lediglich Varianten dieses urtümlichen Partizipationsdranges.

In ähnlicher Weise sieht ROSEN den Ursprung der Übertragung im Bedürfnis, gepflegt und geliebt zu werden. Die Übertragung in der Psychotherapie gleicht einem Vakuum, sei es eine Leere des Magens oder der Persönlichkeit selbst. Sie ist ein Bedürfnis, das nach Befriedigung sucht. Sie sucht nach dem Objekt, das die ursprüngliche Form der Befriedigung gibt, nach der Mutter. Die Übertragung kennzeichnet immer den leeren Platz, den die Pflegepersonen der Kindheit hätten ausfüllen sollen. Sie ist im wahrsten Sinne des Wortes eine *Mangel-*

¹ ROSEN, J. N.: Transference, A Concept of its Origin, its Purpose and its Fate. Int. Kongreß für Psychotherapie, Zürich 1954.

² SZONDI, L.: Ich-Analyse. Verlag Huber, Bern und Stuttgart 1956.

erscheinung. ROSEN sagt weiter: «Transference is the pull of unfinished business, the urge to return to a defeating situation and conquer it ... the talionic reprisal: return and get even ... the seeking to adjust and make comfortable the thorny personality of the mother that is at least partially incorporated in the personality of the sufferer goes back far enough, seeking, regressing, until he completely extrudes this unincorporable personality and becomes again the tortured, helpless baby¹.»

Ob die Übertragung positiv, negativ oder ambivalent ist, in jedem Falle drückt der Patient ein Bedürfnis aus. Bekommt er die Befriedigung nicht in der von ihm gewünschten Form, weist er seinerseits die enttäuschende Mutter ab und weigert sich, auf ihre Wünsche einzutreten.

Es gibt nach ROSEN eine normale Übertragung genau so, wie es eine normale Körpertemperatur gibt. Wenn der Mensch körperlichen Störungen unterworfen ist, steigt die Temperatur und wird zum Fieber. Übertragung ist wie das Fieber ein Symptom, sobald es einen gewissen Höhegrad erreicht hat. Der Neurotiker zeigt dieses «Fieber» in einem geringeren Maße, der Psychotiker in einem außergewöhnlich hohen. So kann schließlich ROSEN mit Recht sagen: Die Übertragung ist nicht die Konsequenz davon, daß man Hilfe gesucht hat, sondern der Grund für dieses Hilfesuchen. Man muß deswegen die Übertragung weder «einführen» noch «lösen». Hält die Übertragung zu lange an, so ist dies als ein Zeichen zu nehmen, daß die wahren Bedürfnisse des Patienten nicht getroffen und befriedigt wurden.

Nun verstehen wir nachträglich auch besser, warum in der Psychoanalyse die Übertragung «gefördert» wird. Die Übertragung steigern heißt offensichtlich zweierlei:

1. Durch Versagung wird dieses Mangelbedürfnis so gesteigert, daß der Patient in der Therapie die Regression erlebt, daß er seine Bedürfnisse auf den Therapeuten zentriert².
2. Durch korrektives Verhalten im Sinne des Gewährens und Befriedigens³, kurzum durch Bedürfnisstillung, wird eine tragfähige Partizipation in normaler Dosis gestellt.

¹ Kongreßbericht, Seite 114.

² Bei der Psychose ist dies absolut unnötig, weil die Übertragung von Anfang an sehr groß ist.

³ ALEXANDER, F.: The Fundamentals of Psycho-Analysis. A. spricht von der «corrective emotional experience», welche der Analysand erleben muß. Diese Erfahrung wird erworben durch das «Counteracting» des Analytikers, der sich in der gleichen Situation anders, eben korrektiv verhält zu den ursprünglichen Bezugspersonen.

Der erste Aspekt der Übertragungssteigerung fördert regelmäßig die negative und die ambivalente, der zweite Aspekt die sogenannte positive Übertragung.

Mit diesem Ausblick auf die Quelle der Übertragung schließen wir diesen Fragenkomplex ab.

Im weitern wollen wir auf die Zielsetzung der therapeutischen Schulen hinweisen und uns mit der Frage beschäftigen: Wohin will man den Menschen letztlich führen?

3. WOHIN WILL MAN DEN MENSCHEN FÜHREN?

MENG schildert in seinem Vortrag¹ das Ziel der FREUDSchen Psychoanalyse im Sinne eines Umbaus seelisch-geistiger Art. Die seelische Erlebnisfähigkeit ändert sich, sobald im Über-Ich die Dinge anders gelebt und erlebt werden. Das Ich wird reifer, autonomer, weltoffener und erfahrener. Die Liebesfähigkeit wird größer, aus der narzißtischen Selbstliebe soll Objektliebe werden. Die regressiven Rückzugsmöglichkeiten werden nicht mehr oder nur für kurze Zeit benutzt. Bei narzißtischen Typen muß auch die Objektwahl gesteuert und aus dem Subjektivismus herausgenommen werden. In einer gelungenen Psychoanalyse wird außerdem jener von FREUD beschriebene «nachträgliche Gehorsam den Eltern gegenüber» abgebaut. Die Dämonie des Unbewußten wird gebrochen, die Zügellosigkeit des Lustprinzips überwunden. Das Überich wird an richtigen Vater- und Muttervorbildern geformt. Die Angst verliert ihren Schrecken, Versagung und Erfüllung von Wünschen werden neu konstellierte. Die Selbstzerstörung wird durch das Selbstverständnis ersetzt. So gewinnt schließlich der Mensch eine neue Einstellung zu Leben, Tod, Vergangenheit und Zukunft. Er lebt nach der Suprematie des Geistes, er hat den Mut, zu dem, was er tut und vollbringt, zu stehen, und den Mut, zu wissen. Und endlich stellt die psychoanalytische Behandlung jenes Stück Lebensnaivität und Spontaneität wieder her, das durch die Fehlentwicklung verloren ging. In bezug auf den Glauben führt die Psychoanalyse zur Ehrfurcht vor dem, was ist; man möchte sagen zur Offenheit für irgendeine Art von Glauben. Die Gläubigkeit muß reifen, ihre Kindlichkeit verlieren und an Niveau gewinnen.

Die therapeutische Zielsetzung ist für jeden Menschen anders, denn es ist uns nicht möglich, in den Lebensplan und in die Entwicklungs-

¹ Heilweg der Psychoanalyse.

möglichkeit eines Menschen bis auf den Grund Einblick zu nehmen. Jede Therapie ist ein Wagnis, ein Unternehmen, dessen endgültiger Effekt am Beginn nicht abzuschätzen ist. So wissen wir um die Entwicklungsmöglichkeit doch erst am Ende einer Psychotherapie Bescheid. Wie weit ist es einem Menschen gegeben, ein gläubiger Religiöser zu sein, wie weit wird seine geistige Verpflichtung einmal gehen? Wir wissen es nie, und darum bilden die «Zielsetzungen» eher den geistigen Grundriß einer Behandlung.

L. SZONDI sieht das letzte Ziel der Psychotherapie in der Menschwerdung, in der Anerkennung des Geistes und in der Entwicklung der Glaubensfunktion, jener Funktion des Ichs also, welche die Verbindung zum Überpersönlichen und Jenseitigen vermittelt. Die Schicksalsanalyse will den geheimen Schicksalsplan des Menschen bewußt machen und die wechselseitige Beziehung der am Schicksal mitwirkenden innern und äußern Faktoren ändern. Ausschlaggebend ist dabei die Machtverteilung und die Struktur des Machtverteilers im Seelischen des Ichs. Es gilt, in diesem Ich den latent angelegten «pontifex oppositorum» aktiv zu machen, jene Kraft, Gegensätze zu überbrücken und zu ertragen, welche es dem Menschen erst ermöglicht, sein eigenes Schicksal zu lenken.

K. BINSWANGER spricht für die JUNGSche Therapie von der Stärkung des Ichs, von der Akzeptierung des Schattens und von der Individuation. Stärkung des Ichs heißt autonom werden, wie es die Psychoanalyse umschrieben hat, Akzeptierung des Schattens meint Anerkennung des Verworfenen und Ungelebten und damit Verminderung dessen dämonischen Gehalts. Individuation bedeutet Verwirklichung der individuellen Einzigartigkeit des Menschen, Verwirklichung des «Selbst». Diese Einzigartigkeit kann aber nur in Verbindung mit der Umwelt und der Kollektivität erkannt und realisiert werden. Das Selbst wird außerdem zum Vermittler zwischen dem Menschen und den numinosen Mächten.

Die *Gruppentherapie* hat ähnliche Ziele, wie sie bis anhin beschrieben wurden, nur ist ihre therapeutische Realisierung beschränkt; denn es wird nur ein Teilziel erreicht: Anpassung und Gemeinschaftsfähigkeit, welche es aber schließlich dem Menschen erst ermöglichen, auf weitere Ziele hin zu arbeiten. Das Menschenbild der ADLERSchen Individualpsychologie ist bekannt. S. ROLO sieht das Wesentliche in der Fähigkeit des Menschen zur Hinwendung, zum Mut, zum Vertrauen und zum Jasagen, zum Gemeinschaftsgefühl. Der Mensch muß sich selbst einschätzen lernen, auf Macht in der sozialen Beziehung

verzichten und von seinen Minderwertigkeiten loskommen können. Er soll am Du reifen.

A. MAEDER spricht von der Suche nach persönlichen und dann überpersönlichen Vorbildern, der Mensch soll im wahren Sinne bescheiden werden, denn nur in der Bescheidenheit ist der Mensch reif für einen geistigen Führer. Die Menschwerdung ist dann vollendet, wenn die Sehnsucht nach der Transzendenz erwacht und der Mensch an Gott glaubt. Denn Glauben im religiösen Sinne heißt Geborgensein. Damit ist die Grundbedingung für jede Heilwirkung getroffen: ohne Geborgensein kann der Mensch seine Probleme nicht lösen, kann er nicht Mensch sein.

Wir haben die Formulierungen der verschiedenen Redner absichtlich originalgetreu übernommen. *Man spürt, daß man in der Zielsetzung nicht so weit voneinander entfernt ist, wenn auch gerade der Einbezug des Glaubens und des Transzendenten von den Richtungen verschieden betont wird.* Auch diese Differenz ist lösbar, wenn wir das Verhältnis von unmittelbar gegebener Realität zum Transzendenten (im Sinne der Beziehung zum Geistigen oder Göttlichen) dialektisch fassen. Ohne Lösung der realen Daseinsproblematik des Menschen gibt es keine echte, reife transzendente Beziehung und ohne transzendente Verankerung keine autonome Beziehung zur Realität. Der reife Mensch weiß beides zu durchdringen und vermag in einem auch immer das andere zu erleben.

Ich bin am Schluß meiner Ausführungen angelangt. Es schien mir wichtig, auf die Analyse der konkreten therapeutischen Situation hinzuweisen, um an ihr die unterschiedlichen Auffassungen der therapeutischen Schulen darzulegen. Dieser Weg hat sich bis zu einem gewissen Grade als fruchtbar erwiesen. Ich sehe als Ausgangspunkt für die Vereinheitlichung der Therapien *die immer wieder neue Besinnung auf Methode und Ziel, die uns ein Mensch als Analysand in seiner Eigenheit und Einmaligkeit aufgibt. Es ist sein Schicksal, das uns die Art der Therapie aufdrängt.* Damit verleugne ich keineswegs die geistige Betrachtung des therapeutischen Wirkens und der Theorie. Vielleicht fordert die eben skizzierte Haltung, gerade ihrer schnell verlästerten Empirie wegen, besonders intensives inneres menschliches Besinnen.

VIII. ZUSAMMENFASSUNG UND SCHLUSSWORT

VON L. SZONDI, ZÜRICH

Der vorangehende Vortragszyklus über die Heilwege der Tiefenpsychologie hat nun in sechs Referaten und in einem zusammenfassenden Diskussionsvortrag versucht, den *Status praesens* auf diesem vielumstrittenen Gebiet der Psychotherapie darzustellen. Es wurden die ausschlaggebenden Konkordanz und Diskordanz in bezug auf die wichtigsten Fragen der Behandlungsarten aufgezeigt, die wir in der Tabelle Nr. 2 anschaulich dargestellt haben.

Es wäre unseres Erachtens ein Fehlschluß, zu behaupten, daß – auf Grund dieser vergleichenden Untersuchungen – die Vereinigung der Tiefenpsychologie und ihrer Heilverfahren eine Utopie sei.

Zieht jemand aus den Daten der zusammenfassenden Tabelle diesen Schluß, so will er eben nur die Diskordanz und auch diese rein isoliert und nicht in ihren *wechselseitigen komplementären Beziehungen zueinander* sehen. So denkt gegenwärtig eine große Gruppe der «Separatisten». Es gibt aber heute schon überall in der Welt eine kleinere Gruppe der «Komplementaristen», welche einerseits auch die Konkordanz, andererseits – und im besonderen – *die komplementären Zusammenhänge der aufgedeckten Diskordanz* betrachtet. Diese Gruppe untersucht die auseinandergehenden Auffassungen unter einem höheren Aspekt einer *ganzheitlichen Tiefenpsychologie*, und so kommt sie zu folgenden Konklusionen:

I. *Die vorhandenen Gegensätze in den verschiedenen Richtungen sind fast alle komplementärer und nicht kontradiktorischer Natur. Sie ergänzen sich demnach wechselseitig und schließen sich nicht gegenseitig aus.*

Dies wird für jeden objektiven Betrachter der Tabelle 2 sofort einleuchtend. Wenn wir z. B. die Gesichtspunkte der verschiedenen Schulen bezüglich der ersten zwei Fragen prüfen, so steht folgendes fest:

In bezug auf *das besondere Heilobjekt* ergänzen sich die *Teilobjekte* der verschiedenen Behandlungsarten völlig. Das Es, das Ich, das Schicksal, der falsche Lebensplan und Lebensstil, das Zerfallensein mit sich selber und mit der Welt, die Glaubensstörungen ergänzen sich alle zu einer Ganzheit, die man eben als «Störung der Gesamtpersönlichkeit» zusammenfassen kann. Das will also sagen: Der komplementierend und integrierend denkende Tiefenpsychologe darf niemals nur eine

TABELLE 2. VERGLEICH DER VERSCHIEDENEN

<p><i>Grundfragen des Heilens</i> ▶ ▼ <i>Heilverfahren</i></p>	<p>1. <i>Was</i> ist das Heilobjekt?</p>	<p>2. <i>Wo</i> ist der Angriffspunkt?</p>	<p>3. <i>Wie</i> wird geheilt? (Technik)</p>
<p>I. <i>Psychoanalyse</i> (S. FREUD)</p>	<p>I. <i>Das Es:</i> Verdrängte Sexualtriebe, Affekte und Phantasien. II. <i>Das Ich, die Ichstörungen.</i></p>	<p>I. Im <i>persönlich-verdrängten</i> Unbewußten. II. Bei den Konflikten zwischen dem Ich und den Trieben. (Ich ↔ Es).</p>	<p>I. <i>Traumdeutung</i> mit der <i>Einfallsmethode</i>. II. <i>Freie Assoziationen</i> bei den Träumen, Phantasien, Fehlleistungen usw.</p>
<p>II. <i>Analytische Psychologie</i> (C. G. JUNG)</p>	<p><i>Die Gesamtpersönlichkeit.</i></p>	<p>I. Im kollektiven Unbewußten. II. In der Beziehung zwischen dem Ich und dem Unbewußten.</p>	<p>I. <i>Einfallsmethode</i> Phantasien usw. II. <i>Traumdeutung</i> Kontext, Amplifikation, Objekt-Subjektstufe III. <i>Aktive Imagination</i> Zeichnen, Malen usw. IV. <i>Bewußtmachen der Inhalte des koll. Ubw</i> (des archetypischen Geschehens).</p>
<p>III. <i>Schicksalsanalyse</i> (L. SZONDI)</p>	<p><i>Das Schicksal</i> und seine 6 Faktoren: I. <i>das Erbe;</i> II. <i>die Triebnatur;</i> III. <i>die soziale;</i> IV. <i>die mentale Umwelt;</i> V. <i>das Ich;</i> VI. <i>der Geist.</i></p>	<p>I. Im <i>persönlichen und im familiären</i> Unbewußten. II. Bei den Konflikten zwischen dem Ich und 1. <i>den Ahnen;</i> 2. <i>den Trieben;</i> 3. <i>der sozialen Umwelt;</i> 4. <i>der mentalen Umwelt;</i> 5. <i>dem Geist</i> (Glauben). (Pontifex-Ich ↔ Schicksal.)</p>	<p>I. <i>Phase:</i> wie in der Psychoanalyse. II. <i>Phase:</i> 1. <i>Erlebenlassen der kranken Abnenfiguren.</i> 2. <i>Konfrontation mit den Ahnen auf Grund der genotop. Stammbäume, auf Grund des Testes.</i> III. <i>Phase:</i> Ichanalyse. Korrektur der Machtverteilung.</p>
<p>IV. <i>Individualpsychologie</i> (A. ADLER)</p>	<p>I. <i>Der falsche Lebensplan und Lebensstil.</i> II. <i>Die Störung in der Einheit der Persönlichkeit.</i> III. <i>Die Störung der Freiheit, der schöpferischen Kraft.</i></p>	<p>I. <i>Organ-</i> und andere <i>Minderwertigkeiten;</i> II. <i>Kompensationen.</i> III. <i>Sicherungstendenzen.</i> IV. <i>Geltungstrebungen.</i> V. <i>Machtstrebungen.</i> VI. <i>Entwertungstendenzen.</i> (Weniger wichtig sind: Anlage, Vererbung, Triebe, Erziehung u. Umweltfaktoren.)</p>	<p>I. Durch Aufzeigen, Einsicht der Fehler im Lebensstil, Lebensplan und Weltbild. II. Durch Ersetzung der größeren Irrtümer durch kleinere. III. Durch <i>Herausarbeiten eines gesunden Lebensstils und einer Grundeinstellung gemeinsam mit dem Patienten.</i> Die Methode der I-P ist ein Gespräch von Mensch zu Mensch.</p>
<p>V. <i>Psychiatrisch-analytische Gruppentherapie</i></p>	<p>1. <i>Das Zerfallen sein mit sich selber;</i> 2. <i>und mit der Welt.</i></p>	<p>I. In dem <i>gesunden Rest</i> der Persönlichkeit. II. <i>Auf der Stufe der Regression.</i></p>	<p>I. Durch <i>Gruppen-Spieltherapie</i> (Ballspiel, Tauziehen, Gesellschaftsspiele usw.). II. <i>Kasperltheater, Märchenspiele.</i> III. <i>Bewegungstherapie (Eurhythmie).</i> IV. <i>Diskussionstherapie</i> (Interview-Group).</p>
<p>VI. <i>Religiöse Psychotherapie</i> (A. MAEDER)</p>	<p><i>Die Glaubensstörung</i></p>	<p>In der <i>Selbsterhaltung und Selbstheilung der Seele.</i></p>	<p>I. <i>Dialogmethode.</i> II. Analytische Sondierungen. III. <i>Progressive, prospektive Traumdeutung.</i> IV. Anruf der Person des Patienten durch die Person des Arztes. V. Psychagogik.</p>

EILWEGE IN DER TIEFENPSYCHOLOGIE

4. <i>Wobin</i> will man den Kranken führen?	5. <i>Für welche Gebiete</i> ist die Methode am besten geeignet?	6. <i>Wo</i> <i>sind die Grenzen?</i>	7. <i>Welches sind</i> <i>die fundamentalen</i> <i>Theorien?</i>
. Auf eine höhere Stufe der Entwicklung. Nacherziehung. I. Zur <i>Sublimierung</i> .	I. <i>Übertragungseurose</i> . (Hysterie- und Zwangseurose). II. Phobien, Hemmungen, Charakterverbildungen, Per- versionen, Potenzstörungen.	Bei den <i>narzißtischen</i> Affektionen: Schizophre- nie, Melancholie.	Die Lehre von I. dem Unbewußten; II. der Libido; III. der Verdrängung; IV. der Traumdeutung; V. der Übertragung.
Zur . <i>Bewußtwerdung</i> , I. <i>Stärkung des bew. Ichs</i> ; II. <i>Integrations des Schattens</i> und anderer archetypischer Faktoren. Syzygie; V. <i>Ausgleich der Gegensätze</i> zur Janzheit (Selbst); <i>Individua- tionsprozeß</i> ; I. zur echten Religiosität.	Bei I. neurotischen Störungen; II. leicht verlaufenden Schizo- phrenien mit neurotischem Überbau; III. bei Psychopathien, endo- genen Depressionen u. ande- ren Psychosen, reaktiven De- pressionen; IV. <i>Individuation</i> (2. Lebens- hälfte).	Bei I. prozeßhaft verlaufen- den Psychosen; II. intellektueller oder moralischer Deblilität.	I. Typenlehre. II. Komplexlehre: (Autonome kompl. Assoziationexp.) III. <i>Lehre vom koll. Ubw mit seinen</i> <i>Archetypen</i> . IV. Traumdeutung. V. Lehre vom <i>Schatten</i> der Syzy- gie. (Anima-Animus.) Manaper- sönlichkeit. VI. <i>Individuationsprozeß</i> . Selbst- vereinigendes Symbol. VII. Gegensätzlicher Aspekt des Numinosen.
Zur <i>Menschwerdung</i> , zur <i>Hu- manisierung</i> . . <i>Durch Integration der er- erbten Schicksalsmöglichkeiten</i> . I. <i>Durch freie Wahl einer bu- vanen Aufgabe</i> . II. Durch Übernahme der Pflicht der Menschwerdung. V. Durch die Erziehung zur Lebensfunktion.	I. <i>Die Konduktoren</i> von 1. Psy- chosen, 2. Psychopathien, 3. genialen Menschen; II. <i>Neurosen auf erblicher</i> Grundlage. III. <i>Psychopathien mit neuroti- schem Überbau</i> (Haltlose, Krim- minelle, Süchtige). IV. Präpsychosen (Melancholie, Präschizophrenie).	I. Bei <i>manifesten</i> Geistes- kranken; 1. <i>Querulanz</i> , 2. <i>Paranoidie</i> , 3. <i>Katatonie</i> . II. <i>Schwachsinn</i> , bzw. De- bilität. III. Psychopathen <i>ohne</i> Neurosen. IV. <i>Versteifte Atheisten</i> .	Die Lehre von I. dem <i>familiären Ubw</i> ; II. der Erbverwandtschaft, dem <i>Genotropismus</i> ; III. dem <i>Partizipationsdrang</i> als Ichtrieb; IV. dem Ich als <i>Pontifex opposi- torum</i> ; V. den <i>komplementären Schicksalen</i> von Erbkrankheiten und höheren Geistesfunktionen; VI. von der <i>Glaubensfunktion</i> des Ichs.
Zum <i>Gemeinschaftsgefühl</i> , zu röderlichkeit. I. Zur <i>Freiheit</i> der Person. II. Zur <i>Sinnggebung</i> des Lebens. V. Zur <i>Übernahme einer Le- bensaufgabe</i> zu den Mitmen- chen, zur Liebe und zum eruf.	I. <i>Für schwererziehbare Kinder</i> . II. <i>Nervöse Charaktere</i> , Züge, Verhaltensweisen. III. <i>Angst</i> . IV. <i>Depression</i> . V. <i>Zwang</i> . VI. Psychosomatische Er- krankungen. VII. Schizophrenie, Melan- cholie.	-	I. <i>Die Einheitslichkeit</i> . II. <i>Zielstrebigkeit</i> . III. Die Rolle der <i>«Meinung»</i> über sich, die Welt und das Leben. IV. <i>Die Freiheit</i> des Menschen in bezug auf Meinung und Bewegung. V. Die Äquivalenz der Symptome.
Zur Überwindung des Zer- tillenseins durch die <i>Gemein- schaft</i> ; I. durch die Konfrontierung, was in dem kranken Selbst rank ist; II. zum eigenen Ich, dem neren «Königssohn»; V. zum <i>Ja-sagen-Können zum</i> <i>igen Schicksal</i> .	I. Bei <i>chronischen Anstaltspati- entien</i> ; II. leichtere Kranken, Rekon- valeszenten, akuten Psycho- sen; III. bei Team-works mit Ein- beziehung des Pflgeperso- nals.	I. Bei <i>Querulanten</i> ; II. <i>manifesten Schizophre- nen</i> ; III. <i>eigentlichen Manien</i> .	Die der I. Psychoanalyse FREUDS; II. Individualpsychologie ADLERS; III. analytische Psychologie JUNGES; IV. Daseinsanalyse L. BINSWAN- GERS; V. Schicksalsanalyse SZONDIS.
Zur <i>Selbstfindung</i> ; I. Zur neuen Beziehung zum fitmenschen. <i>Reintegration</i> i die <i>Sozietät</i> . II. Zum <i>Finden des Absoluten</i> Gott) durch Transzendenz.	Bei Neurosen mit Glaubens- störungen.	-	I. Die FREUDSche Theorie. II. <i>Die Theorie der Selbstheilung</i> (A. MAEDER). III. <i>Die autonymische Darstellung</i> <i>der Seele im Traum</i> .

einzig krankmachende Instanz aus der Gesamtheit der Störfaktoren der Gesamtpersönlichkeit als einziges Objekt der Heilung wählen. Er muß sowohl die Störungen des Es wie auch die des Ichs, sowohl die Wirkung des Erbes und des kranken Schicksals wie auch die der individuellen falschen Lebenspläne, sowohl das Zerfallensein der Person wie auch die Glaubensstörungen äußerst genau der Reihe nach prüfen und alle diese Partialstörfaktoren auf die gemeinsame «Wurzelstörung» zurückführen.

Betrachten wir *die besonderen Angriffsorte* der verschiedenen Behandlungsverfahren, so müssen wir sagen: Der komplementierende und integrierende Tiefenpsychologe darf sich niemals damit begnügen, daß er *nur* das persönlich-verdrängte oder *nur* das familiäre oder *nur* das kollektive Unbewußte agnosziert. Seine komplementierende Aufgabe besteht eben darin, daß er die krankmachenden Regungen und Strebungen *aller drei Funktionsverbände des Ubw* gleichzeitig betrachtet und sukzessive *selber* behandelt. *Der Tiefenpsychologe sollte demnach selbst alle Schichten des Ubw agnoszieren und heilen können*, und nicht nur die besonderen Symptome, welche ausschließlich aus einer Funktion des Ubw herkommen. Kann er das, so wird es – wie es des öfteren geschieht – überflüssig werden, daß derselbe Patient bei mehreren Tiefenpsychologen seine Heilung suchen muß. Der integrierende Tiefenpsychologe muß naturgemäß einerseits die Triebgefahren des persönlichen, des familiären und des kollektiven Ubw – inbegriffen die Organminderwertigkeiten und die Umweltfaktoren – aufdecken, andererseits aber auch die krankhaften Ich-Abwehrarten und Sicherungstendenzen analysieren, mit denen sich der Kranke zu schützen versucht. Eben in bezug auf die Angriffsorte des Heilverfahrens bewährt sich das Komplementierungs- und Integrierungsprinzip über alle Erwartungen gut. Denn nur auf diesem Wege kann ein integriertes Heilverfahren *alle* krankmachenden Störungen des persönlichen, familiären und kollektiven Ubw heilen und die in der Gegenwart so allübliche Unzulänglichkeit eines einseitigen Heilverfahrens vermeiden.

Das nämliche ist – mutatis mutandis – auch für die anderen Fragen (3–7) gültig.

II. *Wie sollen wir aber die Teilfaktoren integrieren?*

Es sind zwei Formen der Integration möglich:

1. *Die Integration durch Legierung (Verschmelzung), durch Amalgamierung.*

Hier müssen die Teilfaktoren bei dem Verschmelzungsvorgang ihre eigene besondere Natur und Wirkung einbüßen. Es entsteht ein neues

«Amalgam», in dem die besonderen Wirkungen der Teilfaktoren verschwinden und nur durch besondere analytische Methoden wieder auffindbar sind.

2. *Die Integration durch Ergänzung, durch Komplementierung.*

Hier behalten alle Teilfaktoren ihre Urnatur und ursprüngliche Wirkung bei, aber sie ordnen sich einer höheren Globalität unter und dienen somit durch die wechselseitige Ergänzung dem Endziel der integrierten Ganzheit.

Die Integration der tiefenpsychologischen Richtungen durch Verschmelzung, Amalgamierung wurde durch die sog. «*neanalytische*» Schule (SCHULZ-HENCKE) versucht. Sie mißlang aber, weil sie nur die Nomenklatur zu vereinigen suchte, ohne die komplementären Gegensätze der Teilfaktoren überbrückt zu haben. Ein Amalgamierungsversuch in der Therapie führt unseres Erachtens zu Kontaminationen, die praktisch wirkungslos sind.

Wir sind also gegen die Amalgamierung und befürworten die Integration auf Grund einer Komplementierung.

Denn nur eine komplementäre Integration ist imstande, alle Teilfaktoren in ihrer ursprünglichen Natur und Wirkung zu respektieren, zu analysieren und dabei doch die Gegensätze der Aspekte auf einer höheren Ebene zu überbrücken und in einer Ganzheit zu vereinigen. Daß dieses Unternehmen möglich ist, haben wir an dem Fall Nr. 4 in «*Heilweg der Schicksalsanalyse*» demonstriert. Wir könnten aber eine Reihe von abgeschlossenen Analysen vorführen, in denen die Therapie schon auf Grund der geeinten Tiefenpsychologie mit der mehrdimensionalen Behandlungsmethode mit Erfolg durchgeführt wurde¹.

Die Integration der Tiefenpsychologie und ihrer Behandlungsarten ist demnach unseres Erachtens nur auf Grund des Komplementaritätsprinzips möglich. Eine Vorbedingung dieses wissenschaftlichen Integrationsvorganges ist aber die, daß die Tiefenpsychologen selbst vorerst ihre eigene persönliche Integration durchführen. Um diese integrierten Tiefenpsychologen zu vereinigen, haben wir im Schlußwort der «*Ich-Analyse*» folgendes empfohlen:

Erstens die Gründung einer Dachorganisation, welche – neben und nicht gegenüber den Sondervereinigungen der einzelnen Richtungen – einzig und allein für die Verwirklichung der Integration der Tiefenpsychologie wirken würde.

¹ Vgl. hierzu Fall Nr. 1 «*Schicksalsanalyse eines latenten Epileptikers*» in der «*Ich-Analyse*», Huber, Bern und Stuttgart 1956. S. 84–100 und S. 495 ff.

Zweitens sollte diese Dachorganisation den Weg entweder zu einer selbständigen Hochschule oder aber zu einer akademischen Sonderdisziplin der geeinten Tiefenpsychologie vorbereiten.

Die Tiefenpsychologie als eine angewandte Heilwissenschaft ist weder reine Medizin noch reine Psychologie. Sie fußt auf der gemeinsamen Basis der Medizin und der Psychologie. Sie ist demnach eine Zwischendisziplin. Darum wäre es falsch, das Recht zum Ausüben einer Heilpsychologie nur denen zu geben, die ihre Medizinstudien schon absolviert und die Staatsprüfung auch der «Medizinischen Psychologie» abgelegt haben. *Die medizinische Psychologie darf nicht verwechselt werden mit der geeinten Tiefenpsychologie als Heilwissenschaft und mit der allgemeinen Bewußtseinspsychologie.* Niemals wird man auf diesem Wege dem wirklichen Bedarf an heilenden Psychologen nachkommen können.

Als die günstigste Lösung erachten wir die Organisation einer selbständigen akademischen Zwischendisziplin der Tiefenpsychologie, die zwischen der Medizin und der Psychologie steht und in 8–10 Semestern an der Universität sowohl die nötigen medizinischen wie auch die allgemeinen psychologischen und die speziellen tiefenpsychologischen Kenntnisse aller Richtungen den Kandidaten theoretisch und praktisch beibringt und sie als diplomierte Tiefenpsychologen – mit oder ohne Dokortitel – in die Praxis stellt. Das Recht zur Eröffnung einer tiefenpsychologischen Praxis müßte natürlich an die erfolgreiche Beendigung der eigenen persönlichen und zweier Kontrollanalysen gebunden sein – etwa so, wie es heute schon geregelt ist.

Auf diesem Wege wäre es möglich, sowohl die Interessen der seelisch-kranken Menschen wie auch die der geeinten Tiefenpsychologie als einer besonderen Heilwissenschaft zu sichern und zu schützen.

SACHVERZEICHNIS

BEARBEITET VON DR. RUDOLF WALTISBÜHL, ZÜRICH

- Abwehr, 57, 61
Abstinenzregel, 160
Ahnen, -figuren, 16, 49
Amplifikation (JUNG), 41, 160
Animus, Anima (JUNG), 46
Anpassung, 39
Arbeitstherapie, 122
Archetypus, 13 ff., 38
Assoziationsexperiment, 36
Asthmaanfall, 57
Auslebethorie, 44
- Beruf, 69, 110
Bewegungstherapie, 125
Bewußtseinspsychologie, 10, 35
- Charakter, Charakteranalyse, 30, 70
Charakterverbildungen, 26, 29
- Daseinsanalyse, 19, 131
dementia praecox, 36
Depression, 46
Desintegration der Tiefenpsychologie, 7
Doppelkonduktor, 64
Dualunion, 161, 170
- Egodiastole, 69
Egosystole, 69
Elementartypen (SILBERER), 12
Entwertungstendenz, 108
Epilepsie, 56 f., 62, 77
Erotik und Liebe, 149
Existenzielle Kommunikation, 145
Existenzumwandlung, 19
Extraversion, 39
- Familiäres Ubw, 49
Fluchtreaktion, 57
- Gegenübertragung, 137, 174
Geist, 54, 90, 110, 179
Geltungstreben (ADLER), 106
Gemeinschaftsgefühl (ADLER), 102
Genotropismus, 65
Genverwandtschaft, 60
Glaube, Glaubensfunktion, 33, 53, 70, 148, 179
Glaubensstörungen, 71
- Gruppentherapie, 115 ff., 169, 182, 183 (Tab. 2)
- Hammerschlag – Assoziationsverfahren, 56 ff.
Hemmung, 26
Hintergänger, Hinter-Ich, 69
Homosexualität, 29, 62
Humanisierung, 67, 92
Hysterie, 26, 57
- Ich-Abwehr, 61
Ich-Analyse, 53, 66 f., 90
Ich und Selbst (JUNG), 45
Individualpsychologie, 9, 95 ff., 182–183 (Tab. 2)
Individuation, 44, 179
Inflation, 69
Integration des Ichs, 68, 91
– und Schicksal, 16
– der Tiefenpsychologie, 7, 21, 184 f.
– des Schattens, 44
Introjektion, 69
Introversion, 39
Inzest, 10, 72
Impotenz, 72 f.
Irrescin (manisch-depressives), 62
- Kain, 79
Kastrationsangst, 29, 73
Katatonie, 36
Kernrichtungen der Tiefenpsychologie, 18
– (Tabelle), 22
Kompensationstheorie (ADLER), 105
Kompensationstheorie (JUNG), 37
Konduktor, 50
Kulturdrucktheorie, 11
- Latenzproportionen, 61 f.
Liebe, 110, 146, 173
Liegestellung in der psa. Therapie, 163 f.
Lustprinzip, 31
- Macht, Machtübertragung, Machtverteilung, 71
Machtstreben (ADLER), 108
Magie, 138
Masochismus, 29

- Minderwertigkeitsgefühl, 10, 101f.
- Narzißmus, 31
- Negation, 69
- Neologismen, schizoforme, 82f.
- Numinose, 46, 147
- Ödipuskomplex, 11, 29
- Partizipation, 68, 92, 170, 176
- Persona, 39
- Perversion, 26
- Phobie, 26
- Pontifex oppositorum, 16, 67, 130
- Projektion, 69
- Psychoanalyse, 25ff., 182, 183 (Tab. 2)
- Psychoanalyse und Tiefenpsychologie, 9
- Psychologie, analytische, 14, 35ff., 182, 183 (Tab. 2)
- Psychoschock-Therapie, 49, 76
- Querulanz, 93, 121
- Randrichtungen der Tiefenpsychologie, 19
- Tabelle, 22
- Realisation symbolique, 116
- Realitätsprinzip, 31
- Religion(s)
- Freudsche Auffassung, 32
- Jungsche Auffassung, 47, 69
- religiöse Psychotherapie (MAEDER), 135ff.
- wahn, 81
- Sadomasochismus, 62
- Schatten, 43
- Schicksal (mentales, soziales), 53
- Schicksalsneurose, 51
- Schicksal, Wahlschicksal, 16, 52
- Schicksal, Zwangsschicksal, 16, 52
- Schizophrenie, 36, 46f., 62, 80, 116, 160, 170
- Selbstmord, 50
- Selbstwerdung, 45
- Sicherungstendenz, 106
- Sozialisierung, 59, 67
- Spieltherapie, 122
- Stammbaum, genotropischer, 57, 60, 87f.
- Stottern, 77
- Symbol (als Sprache des kollektiven Ubw), 14, 46
- Symptom (als Sprache des persönlichen Ubw), 15, 70
- Transzendenz, 20, 68, 142
- Traumtheorien
- final-prospektive, 12, 42, 151
- kausal-retrospektive, 42
- schicksalspsychologische, 70
- synthetisch-konstruktive, 42
- Tiefenpsychologie, 7, 9
- Kernrichtungen, 18
- Randrichtungen, 19
- Tabelle, 22
- Triebdiagnostik, 61, 89
- Natur, 53
- Strebung, 61
- Test, 61, 89
- Typenlehre, 39
- Über-Ich, 28, 45
- Übertragung, 71, 137f., 172f.
- Übertragungsneurosen, 26, 160
- Überwindung (ADLER), 101f.
- Umwelt, 53
- Umwelt-Gestaltung, 117
- Unbewußtes
- (ADLER), 100
- familiäres, 16, 49, 65
- kollektives, 14, 38
- persönliches, 14, 37
- Unifunktion des Ichs, 69
- Verdrängung, 27
- Verzicht, 69
- Vordergänger, Vorder-Ich, 69
- Wahl als Sprache des fam. Ubw, 17
- Wahl-Krankheit, 51
- Wahl-Schicksal, 16, 52
- Zwang, 69
- Zwangneurose, 26, 28
- Zwangsschicksal, 16, 52